

Linee guida ESC/EACTS per la pratica clinica per la
**Gestione delle
cardiopatie valvolari:
Informazioni utili
per i pazienti**



Cosa sono le Linee guida per la pratica clinica?

Le Linee guida per la pratica clinica sono documenti redatti da professionisti sanitari e scienziati. Sono destinate principalmente ai professionisti sanitari e offrono raccomandazioni basate sulle migliori evidenze disponibili. Le Linee guida contribuiscono a garantire che i pazienti ricevano la migliore assistenza possibile.

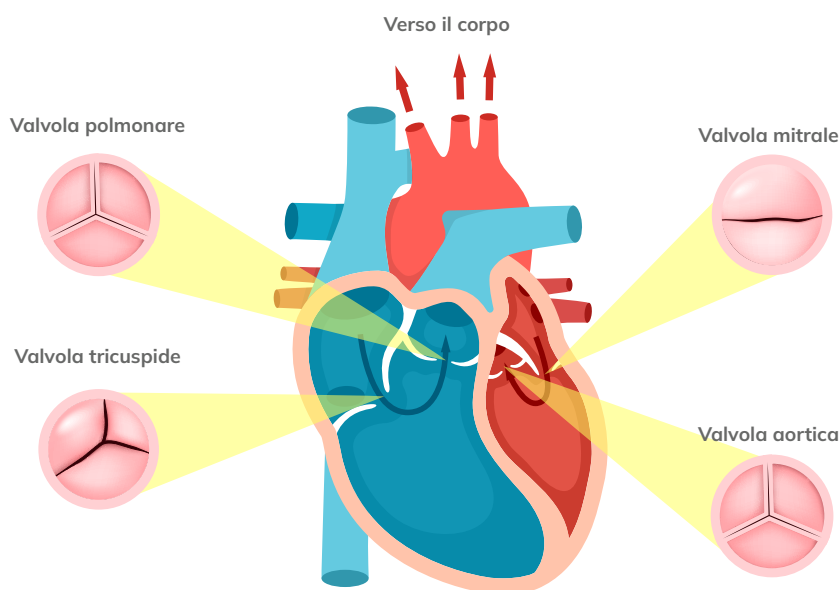
In che modo questo documento mi sarà utile?

Il presente documento si basa sulle [Linee guida della Società Europea di Cardiologia \(ESC\)](#) e dell'[Associazione Europea di Chirurgia Cardiotoracica \(EACTS\)](#) per la gestione delle cardiopatie valvolari ed è destinato ai pazienti e alle loro famiglie.

La presente guida offre una panoramica delle raccomandazioni per la diagnosi e il trattamento dei diversi tipi comuni di valvulopatie cardiache. Ha lo scopo di aiutare il paziente ad acquisire la sicurezza necessaria per collaborare con il team sanitario e prendere insieme decisioni consapevoli.

Cardiopatía valvolare: di cosa si tratta?

Nel cuore sono presenti quattro valvole, situate tra le quattro camere. Quando funzionano correttamente, le valvole assicurano che il sangue scorra nella giusta direzione.



Se una o più valvole non si aprono o chiudono correttamente, si parla di cardiopatía valvolare o valvulopatia.

Sintomi e cause

I sintomi della cardiopatia valvolare possono variare a seconda della valvola interessata e della gravità del danno. I sintomi non sono sempre evidenti, anche in caso di cardiopatia valvolare grave. I sintomi più comuni includono:



Aumento della stanchezza
(più del solito)



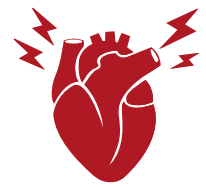
Mancanza di respiro



Sensazione di svenimento o vertigini



Gonfiore alle gambe



Battito cardiaco accelerato o irregolare
chiamato "palpitazioni"

Alcune persone nascono con valvole difettose (valvulopatia congenita), ma molto spesso la cardiopatia valvolare si manifesta a causa dell'usura dovuta all'invecchiamento. Inoltre, altre patologie cardiache, come un precedente infarto, possono causare problemi alle valvole. Nella febbre reumatica, la risposta all'infezione può danneggiare lentamente le valvole cardiache. Le infezioni acute, compresa l'endocardite, possono causare danni molto più rapidi. Anche alcuni trattamenti antitumorali (ad es. la radioterapia toracica e alcuni tipi di chemioterapia) sono associati a un aumento del rischio di patologie valvolari, solitamente molti anni dopo.

Il danneggiamento delle valvole cardiache modifica la velocità e la direzione del flusso sanguigno che le attraversa. Spesso si sospetta per la prima volta una cardiopatia valvolare quando, durante una visita medica di routine, si ausculta il cuore con lo stetoscopio. Se si ausculta un soffio al cuore, il paziente può essere sottoposto a ulteriori esami.

Diagnosi e gestione generale

Idealmente, ogni persona affetta da cardiopatia valvolare dovrebbe essere assistita da professionisti sanitari in possesso di adeguate competenze specialistiche.

Se si sospetta una valvulopatia, è opportuno rivolgersi a una **clinica specializzata in valvulopatie**. Questo tipo di cliniche dispone di procedure standard per garantire una diagnosi tempestiva, un trattamento e un monitoraggio delle condizioni del paziente nel tempo.

Esame clinico

Se si sospetta una valvulopatia, un operatore sanitario specializzato effettuerà un esame fisico completo. Ciò includerà l'auscultazione cardiaca e quella polmonare con uno stetoscopio. Verificherà la presenza di dispnea, stanchezza, gonfiore e la capacità di svolgere le normali attività quotidiane.

Per verificare lo stato di salute del cuore, possono essere effettuati anche esami del sangue. Livelli elevati di marcatori, come il peptide natriuretico cerebrale (BNP) o la troponina, possono indicare un danno cardiaco.

Verranno annotate altre patologie cardiache ed eventuali altre malattie, in modo che gli specialisti siano informati sullo stato di salute generale.

Esame di imaging cardiaco

Il tipo di esame di imaging più comune è l'**ecocardiografia** (o "eco" in breve). Questa tecnica utilizza onde ultrasoniche per produrre immagini di diverse parti del cuore, comprese le valvole e le camere cardiache. Di solito viene eseguita l'ecocardiografia transtoracica (ETT), la quale prevede l'applicazione di una sonda a ultrasuoni sulla pelle e il suo spostamento sul torace.

Se l'ETT non fornisce dettagli sufficienti, può essere necessaria l'ecocardiografia transesofagea (ETE), la quale acquisisce immagini dall'interno del corpo. La sonda a ultrasuoni viene fatta scorrere delicatamente lungo la gola del paziente fino all'esofago (tubo digerente) per ottenere immagini più nitide del cuore. Per effettuare la procedura, il paziente può essere sedato.

