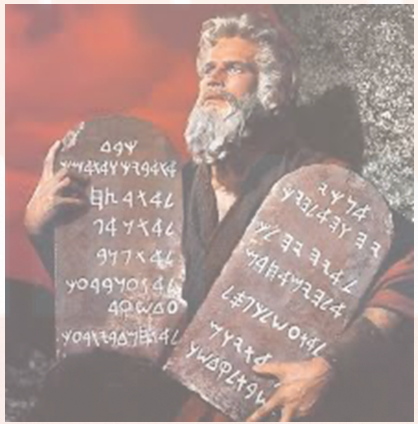
PLACE 2026
PLATFORM OF LABORATORIES FOR ADVANCES IN CARDIAC EXPERIENCE

CONGRESSO
ROMA, 25 - 27 Giugno 2026

CARDIOPATIE VALVOLARI ED ENDOCARDITI: UPDATE 2026

Linee guida ESC nelle cardiopatie valvolari 2025: i 10 comandamenti

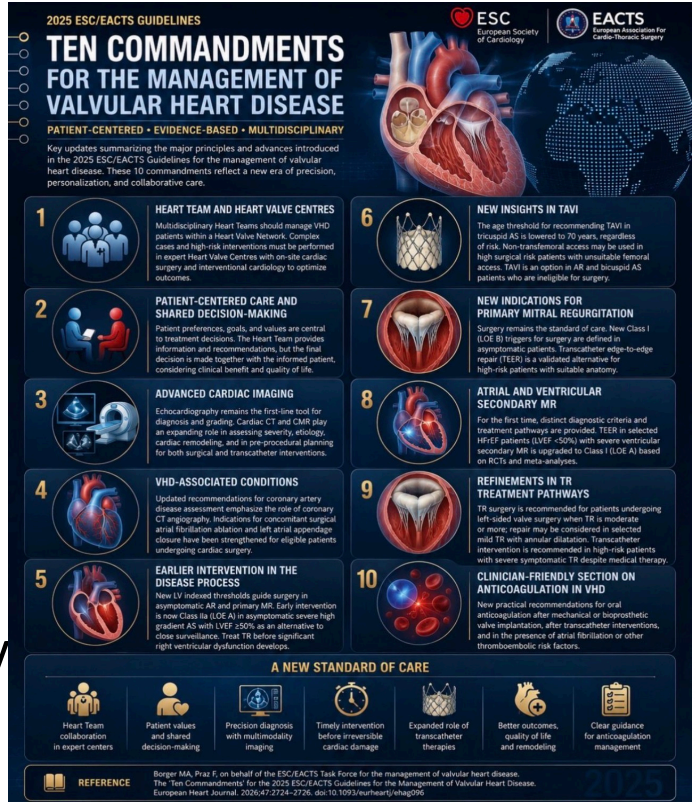


Dott.ssa Claudia Altieri

I X COMANDAMENTI

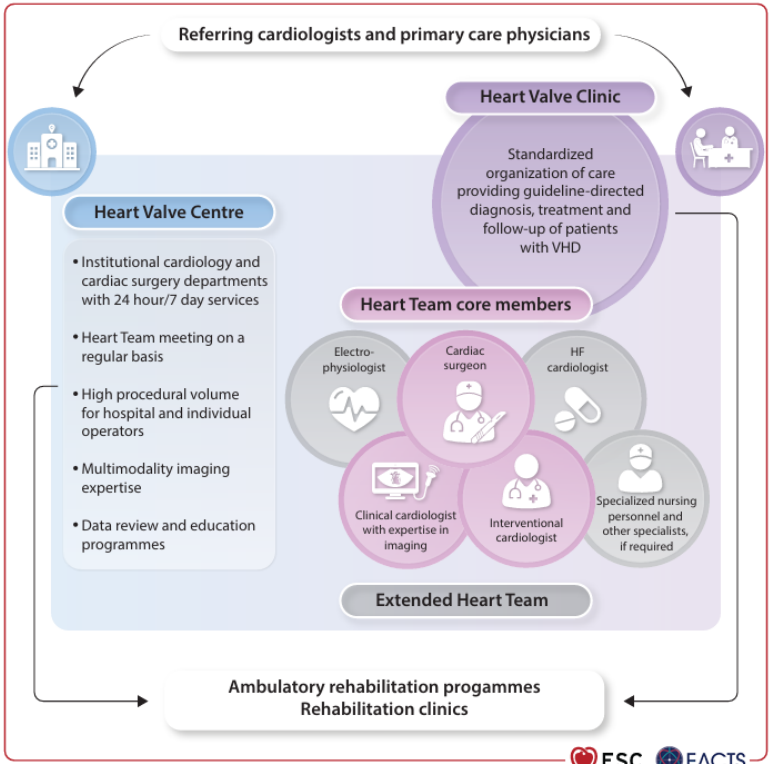
C. Altieri

- Invecchiamento della popolazione
- Nuove evidenze cliniche
- Espansione di TAVI e TEER
- Nuovo concetto di Heart Valv Centre



