

Proposta di criteri di accesso alla degenza riabilitativa cardiologica dopo impianto transcattetero di valvola aortica

Selection criteria for referral to in-hospital intensive cardiac rehabilitation after transcatheter aortic-valve implantation

Raffaele Griffo

ABSTRACT: *Selection criteria for referral to in-hospital intensive cardiac rehabilitation after transcatheter aortic-valve implantation. R. Griffo.*

Transcatheter aortic valve implantation (TAVI) is assuming a major role in the routine management of patients with aortic stenosis. There is a paucity of data to substantiate the referral of these patients to in-hospital intensive cardiac rehabilitation, widely recognized as the standard of care for cardiac patients in the post-acute phase. The patients considered to be candidates for TAVI were at high risk, defined by Euroscore > 20% or STS score > 10%,

mainly because they had coexisting comorbidities, with high care and rehabilitative needs. Reasonable selection criteria for referral were: trans-apical approach, past history of heart failure or coronary artery disease, advanced therapy needs (e.g. ventilatory, inotropic, nutritional), worsening comorbidities, logistic or social problem, frailty, and need of educational and lifestyle support.

Keywords: transcatheter aortic valve implantation, cardiac rehabilitation.

Monaldi Arch Chest Dis 2011; 76: 72-73.

Coordinatore Rete Cardiologica PSSR Liguria; U.O. Cardiologia Riabilitativa; ASL 3 "Genovese; Ospedale La Colletta; Arenzano, Italy.

Corresponding author: Raffaele Griffo; U.O. Cardiologia Riabilitativa; ASL 3 "Genovese"; Ospedale La Colletta; I-16011 Arenzano, Italy; Tel 010-6448553; Fax 010-9113353E-mail address: raffaele.griffo@asl3.liguria.it

L'impianto transcattetero della valvola aortica (TAVI) è una procedura per il trattamento della stenosi aortica severa in pazienti ad alto rischio chirurgico che dal 2002, anno dei primi impianti [1], sta conoscendo una grande espansione anche nel nostro paese.

In Regione Liguria dal 2009 è attivo un percorso specifico per la selezione e il trattamento di questi pazienti che prevede la discussione dei singoli casi tra il centro proponente, la cardiocirurgia e la struttura di Emodinamica interventistica ospitante (collocate entrambe nell'Azienda Ospedale-Università di S.Martino di Genova, ove è presente la sala ibrida di interventistica cardiovascolare-cardiocirurgia). Un aspetto particolarmente significativo ed originale di questa esperienza regionale è che, una volta posta l'indicazione, la procedura viene eseguita da un'equipe composta sia dagli emodinamisti ospitanti che da quelli del centro proponente la TAVI. Questo modo di procedere ha consentito un forte controllo sull'appropriatezza delle indicazioni, una parità di accesso alla procedura per tutti i cittadini della Regione, lo sviluppo armonioso e condiviso delle competenze interventistiche e un significativo risparmio economico (approvvigionamento regionale centralizzato dei materiali e delle protesi) evitando frammentazioni con conseguente spreco delle poche risorse disponibili.

La commissione regionale TAVI ha più volte discusso sulla necessità e sull'appropriatezza di una successiva fase di riabilitazione cardiologica, ormai considerata come un modello assistenziale di riferimento nella gestione della fase post-acute dei pazienti cardiopatici, e anche quali debbano essere i suoi eventuali specifici contenuti, non trovando chiare evidenze sia nella pratica clinica che in letteratura. Infatti, se da una parte sono assolutamente evidenti le analogie con il paziente operato chirurgicamente, dall'altra non va sottovalutato che uno degli argomenti proposti a sostegno della TAVI nei confronti della cardiocirurgia è che l'approccio percutaneo renderebbe di per sé superfluo il successivo passaggio riabilitativo. Tale argomento è purtroppo del tutto analogo a quanto era stato malamente sostenuto a suo tempo nel paziente ischemico a favore dell'angioplastica coronarica percutanea nei confronti della cardiocirurgia, con tutte le conseguenze nefaste che abbiamo osservato: scarsa attenzione alle comorbidità e alla qualità della vita, modeste modificazioni del lifestyle, ottimizzazione terapeutica a senso unico - antiaggreganti -, scarsa aderenza, eventi coronarici nel follow-up.... Come spesso accade, si tende a confondere la complessità o meno della procedura terapeutica (e sue ricadute "estetiche") con la patologia e, soprattutto, con il quadro clinico-assistenziale complessivo del pa-

ziente. Per definizione il paziente sottoposto appropriatamente [2-3] a TAVI è un paziente complesso: il suo Euroscore o STS score è elevato non solo per l'età ma anche, e soprattutto, per le criticità cardiovascolari (aritmie, scompenso ecc) e per la presenza di comorbidità, quali patologie polmonari, renali e neurologiche, arteriopatia extracardiaca, disautonomie ecc.ecc. Pertanto, al di là della invasività maggiore o minore della procedura terapeutica, ci troviamo davanti a un paziente ad elevato impegno assistenziale e con rilevanti bisogni riabilitativi. Questi ultimi condizionano anche la preferenza di un passaggio in un setting riabilitativo piuttosto che un ritorno post-procedura nella cardiologia per acuti di origine del paziente.