Altri tipi di imaging possono fornire ulteriori informazioni, tra cui la presenza di arterie ostruite (coronaropatia) o altre patologie cardiache. Ad esempio, **la tomografia computerizzata cardiaca** (TAC) fornisce immagini 3D di alta qualità del cuore e dei vasi sanguigni circostanti. La **risonanza magnetica cardiaca** (RMC) fornisce un'immagine molto dettagliata della struttura del cuore e ne mostra il funzionamento.



Ecocardiografia transtoracica (ETT)

- Utilizzata di norma per controllare le valvole e le camere cardiache
- Valuta la funzione cardiaca e i danni
- Utilizzata per la diagnosi e il monitoraggio



Ecocardiografia transesofagea (ETE)

- Fornisce maggiori dettagli se l'ETT non è sufficiente
- Di solito viene eseguita prima di un intervento sulle valvole cardiache



Tomografia computerizzata cardiaca (cardio TC)

- Fornisce un'immagine dettagliata del cuore e dei vasi sanguigni



Risonanza magnetica cardiaca (CMR)

- Verifica la funzione e la struttura del cuore

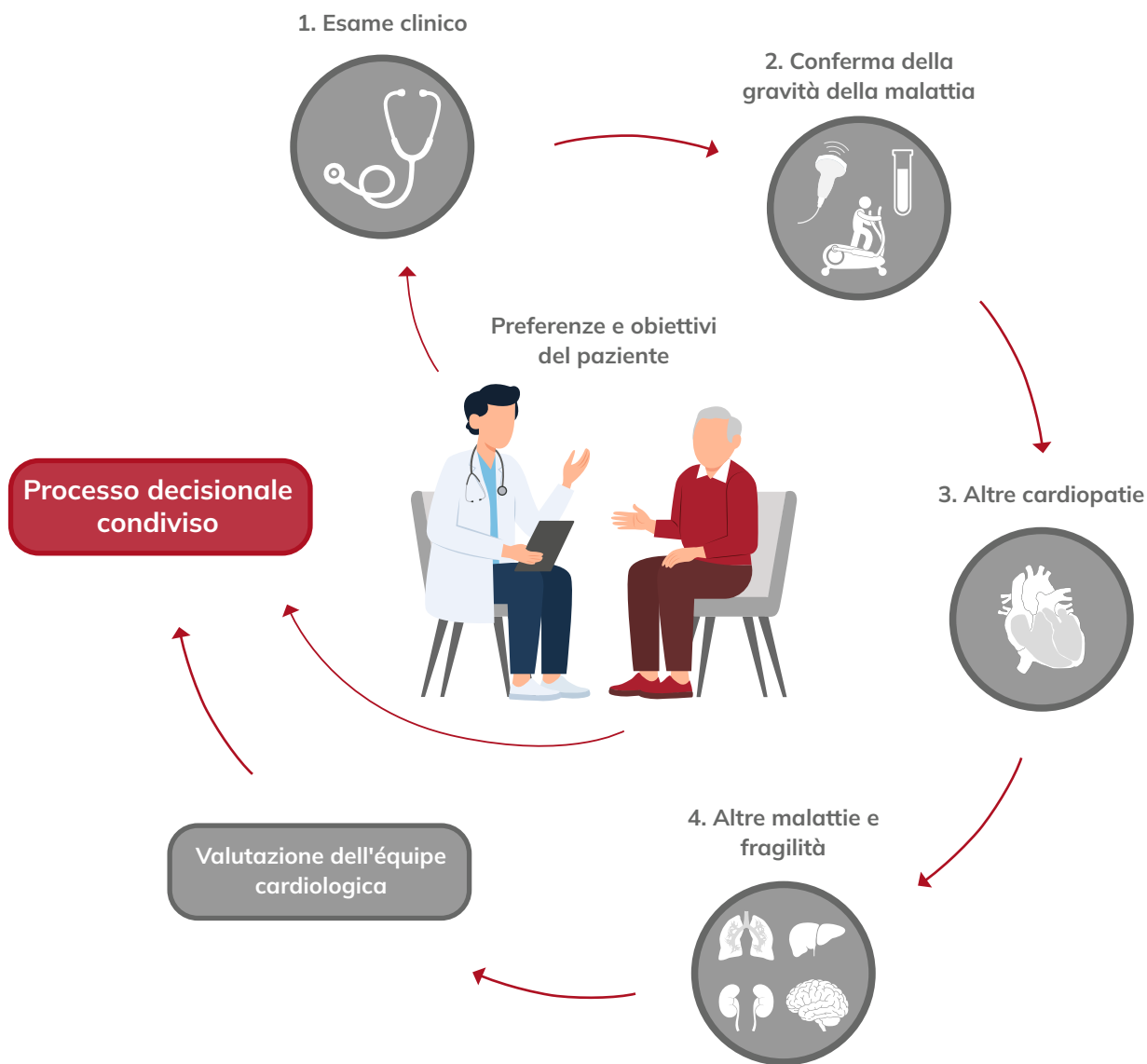
L'imaging svolge un ruolo importante nella diagnosi delle valvulopatie cardiache e aiuta gli operatori sanitari a valutare la gravità del danno valvolare e a pianificare ulteriori follow-up o la necessità di un trattamento invasivo.

Oltre all'imaging, può essere eseguito un cateterismo cardiaco per misurare le pressioni nelle camere cardiache e nei polmoni. Ciò comporta l'inserimento di un tubo sottile in una vena, che viene guidato nella parte destra del cuore.

L'équipe cardiologica

Se viene confermata una diagnosi di valvulopatia, un gruppo di specialisti sarà coinvolto nella cura del paziente. Chiamata **équipe cardiologica**, il gruppo comprende in genere cardiologi specializzati in procedure cardiache, cardiocirurghi, cardiologi con competenze in imaging e infermieri specializzati in cardiologia. Se necessario, possono essere coinvolti anche altri operatori sanitari specializzati.

Insieme, possono essere d'aiuto nel valutare i rischi e i benefici delle diverse opzioni terapeutiche e parlarne con il paziente. Grazie al loro aiuto, sarà possibile prendere una decisione condivisa sul trattamento più adatto.



Gestione della valvulopatia cardiaca incentrata sul paziente

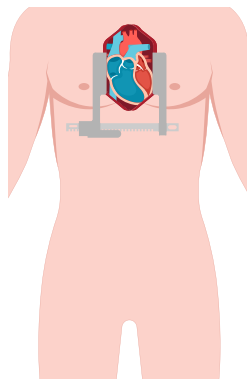
Opzioni terapeutiche

A seconda del tipo e della gravità della valvulopatia, alcuni pazienti potrebbero non necessitare di un trattamento immediato, ma essere monitorati a intervalli regolari.