HEART TEAM E HEART VALVE CENTRES

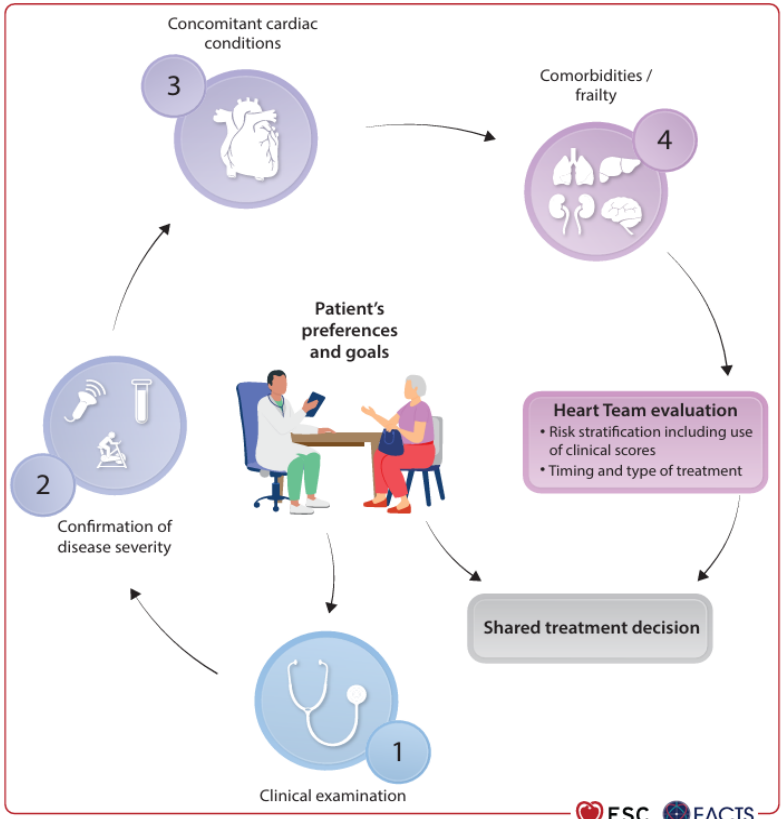
- Il team multidisciplinare che si occupa dei pazienti con VHD dovrebbe operare all'interno di una rete regionale **di Heart Valve.**
- I pazienti che richiedono procedure complesse dovrebbero essere gestiti in centri esperti con cardiologia interventistica e cardiochirurgia in sede, per ottenere risultati ottimali.



CURE CENTRATE SUL PAZIENTE E DECISIONE CONDIVISA

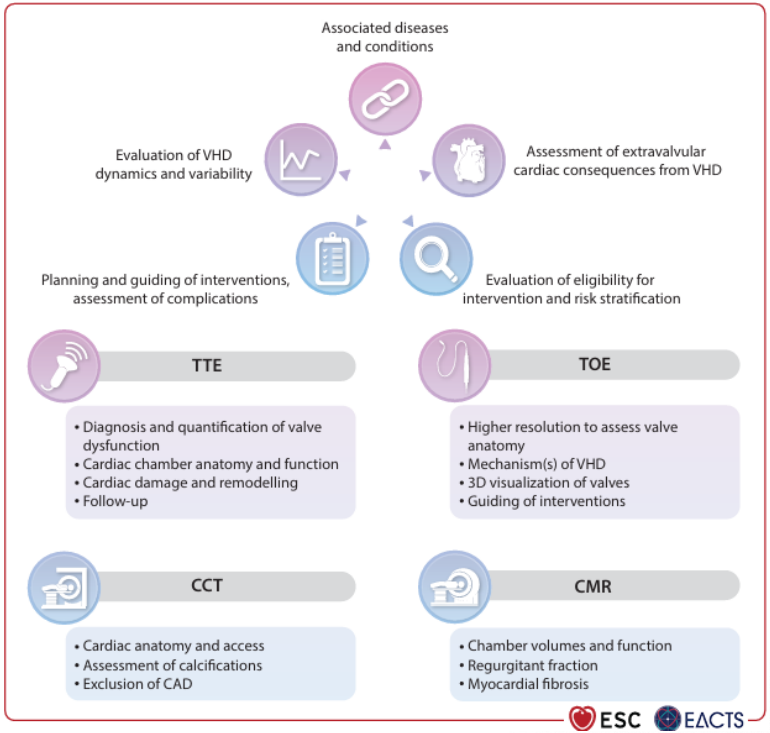
Le raccomandazioni terapeutiche si basano su informazioni mediche sintetizzate dal team, la decisione finale viene presa insieme al paziente informato, considerando obiettivi e preferenze:

