

Il punto di vista del cardiologo interventista (Sintesi)

G. De Persio

Le ultime Linee Guida sul trattamento della stenosi valvolare aortica¹ introducono per la prima volta l'età del paziente oltre al concetto di rischio operatorio nello snodo decisionale per il trattamento ottimale di questa patologia. Il trattamento percutaneo (TAVR) per via transfemorale è indicato in Classe I nei pazienti con età superiore a 75 anni mentre l'intervento chirurgico è indicato in classe I nei pazienti con età inferiore ai 75 anni. Le linee guida ribadiscono l'importanza di centri dedicati (*Heart Valve Center*) e del ruolo di esperti nel trattamento valvolare per poter garantire al paziente una valutazione individuale dal punto di vista clinico, anatomico e dei fattori procedurali, soppesando rischi e benefici di entrambe le tecniche ed arrivare così ad una scelta

dell'intervento personalizzata. L'inserimento della TAVR nel trattamento di pazienti a basso rischio chirurgico deriva essenzialmente dal risultato di due studi clinici, il PARTNER 3² e L'EVOLUTE LOW RISK³. Questi studi hanno valutato il ruolo della TAVR utilizzando valvole *balloon expandable* e *self expandable*, rispettivamente, rispetto alla sostituzione valvolare aortica chirurgica. Nello specifico il PARTNER 3 ha dimostrato un potenziale vantaggio in favore della TAVR nel confronto tra i due trattamenti sull'endpoint primario costituito da mortalità, stroke o riospedalizzazione. Similmente l'EVOLUTE LOW RISK ha mostrato a 2 anni un'incidenza dell'endpoint primario di morte e stroke senza differenze significative tra le due metodiche.

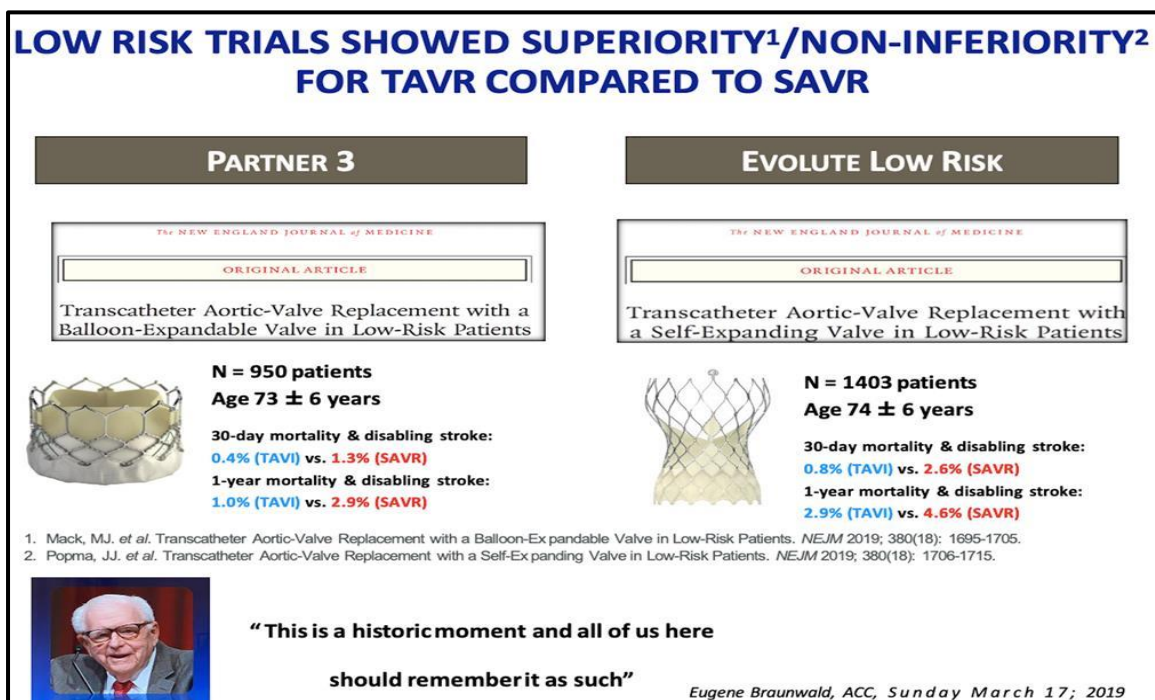


Fig. 1. TAVR nei pazienti a basso rischio.

