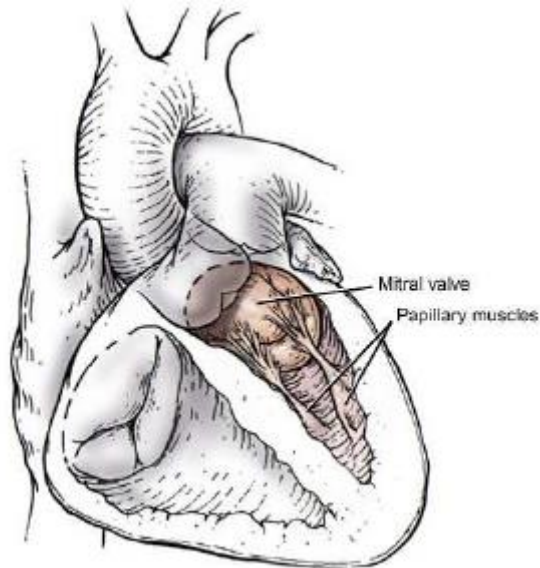




INFORMAZIONI RELATIVE ALLA CHIRURGIA MITRALICA

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

La sostituzione valvolare mitralica e la riparazione mitralica sono interventi a "cuore aperto" eseguiti dai cardiocirurghi per curare una stenosi (restringimento) o una insufficienza (perdita) della valvola mitrale che è la valvola d'ingresso per la parte sinistra del cuore.



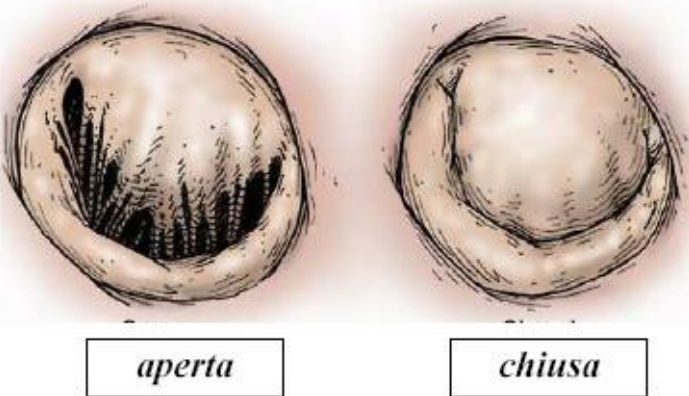
Il sangue scorre dai polmoni, dove si arricchisce di ossigeno, al cuore attraverso la valvola mitrale. Quando è aperta, essa permette al sangue di entrare nella principale camera pompante del cuore, chiamata ventricolo sinistro. Chiudendosi impedisce al sangue di refluire nei polmoni quando il ventricolo si contrae (si svuota) per spingere il sangue nell'organismo. Essa ha due lembi o vele.

La chirurgia può essere necessaria quando la valvola si apre o si chiude in modo incompleto.

Una valvola stenotica (stretta) non lascia entrare facilmente il sangue nel cuore, causando un "ristagno" di sangue e un aumento della pressione nei polmoni. A causa di ciò, durante gli sforzi, il cuore non riesce ad aumentare la quantità di sangue che pompa. Questo fatto può causare vari sintomi come la mancanza di respiro - specialmente sotto sforzo - e debolezza.

Se i lembi non si affrontano correttamente (molte possono essere le cause di ciò), la valvola perde (insufficiente).

Il sangue ritorna in parte indietro nei polmoni ogni volta che il cuore si contrae. Perciò esso deve pompare più sangue ad ogni contrazione per cercare di spingerne in avanti la stessa quantità. Ciò è chiamato sovraccarico di volume. Il cuore può compensare questo sovraccarico per molti mesi o anche anni, a patto che l'insufficienza si sviluppi lentamente e progressivamente. Con il tempo il cuore comincia a cedere e i pazienti mostrano i sintomi: mancanza di respiro e astenia (debolezza). A lungo andare il danneggiamento del cuore può divenire irreversibile.



COSA CAUSA I PROBLEMI ALLA VALVOLA MITRALE?

I problemi alla valvola mitrale sono raramente causati da un difetto di nascita, altrimenti conosciuto come condizione congenita. Più spesso, il logorio e una conseguente parziale rottura possono produrre un cedimento del meccanismo della valvola. Ciò è chiamato "malattia degenerativa". Può essere messa in relazione con l'età avanzata, sebbene anche diverse persone giovani presentino tale situazione. La febbre reumatica può danneggiare la valvola mitrale causando stenosi o insufficienza. Occasionalmente, inoltre, essa può essere danneggiata da infezioni o endocarditi batteriche. La cardiopatia

ischemica (malattia delle arterie coronarie) può anche essere causa di insufficienza della valvola mitrale.

QUANDO E' NECESSARIA LA CHIRURGIA?