Altri pazienti potrebbero invece necessitare di procedure per riparare o sostituire una valvola cardiaca. L'équipe di medici discuterà con il paziente su quale approccio sia più indicato per il tipo di valvulopatia cardiaca di cui soffre e per le relative caratteristiche, compresa l'età.

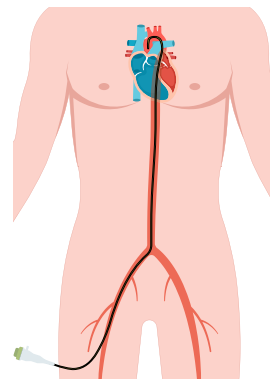
L'**intervento chirurgico** può essere un "intervento a cuore aperto" oppure può comportare un'incisione più piccola, denominata "chirurgia mininvasiva".

In un **intervento transcateretere**, un tubo sottile (chiamato catetere) viene inserito attraverso un vaso sanguigno nell'inguine, consentendo l'accesso alla valvola cardiaca.



Intervento chirurgico

- Più invasivo
- Richiede l'uso di una macchina cuore-polmone
- Degenza ospedaliera più lunga
- Può fornire un risultato più duraturo



Approccio transcateretere

- Meno invasivo
- Nessuna macchina cuore-polmone
- Recupero più rapido
- Potrebbe non essere efficace e duraturo quanto l'intervento chirurgico

La **riparazione valvolare** comporta il ripristino della valvola difettosa. La riparazione valvolare richiede solitamente un intervento chirurgico, ma in alcuni casi è possibile ricorrere anche a tecniche transcateretere. La riparazione chirurgica della valvola è spesso preferibile alla sostituzione chirurgica della valvola. Tuttavia, la sostituzione della valvola è generalmente l'unica opzione disponibile quando la valvola è ristretta, o si sono accumulati depositi di calcio.

La **sostituzione della valvola** comporta l'inserimento di una nuova valvola (chiamata valvola protesica). Esistono due tipi principali di protesi: meccaniche e biologiche.

Le **valvole meccaniche** sono realizzate in carbonio o metallo. Sono di lunga durata, ma è necessario assumere anticoagulanti per tutta la vita per prevenire la formazione di coaguli sulla valvola (trombosi valvolare).

Le **valvole biologiche** sono realizzate con tessuto animale o, raramente, con tessuto umano. Di solito non richiedono l'assunzione di anticoagulanti, ma non durano quanto le valvole meccaniche e, pertanto, potrebbero dover essere sostituite nuovamente in età avanzata. Le valvole biologiche sono adatte a persone che non possono assumere anticoagulanti, come quelle ad alto rischio di emorragia a causa di fragilità o altre malattie, oppure le donne che stanno pianificando una gravidanza.

La sostituzione della valvola può essere eseguita chirurgicamente o mediante un intervento transcateretere. Gli interventi transcateretere sono particolarmente utili per i pazienti anziani e nei casi in cui l'intervento chirurgico sia troppo rischioso.

I vantaggi e gli svantaggi delle opzioni terapeutiche dovrebbero essere discussi in modo approfondito con i pazienti, comprese le probabilità di successo, i tempi di recupero, le potenziali complicanze e i possibili rischi di interventi futuri. Ad esempio, sebbene la sostituzione transcateretere comporti solitamente una degenza ospedaliera e un tempo di recupero più brevi rispetto alla chirurgia, la nuova valvola potrebbe non durare a lungo, e quindi non essere adatta ai pazienti più giovani.

Le evidenze indicano che i migliori risultati si ottengono quando la riparazione o la sostituzione valvolare viene eseguita in centri specializzati in valvole cardiache che dispongono di personale molto esperto che esegue regolarmente tali procedure.

Non è possibile curare la valvulopatia cardiaca utilizzando i soli **farmaci**, ma questi possono essere prescritti per ridurre i sintomi e gestire altri fattori di rischio per le malattie cardiache.

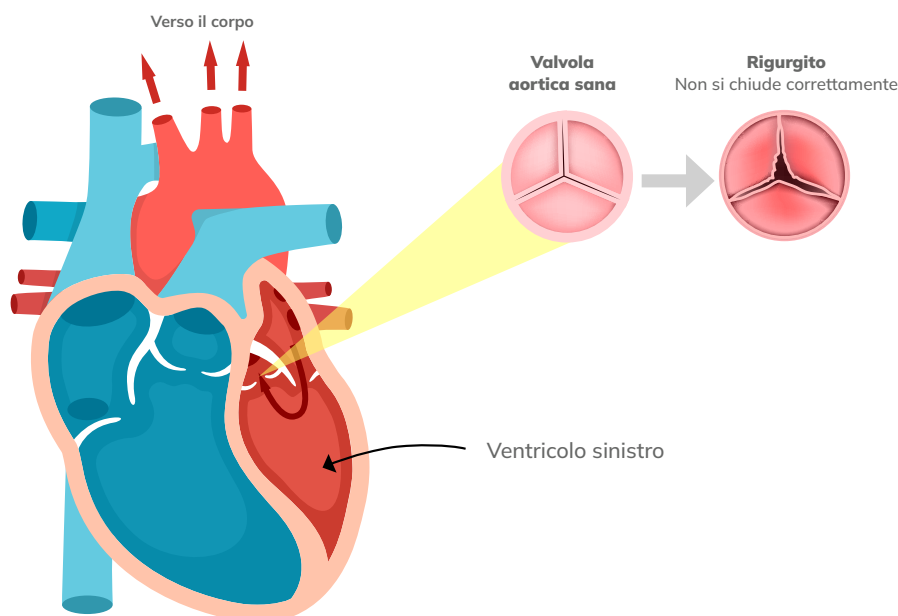
Inoltre, **cambiamenti nello stile di vita** come mantenere un peso sano, smettere di fumare e fare esercizio fisico leggero come camminare, possono migliorare la salute in generale e ridurre lo sforzo a carico del cuore.

La vostra équipe sanitaria discuterà con voi le opzioni terapeutiche appropriate e i cambiamenti nello stile di vita. È bene che il paziente esprima le proprie preferenze e non esiti a porre domande.

Le sezioni seguenti descrivono alcuni tipi comuni di valvulopatia cardiaca e le relative modalità di trattamento.

Rigurgito aortico

Durante un battito cardiaco normale, il ventricolo sinistro pompa il sangue attraverso la valvola aortica verso il corpo. Il **rigurgito aortico** si verifica quando la valvola aortica non si chiude correttamente, causando un reflusso di sangue nel ventricolo sinistro. Ciò riduce l'efficacia del cuore nel pompare il sangue al corpo e può causare l'ingrossamento e l'indebolimento del ventricolo sinistro.

