

XII CONGRESSO SOCIETA' ITALIANA DI
CHIRURGIA CARDIACA E VASCOLARE
ABSTRACTS

1986

Vol. VIII - Supplemento N. 1

archivio di chirurgia toracica e cardiovascolare



edizioni luigi pozzi - roma

ISSN: 0391-7089

Bimestrale - Spediz. abbon. postale - Gruppo TV - 70%

Allo scopo di valutare l'incidenza di cardiopatia ischemica nella valvulopatia mitralica reumatica (VM) abbiamo eseguito preoperatoriamente la coronarografia in 131 pazienti (p) consecutivamente sottoposti ad intervento di sostituzione valvolare mitralica (SVM). In 20 p. (15%) erano presenti lesioni coronariche significative (> 50%) (CAD). Dei 20 p. affetti da VM + CAD, 11 p. (Gr.I età media 57 ± 5.2 aa) venivano sottoposti ad intervento di by-pass aortocoronarico (BAC) contemporaneamente a SVM e 9 p. (Gr.II, età media 59.1 ± 6.3 aa) solo a SVM. In base alla classe funzionale NYHA (CF) preoperatoria i p.

Il valore dell'endarterectomia coronarica nel programma terapeutico delle coronariopatie diffuse: risultati di 312 casi

C. Minale (*) - G. Tazzioli (**) - U. Morandi (**) - R. Lodi (**) - B.J. Messmer (*)

(*) *Chirurgia Toracica e Cardiovascolare Università di Aquisgrana*, (**) *Chirurgia Toracica Università di Modena*.

Dal 1980 al 1985, 312 pazienti con un'età media di 55,2 anni, operati di by-pass coro-

narico (ACB), furono sottoposti ad endarterectomia (TEA) di uno o più arterie coronariche. Nell'ultimo anno, in 154/727 pazienti (20%) fu eseguita almeno una TEA. L'indicazione fu posta: A in caso di vasi completamente occlusi fin nella estrema periferia, e/o B in caso di arterie estremamente calcifiche o sclerotiche e non idonee ad una anastomosi. Nel caso A, l'evidenza di ipo/acinesia della zona di miocardio destinata alla TEA non fu considerata una controindicazione. La TEA del RIVA fu eseguita in 73 casi, del ramo DG in 21 casi, del ramo CX in 28 casi e della RCA in 237 casi. In 269 pas. si trattò di una TEA singola, in 33 casi doppia ed in 10 casi tripla. Nel 65% dei casi la flussimetria del ACB tributario della TEA dette valori superiori a 20 ml/min. La mortalità peri-operatoria fu dello 0,9% (3 pazienti) e dovuta a bassa gittata in 2 casi ed infarto in 1 caso. La IABP fu impiegata in 10 casi, 16 dei quali con successo. Gravi turbe del ritmo ventricolare furono evidenziate nel 21% dei casi e furono trattate senza grossi problemi. Il rapporto CKMB/CK ebbe il picco più elevato entro le prime 6-18 ore dalla fine dell'intervento e non superò nella maggioranza dei casi lo 0,10. I controlli dei primi 132 pazienti, durante un follow-up totale di 209 anni (media 1,6), indicano un ottimo risultato funzionale nel 45% dei casi, mentre nei rimanenti persiste l'angina e la dispnea classe III. Sei pazienti (4,5%) hanno subito un reinfarto, indipendente ($P > 0,05$) dalla sede della TEA. Il cateterismo a distanza rivela la pervietà dell'80% di tutti ACB, e del 77% degli ACB che servono la TEA ($p < 0,05$). I risultati dello studio mostrano che: 1) la TEA non eleva il rischio dell'intervento di rivascolarizzazione miocardica; 2) una elevata percentuale di zone miocardiche considerate perdute preoperatoriamente hanno subito un notevole beneficio con la TEA; 3) la pervietà degli ACB + TEA è solo lievemente inferiore agli altri ACB, e considerando il tipo di vasi può essere ritenuta soddisfacente. La TEA, viene consigliata ogni qualvolta esistono le indicazioni di cui sopra comportano in definitiva un bilancio decisamente positivo nel programma di rivascolarizzazione miocardica.

Effetti emodinamici e reologici della nifedipina attraverso i by-pass aorto-coronarici

C. Minale - G. Giani - B.J. Messmer

Chirurgia Toracica e Cardiovascolare dell'Università di Aquisgrana

La nifedipina è un potente vasodilatante. Finora il suo effetto positivo sul rendimento cardiaco dopo by-pass aorto-coronarici (ACB) fu interpretato come il risultato della diminuzione dell'afterload. Per poter comprendere meglio il ruolo preciso della nifedipina in queste circostanze, fu condotto uno studio su 20 pazienti al termine dell'intervento di ACB. Le misurazioni della gettata cardiaca (CO), del flusso attraverso il by-pass del ramo interventricolare anteriore (LAD), della pressione aortica media (AP), della pressione media nell'atrio sinistro (LAP), delle resistenze vascolari periferiche (SVR), delle resistenze vascolari del LAD e delle variazioni elettrocardiografiche (ECG) furono eseguite al termine del by-pass cardiopolmonare (S1), 1 min. (S2), 4 min. (S3) e 9 min. (S4) dopo iniezione di 0,1 mg di nifedipina nel by-pass del LAD. Le oscillazioni più evidenti si verificarono nella flussometria del LAD con un incremento del 120% allo step S2, ed una significativa diminuzione della LAP media del 18,9% a S3. Una lieve, ma significativa diminuzione della AP (11% in media) fu osservata tra S2 - S3. Durante i primi nove minuti dall'iniezione non ci fu nessuna modificazione significativa della CO e delle SVR. La diminuzione delle resistenze vascolari coronariche fu la più precoce e forse la più importante alterazione. Come conseguenza si ebbe un aumento massivo del flusso coronarico ed un miglioramento della decontrazione diastolica del miocardio (diminuzione del dp/dt min.) a cui fece seguito una diminuzione progressiva della LAP in assenza di una significativa diminuzione delle SVR. Ciò implica che il meccanismo con il quale la nifedipina aumenta il rendimento cardiaco, allorché venga iniettata direttamente nelle coronarie, è prevalentemente di tipo centrale cardiaco. L'assenza di alterazioni del tratto ST nell'ECG, come spesso si nota