Le indicazioni alla chirurgia mitralica sono sottoposte a continue revisioni. Evidenze recenti mostrano che interventi chirurgici precoci, specie se è possibile la riparazione, possono prevenire il danneggiamento irreversibile del cuore. La decisione di quando intervenire chirurgicamente dovrebbe essere presa in accordo con il Suo medico e richiederà un giudizio riguardante i rischi e i benefici connessi alla chirurgia. In alcuni casi anche la terapia farmacologica può alleviare notevolmente i sintomi per un certo tempo.

L'insufficienza mitralica in presenza di sintomi di scompenso cardiaco è normalmente una indicazione alla chirurgia. Una insufficienza severa diagnosticata con l'ecografia, anche in assenza di sintomi, può essere sufficiente a consigliare un intervento. Una dilatazione dell'atrio sinistro, particolarmente nel contesto di una recente comparsa di ritmo cardiaco irregolare (aritmie quali: fibrillazione atriale, contrazione atriale prematura, tachicardia parossistica atriale, ecc.), è considerata da molti medici come un'indicazione alla chirurgia.

L'INTERVENTO DI RIPARAZIONE

Spesso la valvola mitrale è così danneggiata che deve essere sostituita. Talvolta può però essere riparata. Un ecocardiogramma preoperatorio può aiutare il Suo chirurgo a prevedere la possibilità di riparazione, anche se solamente durante l'intervento sarà possibile verificare l'effettiva riparabilità.

Uno dei tipi di riparazione è la cosiddetta commissurotomia mitralica che può essere eseguita su molte valvole che sono ristrette e stenotiche dalla nascita o come conseguenza della febbre reumatica. Oggi frequentemente le stenosi mitraliche di origine reumatica sono trattate con la valvuloplastica con palloncino, una procedura eseguita nel laboratorio di cateterismo cardiaco

(emodinamica) dai cardiologi interventisti. Si usa un catetere con un palloncino sulla cima che, posizionato all'interno della valvola, viene gonfiato, forzando e dilatando la valvola stessa.

Più frequentemente la riparazione della valvola mitrale è eseguita per correggere una valvola insufficiente o con rigurgito. Il rigurgito mitralico congenito può essere causato da una fessura nella valvola (una separazione o incisione al centro di un lembo) associata ad un difetto del setto atriale, un tipo di foro tra gli atri, le due camere del cuore a bassa pressione. Tali valvole spesso possono essere riparate semplicemente chiudendo con suture la fessura. Talora possono essere riparate le valvole insufficienti a causa di una endocardite batterica.

La maggioranza delle riparazioni però vengono eseguite per la malattia degenerativa. La malattia valvolare degenerativa può essere causata da un allungamento o da una rottura delle corde tendinee, l'apparato di sostegno della valvola normale, o da un più generalizzato indebolimento della valvola stessa (degenerazione mixomatosa) nella quale tutti i componenti della valvola sono ingranditi e allungati. Il tipo di riparazione dipende dal problema specifico e può consistere nella rimozione di segmenti valvolari rotti, nell'accorciamento di corde allungate, nell'impianto di corde sintetiche al posto di quelle rotte o allungate ed altro ancora. Quasi sempre viene impiantato un "anello" protesico, della misura di 3 cm circa, che circonda la valvola per consolidare la riparazione.

L'INTERVENTO DI SOSTITUZIONE

Non tutte le valvole mitrali possono essere riparate. Le valvole mitrali che sono insufficienti a causa della malattia reumatica sono spesso anche stenotiche e raramente durano dopo una riparazione. Quando la mitrale è troppo danneggiata da permettere la riparazione essa viene sostituita con una protesi valvolare (artificiale). In linee generali, sono disponibili due tipi di valvole artificiali:

✚ **valvole meccaniche**, composte completamente da metallo e/o carbonio pirolitico

✚ **valvole biologiche**, fatte con tessuti animali.

Ambedue hanno vantaggi e svantaggi in riferimento alla durata (quanto a lungo dureranno) e al rischio di formazione di coaguli ematici sulla valvola. La scelta del tipo di valvola da usare dovrebbe essere presa da Lei e dai Suoi medici sulla base delle seguenti considerazioni:

✚ la Sua età

✚ altre condizioni mediche

✚ le Sue preferenze con particolare riguardo per l'assunzione di farmaci e per il rischio di reintervento

✚ il Suo stile di vita.



valvola meccanica



valvola biologica

VALVOLE MECCANICHE

Oggi è disponibile un grande numero di protesi valvolari meccaniche. Tutte funzionano ugualmente bene. Il loro principale pregio è l'ottima durata nel tempo. Quelle disponibili oggi semplicemente non si consumano. Lo svantaggio principale è che il sangue tende a coagulare su di esse. Se ciò accade la valvola non funziona normalmente. Perciò i pazienti con questo tipo

di valvole devono prendere anticoagulanti (fluidificanti del sangue) per tutta la vita. Esiste inoltre un rischio, piccolo ma reale, che la coagulazione del sangue causi ictus, anche prendendo gli anticoagulanti.