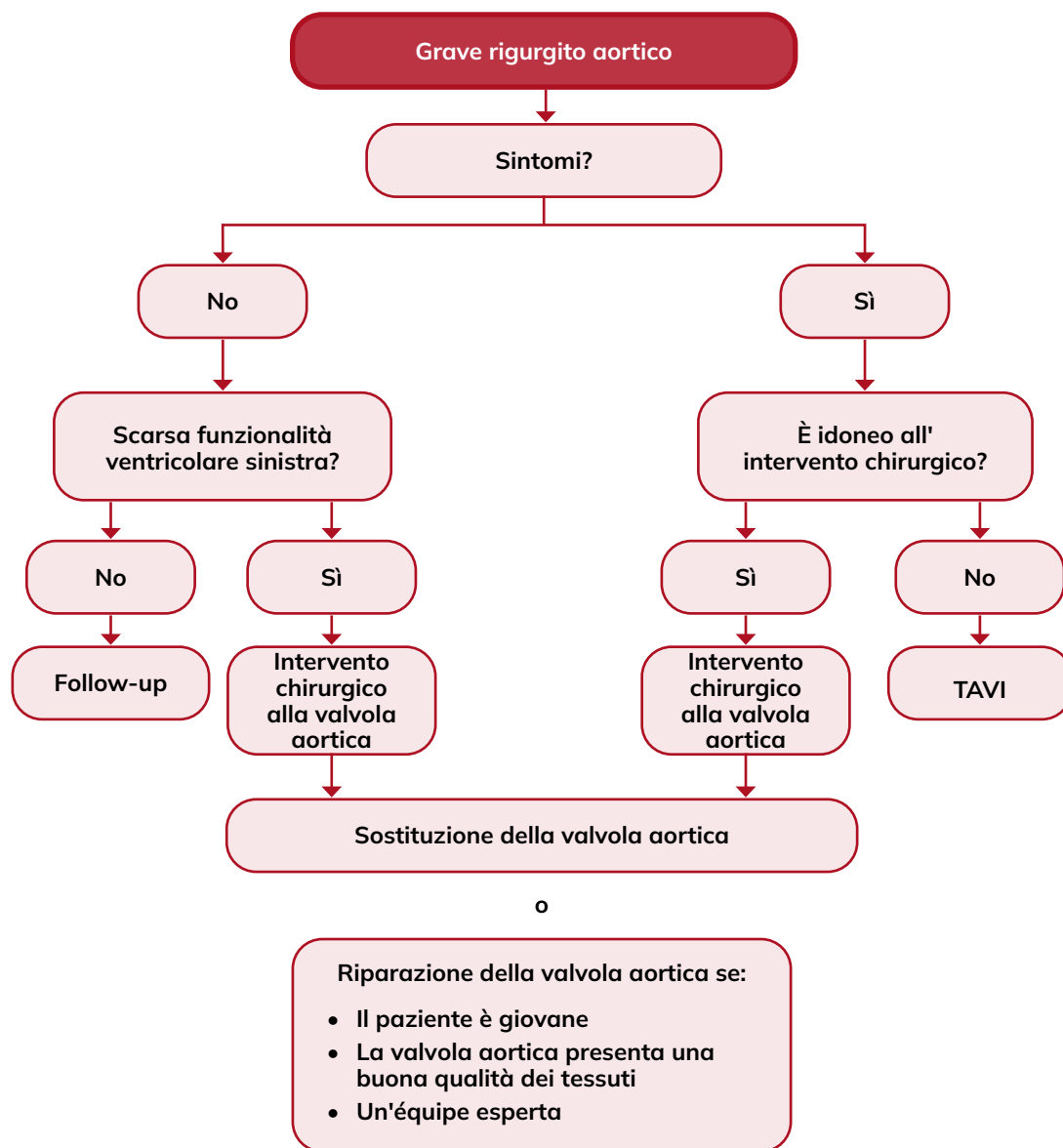


L'ecocardiografia è il primo strumento di imaging utilizzato per valutare la causa e la gravità del rigurgito aortico e per verificare gli effetti sul ventricolo sinistro. Inoltre, la TAC o la RMC possono fornire informazioni utili sulla causa del rigurgito aortico e sull'eventuale presenza di danni al ventricolo sinistro.

Molti pazienti affetti da rigurgito aortico non presentano alcun sintomo. Saranno sottoposti a controlli regolari presso una clinica specializzata in valvole cardiache. Durante tali controlli, i pazienti devono segnalare eventuali sintomi al proprio medico curante.

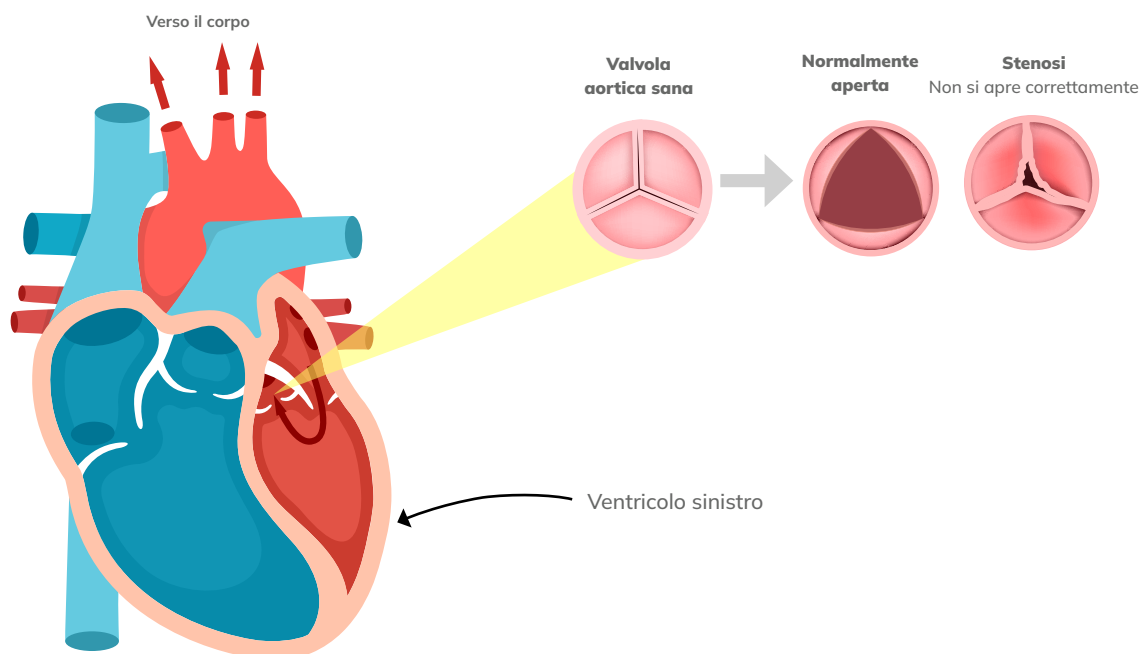
L'intervento chirurgico è raccomandato nei pazienti sintomatici e con grave rigurgito aortico, a condizione che il paziente non presenti un alto rischio di complicanze chirurgiche. L'intervento chirurgico è raccomandato anche nei pazienti asintomatici che mostrano un progressivo ingrossamento del ventricolo sinistro. L'intervento più comune è la sostituzione valvolare chirurgica, ma nei centri specializzati può essere proposta la riparazione valvolare per i pazienti più giovani. Nei pazienti non idonei all'intervento chirurgico, può essere raccomandato l'impianto transcateretere della valvola aortica (TAVI).