Sulla scorta di queste considerazioni e di una iniziale esperienza su circa un terzo di tutti i pazienti sottoposti a alla procedura nella nostra Regione (oltre 60 a marzo 2011), sono stati discussi e proposti i seguenti criteri di accesso alla riabilitazione degenziale intensiva dopo TAVI, indicazioni che si portano alla discussione della comunità scientifica riabilitativa:

- Approccio transapicale
- Presenza di storia di Scompenso cardiaco
 - con compromissione funzionale e significative possibilità di recupero con un trattamento riabilitativo intensivo, strutturato e sorvegliato
 - e/o con rischio elevato di instabilità emodinamica durante attività fisica
 - e/o con necessità di terapie farmacologiche in fase di titolazione
 - e/o con necessità di trattamento di ricondizionamento motorio o training fisico
- Presenza di complicanze mediche evento-correlate
- Presenza di coronaropatia diffusa non rivascolarizzata o anamnesi pregressa di precedenti IMA/CABG/PCI
- Necessità di supporto nutrizionale, o monitoraggio prolungato, terapia ventilatoria non invasiva o ultrafiltrazione/emodialisi
- Riacutizzazioni durante la fase acuta di comorbidità (pregresse malattie vascolari, patologie neurologiche, BPCO, insufficienza respiratoria cronica, diabete, insufficienza renale, altre comorbidità internistiche)
- Presenza di disautonomie o fragilità, con necessità di trattamenti complessi e/o di interventi riabilitativi individuali;
- Difficoltà logistiche/ambientali/socio-assistenziali, quali assenza di care-giver, problemi psico-socio-sanitari che rendano complessa la dimissione o la ritardino o con necessità di

azioni che la rendano praticabile (e.g. contatti con servizi socio-sanitari, ecc).

Così come è oggi previsto dal Ministero della Salute uno specifico registro dei pazienti sottoposti a TAVI nel nostro Paese (registro OBSERVANT [4]) con un follow-up a 30 giorni e a un anno, relativo però ai soli end points “duri” decesso e/o evento cardio-cerebrovascolare maggiore, si ritiene auspicabile che la IACPR-GICR proponga ai centri di riabilitazione uno strumento che consenta una raccolta sistematica dei dati rilevanti dei pazienti sottoposti a TAVI con successivo intervento di riabilitazione, con particolare attenzione al rilievo dei contenuti dell'intervento e degli indicatori di outcome.

Riassunto

L'impianto transcateretere della valvola aortica (TAVI) è una procedura per il trattamento della stenosi aortica severa in pazienti ad alto rischio chirurgico che sta conoscendo una grande espansione. Ad oggi la necessità di una successiva fase di riabilitazione cardiologica e quali debbano essere i suoi contenuti specifici non trovano chiare evidenze sia nella pratica clinica che in letteratura. Il paziente sottoposto a TAVI è, per definizione, un paziente complesso per le criticità cardiovascolari e per la presenza di comorbidità e disautonomie. Pertanto, al di là della invasività o meno della procedura, è un paziente ad elevato impegno assistenziale e con rilevanti bisogni riabilitativi. Nel documento si propongono alla discussione i criteri di accesso alla riabilitazione degenziale intensiva dopo TAVI elaborati in Regione Liguria.

Bibliografia

1. Cribier A, Eltchaninoff H, Bash A *et al.* Percutaneous transcatheter implantation of an aortic valve prosthesis for calcific aortic stenosis: first human case description. *Circulation* 2002; 106: 3006-3008.
2. Zahn R, Gerckens U, Grube E *et al.* Transcatheter aortic valve implantation: first results from a multi-centre real-world registry. *Eur H Journal* 2011; 32: 198-204.
3. Santoro G, Vitali E, Tamburino C *et al.* Impianto transcateretere di protesi valvolare aortica in pazienti con stenosi valvolare severa sintomatica. Documento di consenso Federazione Italiana di Cardiologia-Società Italiana di Chirurgia Cardiaca. *G Ital Cardiol* 2010; 11: 45-53.
4. Gruppo di lavoro tecnico dello studio OBSERVANT. OBSERVANT: studio osservazionale per la valutazione di appropriatezza, efficienza ed efficacia delle procedure AVR-TAVI nel trattamento della stenosi aortica sintomatica severa. Protocollo di studio. *G Ital Cardiol* 2010; 11: 897-909.