VALVOLE BIOLOGICHE

C'è una grande varietà di alternative biologiche per sostituire la valvola mitrale. La maggior parte è fatta di valvole aortiche di maiale. Altre sono costruite con vari tessuti animali (ad esempio pericardio bovino). Il loro più importante vantaggio è che hanno un ridotto rischio di formazione di coaguli ematici sulla valvola stessa, causa di disfunzione valvolare o di ictus. Lo svantaggio principale è che hanno una durata limitata, se comparata con le valvole meccaniche. Esse si deteriorano in un tempo abbastanza definito, la cui velocità dipende dall'età del paziente. In un ragazzo giovane si potrebbe rovinare in pochi anni, mentre la stessa valvola durerebbe almeno dieci anni in un uomo di mezza età e anche più a lungo in un paziente di età superiore ai 70 anni. Naturalmente, oltre una certa età, la durata della valvola oltrepassa l'aspettativa di vita. La convinzione generale è che una valvola biologica non richiederà di essere sostituita se usata in un paziente di età superiore ai 65 anni.

COME VIENE ESEGUITO L'INTERVENTO CHIRURGICO?

La riparazione o la sostituzione della valvola mitrale è un intervento che viene eseguito solo dal cardiocirurgo.

Viene effettuato in anestesia generale. Prima di essere addormentato vengono inserite delle agocannule in alcune vene del braccio, per l'infusione dei farmaci, e in un'arteria, per la misurazione costante della pressione del sangue.

La tecnica tradizionale richiede un'apertura longitudinale (verticale) della parete anteriore del torace attraverso lo sterno che viene tagliato in due parti.

Questa incisione è chiamata sternotomia mediana verticale. Attraverso tale apertura il chirurgo può vedere tutto il cuore e l'aorta ascendente.

L'intervento richiede che il paziente sia connesso alla macchina cuore-polmone. Per far ciò vengono inserite tre cannule, una nella parte alta dell'aorta ascendente e due nelle due vene cave. Esse portano il sangue dal paziente alla macchina, dove viene arricchito di ossigeno e viceversa. Avviata la circolazione extra corporea, il cuore può essere fermato con una speciale miscela di sostanze chimiche chiamata cardioplegia.

A questo punto l'atrio sinistro viene aperto, la valvola malata accuratamente esaminata e se possibile, riparata. Se il chirurgo non la ritiene riparabile, viene rimossa e al suo posto viene inserita una protesi (meccanica o biologica). Poi l'atrio viene richiuso. Appena riceve di nuovo il sangue, il cuore ricomincia spontaneamente a contrarsi. Il paziente può così essere staccato dalla macchina.

QUALI SONO I RISULTATI DELLA CHIRURGIA MITRALICA?

La prima cosa da ricordare nuovamente è che un chirurgo può prevedere la possibilità di riparazione prima della chirurgia, ma non può garantirla. Se la riparazione è possibile, le probabilità di durata a lungo termine sono buone, particolarmente per la malattia degenerativa. In base ai vari tipi di anomalie, c'è l'85-95% di probabilità di buon funzionamento della valvola anche oltre i 10 anni. Se è richiesta una più complessa riparazione per la malattia degenerativa, le probabilità di libertà da reinterventi a lungo termine sono meno buone. Se la valvola era danneggiata dalla malattia reumatica, il processo può progredire anche dopo la riparazione e quindi le probabilità di persistenza nel tempo della riparazione sono basse. Molti chirurghi sono pertanto riluttanti a riparare le valvole reumatiche. I risultati della riparazione dell'insufficienza mitralica associata con la malattia coronarica sono i più difficili da prevedere e dipendono largamente dal grado di avanzamento raggiunto dalla malattia già prima dell'intervento.

Della durata dei vari tipi di protesi si è già detto. La qualità di vita ed il recupero funzionale sono molto buoni dopo l'impianto di una protesi. Se la scelta di una protesi segue i criteri di età menzionati prima non si prevede di dover eseguire ulteriori interventi.

Le probabilità di successo del trattamento, in assenza di complicanze, sono del 96% (percentuale di insuccesso del 4%).

GLI ESITI DEL MANCATO TRATTAMENTO

Posta una corretta indicazione al trattamento chirurgico, l'intervento precoce è generalmente la migliore garanzia per un più contenuto rischio operatorio ed un più rapido e consistente recupero funzionale postoperatorio. D'altro canto, l'intervento chirurgico tardivo, sebbene ancora indicato, espone il paziente ad un più elevato rischio di complicanze postoperatorie ed a un meno significativo miglioramento dei sintomi. Ciò è sostanzialmente dovuto alle gravi alterazioni strutturali e funzionali del cuore del paziente con una lunga storia di malattia cardiaca valvolare. Il rifiuto del paziente di un trattamento chirurgico precoce alle valvole cardiache, una volta posta una corretta indicazione, lo espone in futuro alle problematiche dell'intervento chirurgico tardivo sopra indicate. In caso di rifiuto definitivo del trattamento chirurgico, la sola terapia medica non può arrestare la progressione dei sintomi, espressione di un progressivo peggioramento della funzione cardiaca. In caso di mancato trattamento vi è una progressione della malattia valvolare con comparsa o peggioramento dello scompenso cardiaco sino all'invalidità grave anche a riposo, con la possibilità di episodi di edema polmonare e morte per insufficienza cardio-respiratoria.