Lo schema seguente mostra un esempio di come possono essere trattati i pazienti con grave rigurgito aortico. Tuttavia, le decisioni vengono prese individualmente per ciascun paziente, tenendo conto di diversi fattori, nonché delle relative esigenze e preferenze.



Stenosi aortica

Nella **stenosi aortica**, la valvola aortica si restringe e la sua apertura risulta limitata. Ciò significa che una minore quantità di sangue riesce a lasciare il ventricolo sinistro e a circolare nell'organismo. La causa più comune di stenosi aortica è costituita dai depositi di calcio, i quali si accumulano intorno alla valvola con l'avanzare dell'età.



L'ecocardiografia è fondamentale per confermare la diagnosi e valutare il grado di restringimento della valvola aortica. Un'ulteriore TAC può mostrare la quantità di calcio accumulata.

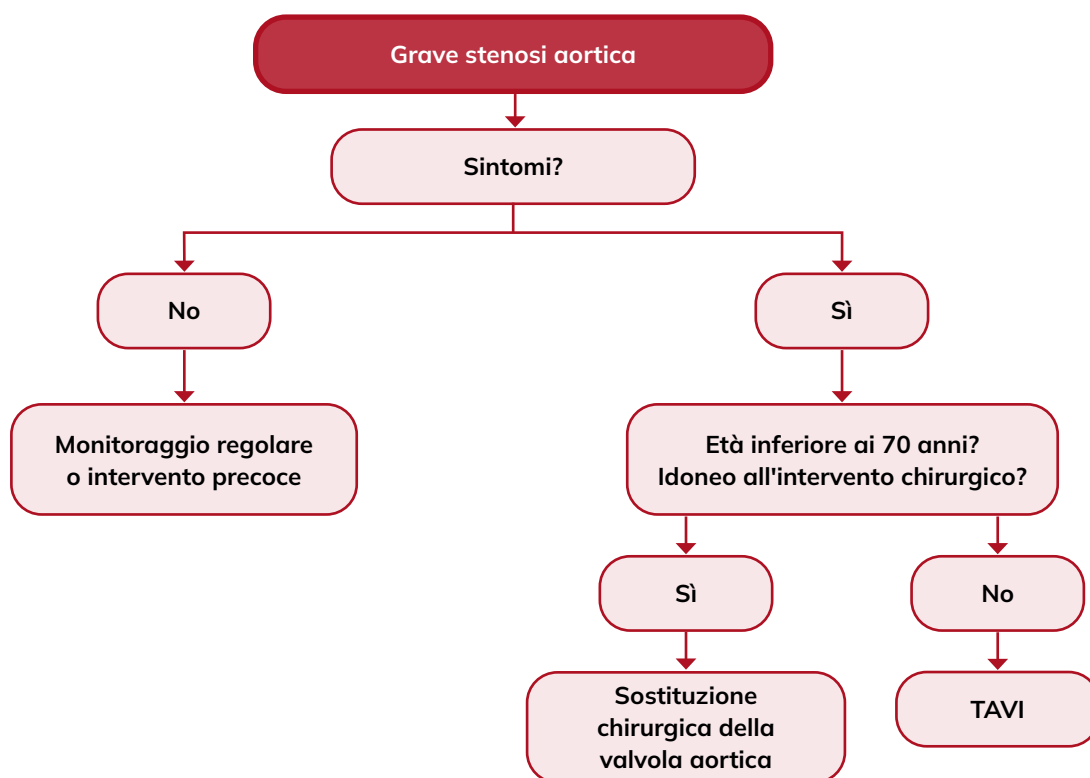
La stenosi aortica lieve spesso non causa alcun sintomo e non richiede un trattamento immediato.

Se si soffre di stenosi aortica grave ma non si presentano sintomi, il medico discuterà con il paziente dei possibili benefici e dei rischi di un trattamento precoce della valvola. A seconda del rischio della procedura e delle preferenze personali, si potrà decidere insieme se sostituire la valvola o attendere ed effettuare controlli regolari ("vigile attesa"). Durante la fase di vigile attesa, il paziente verrà sottoposto a controlli almeno ogni 6 mesi per consentire l'individuazione di sintomi precoci o segni di peggioramento. È importante segnalare al proprio medico qualsiasi nuovo sintomo durante questo periodo.

Per i pazienti con stenosi aortica grave e sintomi, si raccomanda la sostituzione della valvola. La scelta tra intervento chirurgico e intervento transcateretere (TAVI) per la sostituzione della valvola dipende da molti fattori, ma l'età del paziente è particolarmente importante. L'età avanzata è associata a un rischio maggiore di complicanze durante l'intervento chirurgico e la TAVI è più indicata per i pazienti di età pari o superiore a 70 anni. L'intervento chirurgico può essere la scelta migliore per i pazienti più giovani o per quelli con una lunga aspettativa di vita stimata, poiché esiste la possibilità che la valvola inserita con il TAVI debba essere sostituita in età avanzata, il che comporta dei rischi.