Nel paziente giovane a basso rischio chirurgico è fondamentale capire la durata possibile delle nuove valvole che, in relazione all'aspettativa di vita, ci consentirà di determinare la strategia di trattamento migliore. La scelta del limite di età dei 75 anni è stata molto discussa e giustificata in accordo con le attuali evidenze cliniche delle TAVR e della durata media delle bioprotesi attualmente ritenuta intorno ai 10 anni. Per tutti gli altri pazienti che non trovano una chiara definizione nelle linee guida, la scelta di trattamento tra TAVR e chirurgia deve essere discussa in *Heart Team* considerando le caratteristiche individuali del paziente dal punto di vista clinico, anatomico e procedurale⁴, nonché condividendo la decisione con il paziente stesso per una scelta informata.

BIBLIOGRAFIA

1. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, et al. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J* 2022; 43: 561-632.
2. Mack MJ, Leon MB, Thourani VH, et al. Transcatheter Aortic-Valve Replacement with a Balloon-Ex expandable Valve in Low-Risk Patients. *NEJM* 2019; 380: 1695-705.
3. Popma JJ, Deeb M, Yakubov SJ, et al. Transcatheter Aortic-Valve Replacement with a Self-Expanding Valve in Low-Risk Patients. *NEJM* 2019; 380: 1706-15.
4. Windecker S, Okuno T, Unbehaun A, Mack M, Kapadia S, Falk V. Which patients with aortic stenosis should be referred to surgery rather than transcatheter aortic valve implantation? *Eur Heart J* 2022; ehac105.

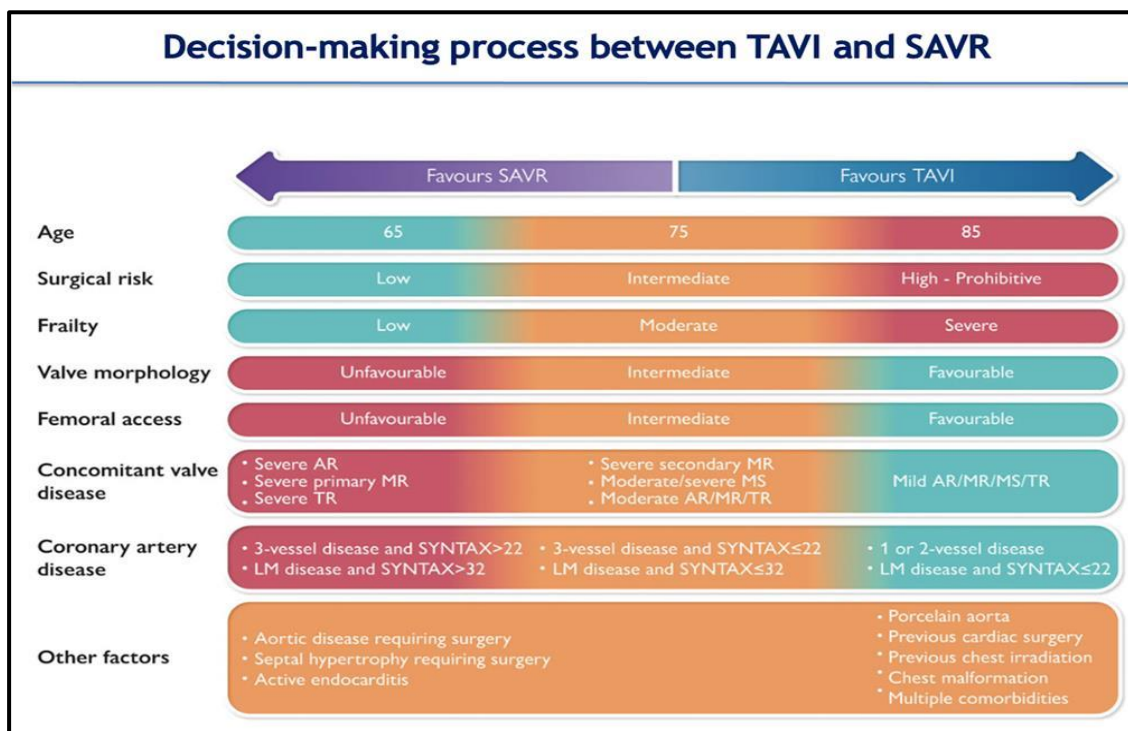


Fig. 2. Algoritmo decisionale TAVI/SAVR.

Dott. Giovanni De Persio, European Hospital, Roma

Per la corrispondenza: gdepersio@gmail.com