ESISTONO ALTERNATIVE ALLA CHIRURGIA?

Esistono promettenti alternative alla terapia chirurgica tradizionale. Si tratta, tuttavia, di procedure per lo più ancora in una fase sperimentale (sull'animale) o nei migliori dei casi, nella fase iniziale della loro sperimentazione clinica

sull'uomo. Sono eseguite in Centri specialistici di riferimento a livello nazionale ed internazionale che, soli, possono vantare casistiche numericamente significative di pazienti trattati.

QUALI SONO I RISCHI DELLA CHIRURGIA?

Il suo cardiologo e il suo cardiocirurgo possono meglio determinare il suo rischio individuale. Esso dipenderà dalla sua età, dalle condizioni generali, da specifiche condizioni mediche e dalla sua funzione cardiaca.

COME SARANNO LE MIE CONDIZIONI DOPO L'INTERVENTO DI RIPARAZIONE O SOSTITUZIONE DELLA VALVOLA MITRALE ?

Gli eventuali vantaggi potrebbero essere la riduzione o la scomparsa dello scompenso cardiaco (difficoltà respiratoria, edemi) con miglioramento delle capacità funzionali.

Dopo un intervento riuscito di riparazione o sostituzione della valvola mitrale, Lei può aspettarsi di ritornare rapidamente alle condizioni preoperatorie. In seguito Lei dovrebbe migliorare, sebbene ciò può richiedere del tempo. L'anticoagulazione (fluidificazione del sangue) con i farmaci (Sintrom o Coumadin) è di solito prescritta, dopo l'intervento, per 2-3 mesi nei pazienti che hanno avuto una riparazione o una sostituzione con valvole biologiche, per tutta la vita in quelli in fibrillazione atriale o con valvole meccaniche. Quando le ferite chirurgiche saranno guarite, ci saranno poche o nessuna restrizione alla sua attività.

Lei richiederà una profilassi con antibiotici come misura di prevenzione per le infezioni ogni volta che dovrà fare cure dentarie o ad alcune procedure invasive. Prima di qualsiasi procedura chirurgica, dica sempre ai medici o al Suo dentista che in precedenza ha avuto un intervento valvolare.

QUALI SONO I RISCHI SPECIFICI DI UN INTERVENTO SUL CUORE

Il rischio dell'intervento dipende dalle Sue condizioni cardiache, dalle Sue condizioni generali, dalla presenza di altre patologie concomitanti e dallo stato funzionale dei principali organi ed apparati dell'organismo.

POSSIBILI COMPLICANZE OPERATORIE E POST-OPERATORIE

Nonostante la massima premura e l'applicazione delle tecniche più aggiornate è possibile che durante e dopo l'operazione si manifestino delle complicanze, che verranno diagnosticate e trattate immediatamente.

Se il Suo caso richiede l'impiego della circolazione extracorporea va tenuto presente che, pur avendo raggiunto oggi livelli sofisticati e un grado notevole di sicurezza, tale metodica altera temporaneamente i normali meccanismi fisiologici ed espone tutti gli organi ed apparati dell'organismo (cervello, polmone, intestino, rene, etc.) a possibili danni, con quadri di gravità variabile. Di regola essi si traducono in disfunzioni non gravi e completamente reversibili ma, seppur di rado, possono evolvere sfavorevolmente, fino alle forme gravissime intrattabili ed irreversibili di compromissione multiorgano con esito mortale.

Il rischio di lesioni (per es. ai vasi sanguigni o ai nervi) è elevato quando siano presenti circostanze anatomiche inconsuete o zone estese di deformità fisica.

La posizione che il corpo deve assumere durante l'intervento può causare lesioni ai tessuti deboli (pelle, decubiti in regione sacrale e calcaneare, nervi) che di solito guariscono nel giro di poche settimane, ma raramente lasciano disturbi permanenti (per es. dalla sensazione di intorpidimento fino alla paralisi).

La separazione e la divaricazione dello sterno possono determinare stiramenti del plesso nervoso brachiocefalico ed alterazioni ossee della gabbia toracica.

Dopo e durante l'operazione Lei sarà sottoposto, per un certo numero di ore, a respirazione artificiale, a costante controllo dei parametri vitali e a terapia intensiva post-operatoria.

Il tempo di degenza in sala di terapia intensiva potrà variare in rapporto alle Sue condizioni e alle Sue necessità di controllo e terapia.