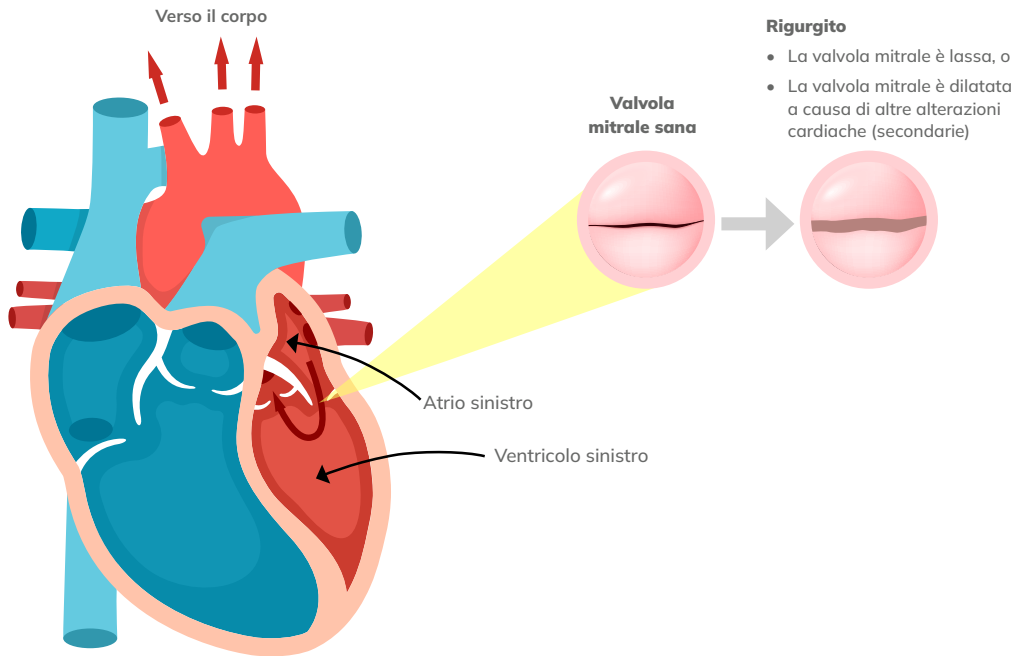
Anche altri fattori, quali la forma e le dimensioni della valvola, il grado di calcificazione ed eventuali altre patologie preesistenti, rientrano nel processo decisionale. L'équipe cardiologica valuterà i rischi e i benefici e discuterà le opzioni disponibili con il paziente.

Favorisce la sostituzione valvolare CHIRURGICA	Favorisce la sostituzione valvolare TRANSCATETERE (TAVI)
<ul style="list-style-type: none"> • Età inferiore ai 70 anni • Altre malattie cardiache che necessitano di trattamento • Malattia coronarica complessa • Alcune caratteristiche della valvola (ad es. grave calcificazione o valvola bicuspide [la valvola presenta due lembi invece di tre]) 	<ul style="list-style-type: none"> • Età pari o superiore a 70 anni • Precedente intervento chirurgico al cuore • Patologia cardiaca o altra malattia che aumenta il rischio chirurgico • Fragilità • L'arteria della gamba consente l'accesso al cuore



Rigurgito mitralico

La valvola mitrale convoglia il sangue dall'atrio sinistro al ventricolo sinistro. Il **rigurgito mitralico** si verifica quando la valvola mitrale non si chiude correttamente. Il sangue rifluisce nell'atrio sinistro, il quale si dilata mentre il ventricolo sinistro si indebolisce progressivamente.



Quando la valvola mitrale è danneggiata o anomala, si parla di **rigurgito mitralico primario**. Una causa comune è la degenerazione legata all'età che può provocare un'insufficienza valvolare (un "prolasso mitralico"), impedendo la chiusura completa della valvola. In altri casi, la valvola è stata danneggiata da un'infezione (endocardite), oppure il paziente è nato con una valvola anomala.

Altri pazienti presentano una valvola normale, ma le alterazioni delle dimensioni del cuore sinistro provocano una separazione dei lembi valvolari. Questo fenomeno è chiamato **rigurgito mitralico secondario (o funzionale)** e può verificarsi in seguito a un infarto e in pazienti con insufficienza cardiaca o fibrillazione atriale cronica.

L'ecocardiografia è il metodo scelto per valutare la gravità del rigurgito mitralico e la sua causa, primaria o secondaria, poiché ciò determinerà il trattamento migliore.

Rigurgito mitralico primario

I pazienti con grave rigurgito mitralico primario che non presentano sintomi né problemi marcati a carico del ventricolo sinistro o del ritmo cardiaco dovrebbero essere valutati due volte all'anno, idealmente in una clinica specializzata in valvole cardiache. Questo approccio è chiamato "vigile attesa". La dilatazione delle camere cardiache sinistre, l'indebolimento della funzione di pompaggio del cuore o l'ipertensione polmonare possono indicare la necessità di un intervento chirurgico.

Nei pazienti con grave rigurgito mitralico che presentano sintomi, si raccomanda un intervento chirurgico alla valvola mitrale, preferibilmente con riparazione della valvola mitrale.

Se l'intervento chirurgico è considerato troppo rischioso, si può prendere in considerazione la riparazione transcateretere edge-to-edge (TEER). Questa procedura non comporta l'apertura del torace: si accede alla valvola cardiaca facendo passare un tubo e una clip attraverso un vaso sanguigno dall'inguine. La clip viene inserita nella valvola mitrale e contribuisce a mantenere unite le cuspidi, riducendo le perdite quando la valvola si chiude.

Non tutte le valvole mitrali sono adatte alla procedura TEER e il medico potrebbe valutare con il paziente altre procedure transcateretere o il ricorso esclusivo a farmaci per ridurre i sintomi.



Rigurgito mitralico secondario

Il trattamento del rigurgito mitralico secondario si concentra innanzitutto sul miglioramento del problema cardiaco sottostante che ha causato la perdita della valvola mitrale. Ciò comporta solitamente l'adeguamento dei farmaci per l'insufficienza cardiaca e il trattamento di eventuali aritmie cardiache.

Se la perdita rimane grave nonostante questi trattamenti, l'équipe cardiologica valuterà una procedura per il trattamento della valvola. A seconda della causa della perdita e della struttura della valvola, ciò può essere effettuato tramite TEER o con un intervento chirurgico. In generale, la TEER viene presa in considerazione più spesso quando il muscolo cardiaco è indebolito, mentre l'intervento chirurgico è preferibile quando la perdita è dovuta principalmente all'ingrossamento dell'atrio sinistro.

Stenosi mitralica

La **stenosi mitralica** si verifica quando la valvola mitrale non si apre correttamente e il flusso di sangue nel ventricolo sinistro risulta ridotto.

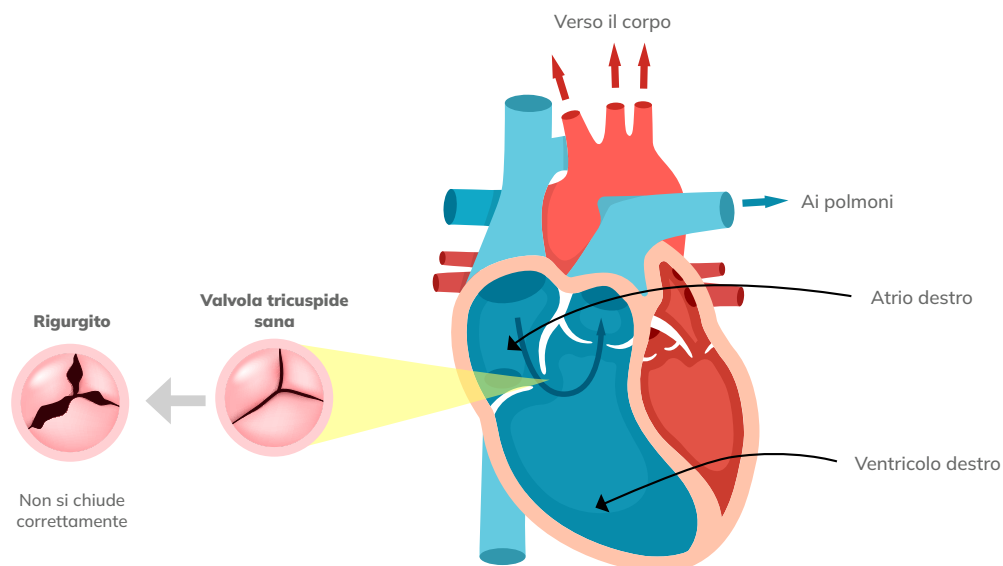
Una delle cause principali della stenosi mitralica è la febbre reumatica, ormai rara nei Paesi a reddito medio-alto. La degenerazione della valvola mitrale legata all'età può verificarsi anche in seguito all'accumulo di calcio nel corso del tempo.

La maggior parte delle persone affette da stenosi mitralica non necessita di alcun trattamento, ma richiede un monitoraggio regolare delle proprie condizioni.

Ai pazienti che presentano sintomi possono essere somministrati farmaci. Se i sintomi persistono, l'équipe cardiologica può prendere in considerazione un intervento chirurgico o un intervento transcateretere chiamato "commisurotomia mitralica percutanea", in cui viene gonfiato un palloncino all'interno della valvola per migliorarne l'apertura. Quando la stenosi valvolare non è limitata ai lembi valvolari ma coinvolge l'intero apparato valvolare, è preferibile l'intervento chirurgico. In alcuni casi, può essere presa in considerazione la sostituzione transcateretere della valvola mitrale.

Rigurgito tricuspидale

La valvola tricuspide convoglia il sangue dall'atrio destro al ventricolo destro, da dove prosegue verso i polmoni per ossigenarsi. Nel **rigurgito tricuspидale**, la valvola tricuspide non si chiude correttamente e il sangue rifluisce nell'atrio destro.

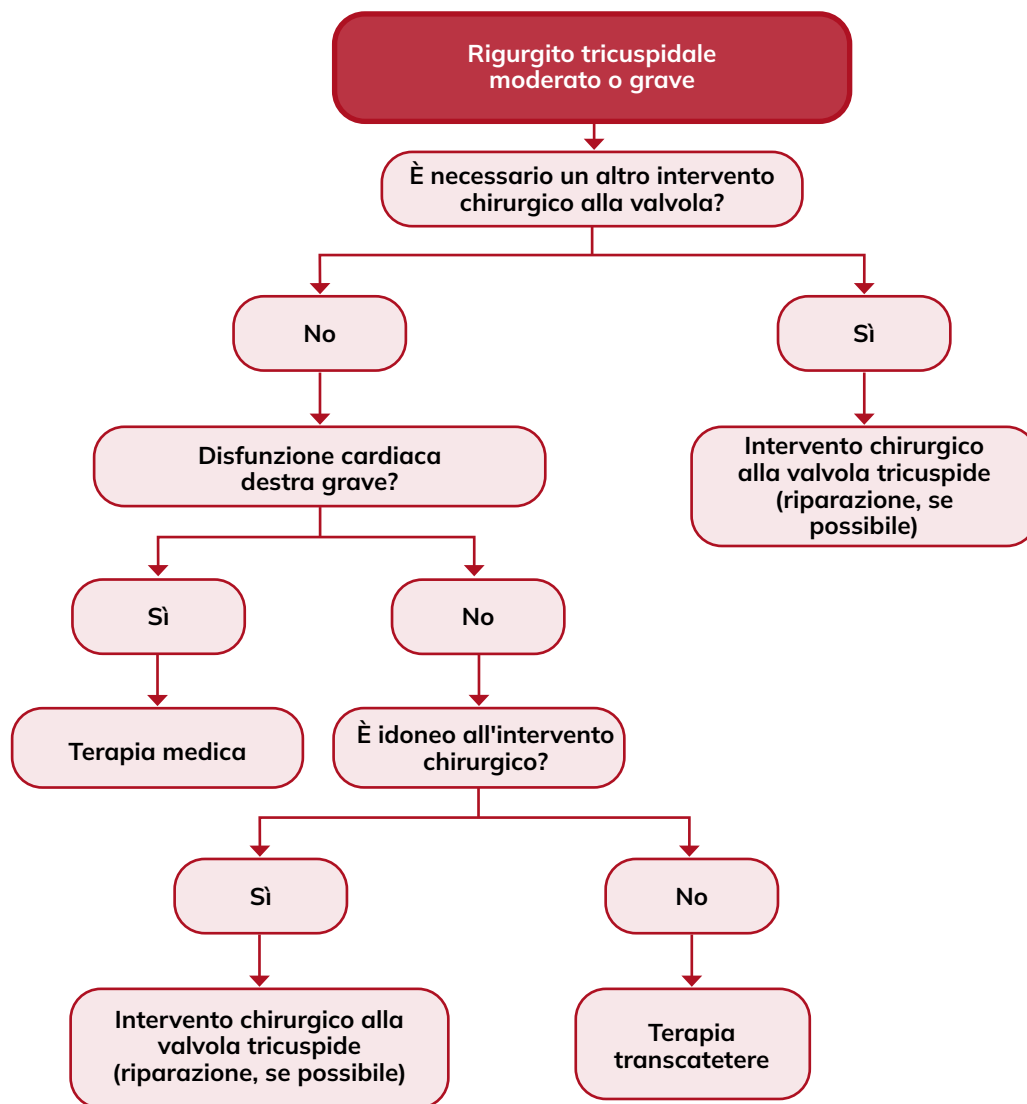


Il rigurgito tricuspидale lieve isolato è molto comune e non richiede alcun trattamento. Anche il rigurgito tricuspидale moderato è comune ed è spesso dovuto ad alterazioni legate all'età. Il rigurgito tricuspидale grave è causato molto spesso da alterazioni dell'atrio destro o del ventricolo destro che provocano un allungamento della valvola tricuspидale con conseguente apertura.

L'ecocardiografia viene utilizzata per valutare la gravità e la causa del rigurgito tricuspидale. Se necessario, può essere eseguito un cateterismo cardiaco destro, in cui viene inserito un tubo in un vaso sanguigno per misurare la pressione nei vasi polmonari e nel lato destro del cuore.