Bisogna tener conto di complicazioni che oggi sono molto rare ma in alcuni casi possono essere anche mortali, del tipo:

✚ insufficienza cardiocircolatoria non controllabile con i farmaci, per la quale bisogna ricorrere a sistemi meccanici di supporto; nella maggior parte dei casi si utilizza la contropulsazione aortica che consiste in un sostegno alla circolazione attraverso l'inserimento di un catetere in un'arteria femorale. La procedura può complicarsi con fenomeni tromboembolici e di ischemia agli arti inferiori anche gravi, molto rari nella popolazione generale, più frequenti in pazienti affetti da arteriopatia ostruttiva. In casi estremi di gravissima insufficienza cardio-respiratoria si può ricorrere a sistemi di assistenza circolatoria estrema le cui complicanze sono sovrapponibili a quelle della circolazione extra corporea intraoperatoria.

✚ occlusione improvvisa di un by-pass coronarico con l'eventuale necessità di un nuovo intervento chirurgico;

✚ malfunzionamento di protesi valvolare;

✚ infarto cardiaco direttamente connesso con l'operazione;

✚ paralisi (temporanee o permanenti) alle braccia o/e alle gambe (per esempio a causa di una irrorazione sanguigna insufficiente);

✚ complicanze dell'apparato gastro-intestinale;

✚ complicanze cerebrali (conseguenza: disturbi del linguaggio e dei movimenti fino al coma) provocate da una irrorazione sanguigna difettosa dovuta a disturbi circolatori o embolie;

- ✚ trombosi, embolia (formazione di emboli e conseguente occlusione di vasi);
- ✚ emorragie: dalle suture chirurgiche e/o da anomalie della coagulazione del sangue;
- ✚ infezioni, suppurazione e guarigione ritardata delle ferite che potrebbero richiedere l'utilizzo di medicazioni specifiche (ad esempio spugna con aspirazione negativa controllata);
- ✚ aritmie intrattabili o forme che possono richiedere ulteriori medicinali o l'impianto di un pace-maker;
- ✚ versamento di liquidi nella cavità pleurica e/o nel pericardio, che deve essere drenato. Il versamento pleurico viene drenato con una aspirazione tramite puntura in anestesia locale (toracentesi). Molto raramente la procedura può complicarsi con pneumotorace, emotorace, lesioni di organi intra addominali.
- ✚ raucedine (raramente affanno) in caso di paralisi delle corde vocali;
- ✚ respiro corto dovuto alla paralisi del diaframma;
- ✚ complicanze bronco-pneumoniche serie che possono richiedere intubazione prolungata ed eventuale necessità di eseguire tracheotomia. La tracheotomia consiste in una cannulazione della trachea attraverso un'incisione anteriore sul collo: la procedura molto raramente può essere complicata da lesioni vascolari, infezioni, stenosi cicatriziali.
- ✚ Interposizione di aria o miscela di gas del ventilatore tra la parete toracica ed il polmone (pneumotorace) o di perdita di sangue nelle pleure (emotorace) che possono richiedere il posizionamento di un tubo di drenaggio all'interno del torace. Questa manovra può complicarsi molto raramente con lesioni vascolari o di organi intra addominali.
- ✚ complicanze renali che possono richiedere trattamento dialitico transitorio o permanente.

Possono inoltre rendersi necessarie altre operazioni, per esempio la riapertura del torace per un trattamento emostatico, per la stabilizzazione di uno sterno

non ancora risanato, per la correzione di una cicatrice esteticamente poco piacevole o, successivamente, per un nuovo intervento ai vasi coronarici.

TRASFUSIONE DI SANGUE ED EMODERIVATI

Per ogni intervento bisogna avere pronte a disposizione delle riserve di sangue e plasma in quanto può rendersi necessaria terapia trasfusionale.

La trasfusione di sangue ed emoderivati rappresenta una terapia non esente da rischi sia per malattie infettive che per reazioni immunologiche.

Esiste il rischio di epatite che è pari a 1/205.000 unità trasfuse nel caso di epatite B e a 1/2.000.000 nel caso dell'epatite C. Il rischio di HIV-AIDS che è statisticamente bassissimo (1/2.000.000), così come il rischio di altre malattie trasmesse da virus e batteri. Vi è inoltre il rischio di reazioni trasfusionali, in particolare di tipo immunitario e la possibilità di indurre immunodepressione e conseguente maggior facilità di contrarre infezioni.

Tutte queste possibilità sono molto rare in quanto vengono sempre eseguite tutte le indagini prescritte dalla Legge sul sangue del donatore onde rendere la terapia più sicura possibile.

Bisogna tenere conto che la terapia trasfusionale viene eseguita solo in caso di stretta ed assoluta necessità e che vengono correntemente impiegate tutte le metodiche alternative (autotrasfusione intraoperatoria, emodiluizione, recupero intraoperatorio e postoperatorio del sangue) applicabili in rapporto alla condizione clinica del paziente.

ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGEA

L'ecocardiografia transesofagea consiste nell'introduzione nell'esofago di una sonda analoga a quella per l'endoscopia digestiva.

Tale sonda contiene un trasduttore ad ultrasuoni che permette di ottenere immagini delle strutture cardiache e dei flussi intracardiaci in maniera molto più accurata rispetto all'esame ecocardiografico standard. Infatti l'esofago si


trova vicino al cuore ed all'aorta e gli ultrasuoni non incontrano ostacoli o interferenze.


L'esame non presenta particolari rischi ed è eseguito routinariamente in Cardiocirurgia. Sono segnalati rarissimi casi di perforazione della mucosa esofagea o gastrica.


COSA SUCCEDE DOPO UN INTERVENTO CHIRURGICO SUL CUORE


Ogni individuo reagisce all'intervento chirurgico in maniera differente. Lei è un individuo unico! Nonostante ciò, si possono fare alcune considerazioni di carattere generale.

E' PERFETTAMENTE NORMALE...

 **Non avere molto appetito:** tornerà come prima in alcune settimane. Molti pazienti notano che la percezione del gusto è ridotta o quasi assente e alcuni lamentano nausea all'odore del cibo. Anche questi problemi si risolveranno entro 1-2 settimane.

 **Sentire dei gonfiori:** può essere d'aiuto mantenere il più possibile le gambe sollevate. E' consigliabile indossare le calze elastiche, se queste vengono prescritte.

 **Avere difficoltà a dormire nelle ore notturne:** si può avere difficoltà nel prendere sonno, oppure può succedere di svegliarsi verso le 2-3 di notte e non riuscire più a riaddormentarsi. Con il tempo la situazione migliorerà. Può essere d'aiuto assumere una compressa antidolorifica o un ansiolitico prima di coricarsi.

 **Avere problemi di stipsi:** può essere utilizzato un lassativo a scelta. Conviene assumere più frutta e fibre (verdura) con la dieta.

✚ **Avere sbalzi d'umore e sentirsi depressi:** ci saranno giorni migliori e giorni più difficili. Non bisogna scoraggiarsi, perché andrà meglio con il tempo.

✚ **Avere una tumefazione alla sommità dell'incisione chirurgica:** questa scomparirà con il tempo.

✚ **Avvertire un occasionale rumore di click o una inconsueta sensazione nel torace nei primi giorni dopo l'intervento:** questo dovrebbe verificarsi più raramente con il passare del tempo e scomparire nell'arco di alcune settimane. Se dovesse peggiorare, meglio consultare il proprio medico.

✚ **Sentire dolore muscolare o tensione alle spalle o nella zona centrale del dorso:** anche da questo disturbo, che si risolverà spontaneamente, si può trarre giovamento con l'assunzione di farmaci antidolorifici o antinfiammatori

QUINDI:

✚ Ricordi che occorrono circa 4-6 settimane per cominciare a **sentirsi meglio**.

✚ Ricordi di assumere regolarmente i **farmaci** come consigliato dal medico.

✚ Ricordi, se ancora presenti alla dimissione, di farsi rimuovere le **suture** della ferita toracica dopo 10-20 giorni (o quando consigliato dal medico).

CURA DELLE FERITE

Durante il ricovero segua le istruzioni del personale.

La maggior parte dei chirurghi ritiene che, dopo la dimissione, sia corretto lavare la ferita chirurgica quotidianamente con sapone neutro ed acqua tiepida.

Evitare lo sfregamento. Normalmente, 10-20 giorni dopo l'intervento le suture possono essere rimosse.

Le ferite chirurgiche possono abbronzarsi facilmente: si consiglia pertanto di non esporle direttamente al sole nel primo anno perché potrebbero diventare permanentemente scure.

Salvo precisa indicazione del medico, non applichi alcuna lozione, crema, olio o polvere.

Controlli le sue ferite ogni giorno. Si rivolga al medico nel caso notasse quanto segue:

- ✚ rammollimento a livello della linea di incisione
- ✚ arrossamento o gonfiore intorno ai margini della linea di incisione
- ✚ fuoriuscita di liquido
- ✚ febbre persistente

FARMACI

Al momento della dimissione le saranno prescritti alcuni farmaci; li assuma esattamente come prescritti dal medico. Conservi nel portafoglio o nella borsa una lista dei farmaci con il dosaggio e l'orario di assunzione. Non prenda altri farmaci senza consultare il Suo medico.