Ai pazienti con rigurgito tricuspидale vengono somministrati farmaci per trattare la causa sottostante. Questi possono includere farmaci per l'insufficienza cardiaca o per trattare l'ipertensione polmonare o le aritmie.

Attualmente, è raro che i pazienti si sottopongano a un intervento solo sulla valvola tricuspide. Molto spesso, la valvola tricuspide viene riparata contemporaneamente all'intervento su un'altra valvola. Gli interventi transcateretere stanno diventando sempre più diffusi in alcuni pazienti con grave rigurgito tricuspидale che non sono idonei all'intervento chirurgico.



La **stenosi tricuspide**, in cui la valvola non si apre correttamente, è relativamente rara. La sostituzione chirurgica della valvola tricuspide può essere eseguita se i farmaci non migliorano i sintomi.

Follow-up dei pazienti dopo interventi chirurgici o procedure interventistiche sulle valvole

I pazienti che hanno subito una riparazione della valvola richiedono solitamente controlli ogni 2-3 anni.

Dopo la sostituzione della valvola, si raccomandano visite di follow-up ogni anno. Nel corso del tempo, le valvole di sostituzione inserite chirurgicamente o tramite interventi transcatetere possono deteriorarsi. Ciò è più comune con le valvole biologiche rispetto a quelle meccaniche. Il monitoraggio aiuta a verificare che la valvola funzioni ancora correttamente.

È importante informare il proprio medico se si manifestano nuovi sintomi tra una visita di controllo e l'altra.

I pazienti con una valvola cardiaca meccanica riceveranno una terapia anticoagulante a vita per ridurre il rischio di formazione di coaguli sulla nuova valvola (trombosi valvolare). L'efficacia dei farmaci anticoagulanti verrà controllata regolarmente tramite il test dell'international normalised ratio (INR). Si raccomanda ai pazienti di misurare autonomamente i livelli di INR. I pazienti dovrebbero ricevere informazioni sul test INR e sull'importanza di un'efficace terapia anticoagulante per la salute del loro cuore.

Il rischio di coagulazione è inferiore con le valvole cardiache biologiche, ma i pazienti potrebbero dover assumere anticoagulanti per altri motivi oppure potrebbe essere loro prescritta l'aspirina per 3 mesi o più a lungo.

Si raccomanda l'uso di antibiotici quando i pazienti con una valvola sostituita o riparata devono sottoporsi a estrazioni dentarie, interventi di chirurgia orale o altri tipi di interventi invasivi. Gli antibiotici servono a prevenire l'endocardite (infezione della valvola riparata o sostituita).

Riabilitazione cardiaca

Al paziente potrebbe essere proposto un programma personalizzato di esercizio fisico, formazione e supporto chiamato riabilitazione cardiaca. I programmi variano e possono essere in presenza oppure online, ma sono pensati per sostenere il vostro benessere fisico e mentale. La riabilitazione cardiaca può contribuire a:

- Recuperare dopo un intervento alle valvole cardiache
- Ridurre il rischio di ulteriori problemi cardiaci
- Comprendere la propria patologia e i farmaci che sono stati prescritti
- Apportare cambiamenti al proprio stile di vita per migliorare la salute del cuore, ad esempio seguendo un'alimentazione sana, smettendo di fumare e riducendo il consumo di alcol
- Migliorare il proprio benessere mentale attraverso il dialogo e le risorse disponibili

Ricordarsi che l'équipe sanitaria è qui per aiutare il paziente. Rivolgersi all'équipe in caso di domande relative all'assistenza, o se si è preoccupati riguardo alle proprie condizioni di salute.

Rivolgersi immediatamente a un medico se si manifesta:

- **Improvvisa e grave mancanza di respiro**
- **Svenimento**
- **Dolore al petto**
- **Rapido peggioramento dei sintomi**

La presente guida per i pazienti è una versione semplificata delle [Linee guida ESC/EACTS 2025 per la gestione delle cardiopatie valvolari](#).

Autori:

Fabien Praz, Dipartimento di Cardiologia, Inselspital, Ospedale universitario di Berna, Università di Berna, Berna, Svizzera

Michael A. Borger, Clinica universitaria di cardiocirurgia, Centro cardiologico di Lipsia, Lipsia, Germania

Benoit Mores, (Belgio), Forum dei pazienti ESC, Sophia Antipolis, Francia

Jonas Lanz, Dipartimento di Cardiologia, Ospedale universitario di Berna, Berna, Svizzera

Mateo Marín-Cuarteras, Dipartimento universitario di cardiocirurgia, Centro cardiologico di Lipsia, Lipsia, Germania

Ruggero De Paulis, Dipartimento di cardiocirurgia, European Hospital, Roma, Italia; Università Unicamillus, Roma, Italia

Wojtek Wojakowski, Divisione di Cardiologia e Malattie cardiache strutturali, Università di Medicina della Slesia, Katowice, Polonia

Dichiarazione di non responsabilità

Il presente materiale è stato adattato dalle Linee guida ESC/EACTS per la gestione delle cardiopatie valvolari (European Heart Journal 2025 - doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf194) pubblicate il 29 agosto 2025.

Copyright © Società Europea di Cardiologia 2026 - Tutti i diritti riservati.

Il presente materiale è stato pubblicato esclusivamente per uso personale e didattico. Non è consentito alcun uso commerciale. Nessuna parte del presente documento può essere tradotta o riprodotta in alcuna forma senza l'autorizzazione scritta dell'ESC. L'autorizzazione può essere ottenuta presentando una richiesta scritta all'ESC, Dipartimento Linee guida per la pratica clinica, Les Templiers - 2035, Route des Colles - CS 80179 Biot - 06903 Sophia Antipolis Cedex - Francia. E-mail: guidelines@escardio.org

Il presente materiale è stato adattato dalle Linee guida ESC/EACTS come ausilio per pazienti e gli operatori sanitari. Rappresenta il punto di vista dell'ESC ed è stato redatto dopo un'attenta valutazione delle conoscenze scientifiche e mediche e delle evidenze disponibili al momento della pubblicazione. L'ESC non è responsabile in caso di contraddizioni, discrepanze e/o ambiguità tra le Linee guida ESC/EACTS e qualsiasi altra raccomandazione o linea guida ufficiale emessa dalle autorità sanitarie competenti, in particolare in relazione al corretto utilizzo dell'assistenza sanitaria o alle strategie terapeutiche. Per ulteriori informazioni sul ruolo delle Linee guida per la pratica clinica e sulla responsabilità individuale degli operatori sanitari nel prendere decisioni relative alla cura dei pazienti, si prega di fare riferimento al preambolo delle linee guida originali.