EFFETTI COLLATERALI:

E' importante sapere che i farmaci possono causare effetti collaterali. Se avverte uno dei seguenti sintomi, contatti telefonicamente il suo medico:

- ✚ Eccessiva nausea, diarrea, stitichezza o dolore allo stomaco
- ✚ Vomito
- ✚ Vertigini o sensazione di stordimento durante la stazione eretta
- ✚ Confusione
- ✚ Formicolio alle mani e ai piedi
- ✚ Frequenza del polso estremamente bassa o alta
- ✚ Rash (arrossamento diffuso) cutaneo
- ✚ Sanguinamento o comparsa di chiazze ecchimotiche

PROBLEMI DOPO LA DIMISSIONE

Problemi che richiedono una valutazione immediata (tramite 118):

- ✚ Dolore toracico (angina)

- ✚ Battito cardiaco con frequenza superiore a 150/min associato a difficoltà respiratoria, oppure percezione di battito irregolare
- ✚ Difficoltà respiratoria che non recede con il riposo
- ✚ Brividi o febbre
- ✚ Sangue rosso vivo con la tosse
- ✚ Improvviso torpore o debolezza alle braccia o alle gambe
- ✚ Improvvisa, severa cefalea
- ✚ Sensazione di svenimento
- ✚ Intenso dolore addominale
- ✚ Comparsa di nausea, vomito o diarrea
- ✚ Emissione di sangue vivo con le feci

Problemi urgenti (contattare il Medico):

- ✚ Incremento ponderale di più di 1 Kg al giorno per due giorni
- ✚ Peggioramento del gonfiore alla caviglia o comparsa di dolore alla gamba
- ✚ Difficoltà respiratoria
- ✚ Intenso dolore durante l'inspirio profondo
- ✚ Febbre superiore a 38° in due misurazioni nella giornata
- ✚ Persistente sanguinamento o fuoriuscita di liquido dalla ferita chirurgica
- ✚ Cicatrici arrossate, calde, gonfie
- ✚ Rash cutaneo
- ✚ Marcata spossatezza
- ✚ Attacco gottoso acuto
- ✚ Dolore al polpaccio che peggiora stirando i muscoli o rialzando la gamba
- ✚ Disturbi nella minzione, bruciore o presenza di sangue nelle urine

ATTIVITA' FISICA:

Sospenda immediatamente ogni attività se dovesse avvertire difficoltà respiratoria, battito cardiaco irregolare, sensazione di svenimento o vertigine o dolore toracico. Stia a riposo finché i sintomi regrediscono. Se non si dovessero risolvere entro 20 minuti, si rivolga al Suo medico.

Doccia

Potrà fare la doccia dopo la rimozione delle suture. Eviti di immergersi nella vasca da bagno finché la ferita non sarà completamente guarita. Si consiglia di evitare l'acqua molto calda.

Abiti

Indossi vestiti comodi che non stringano le ferite chirurgiche.

Riposo

Per un buon recupero Lei necessita di un equilibrio tra il riposo e l'esercizio. Programmi dei momenti di riposo alternati ai periodi di attività e se necessario si conceda un breve sonno. Riposare significa anche stare seduti tranquilli per 20-30 minuti. Riposi mezz'ora dopo i pasti prima di fare un esercizio fisico.

Camminare

Questa é una delle migliori forme di esercizio, in quanto stimola la circolazione sistemica e quella cardiaca. E' importante incrementare gradualmente la propria attività fisica. Cammini secondo il suo passo. Si fermi e riposi se si sente stanco. Pianifichi le attività nel corso della giornata e cerchi di non fare troppe cose nello stesso tempo. Se fa freddo, indossi una sciarpa per coprire naso e bocca.

Scale

Salvo controindicazione del medico, Lei può salire, lentamente, le scale. Si fermi e riposi se si sente stanco. Se usa il corrimano cerchi di non sollevarsi con le braccia. Usi le gambe.

Attività sessuale

Salvo controindicazioni del medico, potrà riprendere una normale vita sessuale non appena si sentirà bene, di solito da 2 a 4 settimane dopo la dimissione. Si rivolga al personale medico e paramedico per informazioni più dettagliate.

Guidare

Lei può viaggiare in macchina come passeggero in qualsiasi momento. Eviti di guidare, andare in bicicletta per strada o guidare motociclette nelle prime sei settimane dopo l'intervento. Questo é il periodo di tempo che richiede lo sterno per guarire. Anche i Suoi movimenti dovrebbero essere limitati e lenti in questo periodo. In caso di viaggio, faccia una sosta ogni due ore e cammini per qualche minuto.

Portare pesi

Si consiglia di non esercitare forza o trazione sullo sterno, mentre é in fase di guarigione. Eviti di trainare, spingere o tirare qualsiasi oggetto di peso superiore a 5 Kg per sei settimane dopo l'intervento. Ciò include portare bambini, borse, falciare l'erba, passare l'aspirapolvere o spostare mobili. Non trattenga il respiro durante un movimento, specialmente se sta trainando qualcosa o se deve urinare o defecare.

Lavoro

Si sottoponga ad una visita di controllo prima di tornare al lavoro; la maggior parte dei pazienti comincia a sentirsi in grado di tornare al lavoro 6-12 settimane dopo l'intervento.

QUANDO RIPRENDERE LE PROPRIE ATTIVITA' ABITUALI.

Fino alla sesta settimana (Ricordi che tutte queste attività devono richiedere uno sforzo inferiore all'equivalente di circa 5 Kg di peso nelle prime sei settimane dall'intervento)

Lavori domestici leggeri: spolverare, apparecchiare la tavola, lavare le stoviglie, piegare la biancheria.

Giardinaggio leggero: invasare e potare le piante.

Cucito, lettura, cottura dei cibi, salire le scale, piccoli lavori meccanici, fare shopping, andare al ristorante o al cinema, andare in chiesa, camminare, guardare gare sportive, fare cyclette (con i limiti previsti dal medico), lavarsi i capelli, giocare a carte

Visitatori: limiti il numero dei visitatori nelle prime due settimane. Se si sente stanco, si ritiri e riposi. I Suoi visitatori comprenderanno.

Dopo sei settimane

✚ Ritorno al lavoro con orario ridotto (se il Suo lavoro non richiede spostamento di pesi)


✚ Lavori domestici più pesanti: passare l'aspirapolvere, spazzare i pavimenti, fare lavatrici.


✚ Giardinaggio: falciare l'erba, rastrellare le foglie.

✚ Stirare, viaggiare, pescare, fare aerobica soft, portare cani al guinzaglio, guidare l'automobile, andare in barca.

Dopo tre mesi

✚ Lavori domestici pesanti: pulire i pavimenti

 Giardinaggio pesante: spalare la neve, zappare

 Giocare a calcio, tennis, bowling, golf, andare a caccia, in bicicletta, correre, guidare la motocicletta, tirare pesi, nuotare, fare sci nautico, fare immersioni subacquee.

Linee guida per l'attività fisica

1. Sospenda ogni attività se dovesse avvertire difficoltà respiratoria, vertigini, crampi alle gambe, stanchezza inusuale e/o dolore toracico (angina). Avvisi il Suo medico se questi sintomi persistono.

2. Se la sua frequenza del polso alla fine dello sforzo fisico supera di 30 battiti al minuto la frequenza a riposo significa che lo sforzo è stato eccessivo. Per correggere questa situazione lei avrà bisogno di modificare il prossimo ciclo di esercizio.

Valutazione del polso

Il controllo della frequenza cardiaca aiuta a svolgere le sue attività mantenendo un range di frequenza "sicuro".

Per misurare il polso, posizioni il dito indice e medio sulla parte bassa del polso dal lato del pollice. Se non riesce a sentire la pulsazione, provi a spostare leggermente le dita. Quando sentirà il polso, misuri il numero di battiti in 15 secondi e moltiplichi questo valore per 4; questo numero le indicherà quante volte il suo cuore batte in un minuto. Il Suo medico o l'infermiere potranno aiutarla a trovare il polso se Lei dovesse avere difficoltà.


Dieta

Il suo medico le raccomanderà probabilmente di seguire, dopo la dimissione, una dieta a basso contenuto di grassi e di sale. Questo può ridurre il rischio di un problema cardiaco futuro ed la possibilità di un ulteriore intervento cardiocirurgico. Lei dovrebbe cercare di assumere meno del 30% delle


calorie sotto forma di grassi. Provi a controllare il suo peso e a mangiare meno grassi saturi e colesterolo. L'American Heart Association (Associazione Americana dei Cardiologi) consiglia di limitare l'introito di acidi grassi saturi all'8-10% delle calorie giornaliere, mentre gli acidi grassi poliinsaturi dovrebbe costituire il 10% delle calorie. Il resto dovrebbe essere costituito da acidi grassi monoinsaturi. La quantità di colesterolo assunto dovrebbe essere inferiore a 300 mg al giorno. Poiché il sodio non dovrebbe superare 2.4 grammi al giorno, eviti di aggiungere sale durante la cottura dei cibi o a tavola.

Cominci a cambiare le abitudini alimentari quando il suo appetito sarà tornato normale.

Peso corporeo

 Si pesi ogni mattina con la stessa bilancia dopo aver urinato, ma prima di colazione.

 Annoti il peso ogni giorno

 Informi il Suo medico in caso di incremento ponderale superiore a 1 Kg da un giorno all'altro

Redatto da Comunicazione, Relazioni esterne aziendali, Ufficio stampa, URP ASUGI su testi ed immagini forniti e concordati con la Struttura Complessa Cardiochirurgia

Struttura Complessa Cardiochirurgia

Direttore: dott. Enzo Mazzaro

Tel: 040 – 399 4856;

e-mail: enzo.mazzaro@asugi.sanita.fvg.it

Responsabile Infermieristico Terapia Intensiva: Elena Benvenuti

Tel: 040 – 399 4119;

e-mail: elena.benvenuti@asugi.sanita.fvg.it

Responsabile Infermieristico Degenza: Antonella Franovich

Tel. 040 – 399 4851

e-mail: antonella.franovich@asugi.sanita.fvg.it

Revisione 01 – maggio 2022