Qualità di vita, fragilità e preferenze



IMAGING CARDIACO AVANZATO

L'ecocardiografia rimane il metodo principale per lo screening e la valutazione della gravità della VHD, ma viene sottolineato il ruolo crescente della tomografia computerizzata cardiaca e della risonanza magnetica cardiaca. La determinazione accurata della severità e dell'eziologia delle valvulopatie, così come la valutazione del danno cardiaco associato e la pianificazione pre-procedurale, richiede una combinazione di queste tecniche.



CONDIZIONI ASSOCIATE ALLA VHD

Diagnosis of coronary artery disease		
CCTA is recommended before valve intervention in patients with moderate or lower (≤50%) pre-test likelihood of obstructive CAD.[122–124]	I	B
Invasive coronary angiography is recommended before valve intervention in patients with high and very high (>50%) pre-test likelihood of obstructive CAD.	I	C
Invasive coronary angiography is recommended in the evaluation of CAD in patients with severe ventricular SMR.	I	C
Omission of invasive coronary angiography should be considered in TAVI candidates, if procedural planning CT angiography is of sufficient quality to rule out significant CAD.[125–129]	IIa	B

Surgical interventions		
Concomitant surgical ablation is recommended in patients undergoing MV surgery with AF suitable for a rhythm control strategy to prevent symptoms and recurrence of AF, according to an experienced team of electrophysiologists and arrhythmia surgeons.[166–173]	I	A
Surgical closure of the LA appendage is recommended as an adjunct to OAC in patients with AF undergoing valve surgery to prevent cardioembolic stroke and systemic thromboembolism.[160–162]	I	B
Concomitant surgical ablation should be considered in patients undergoing non-MV surgery with AF suitable for a rhythm control strategy to prevent symptoms and recurrence of AF, according to an experienced team of electrophysiologists and arrhythmia surgeons.[167,169,174,175]	IIa	B

Indications for myocardial revascularization		
CABG is recommended in patients with a primary indication for valve surgery and coronary artery stenosis ≥70%.[c]	I	C
CABG should be considered in patients with a primary indication for valve surgery and coronary artery stenosis ≥50%–70%.	IIa	C
PCI should be considered in patients with a primary indication to undergo TAVI and ≥90% coronary artery stenosis in segments with a reference diameter ≥2.5 mm.[134]	IIa	B
PCI may be considered in patients with a primary indication to undergo transcatheter valve interventions and coronary artery stenosis ≥70% in proximal segments of main vessels.[135–137]	IIb	B

Le raccomandazioni riguardanti diagnosi e trattamento della malattia coronarica associata sono state modificate, con un ruolo crescente della TC coronarica

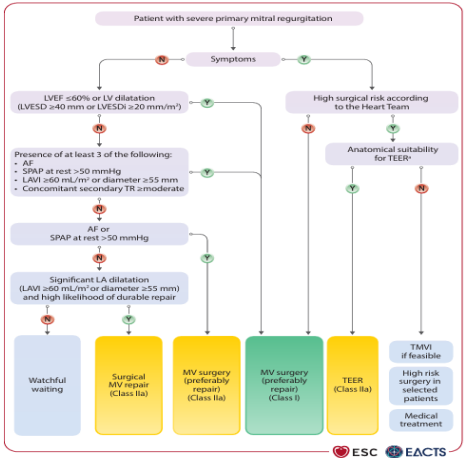
Le raccomandazioni per l'ablazione chirurgica concomitante della fibrillazione atriale e la chiusura dell'auricola sinistra sono state rafforzate nei pazienti sottoposti a chirurgia.

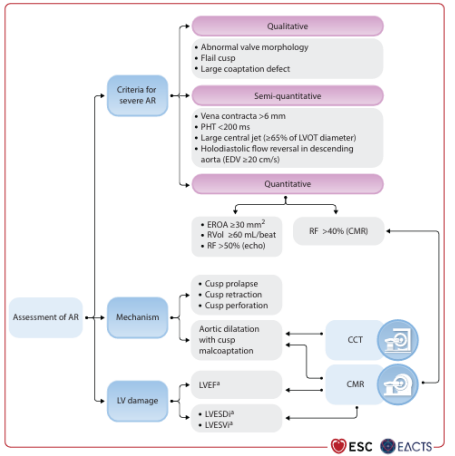
INTERVENTO PIÙ PRECOCE NEL DECORSO DELLA MALATTIA

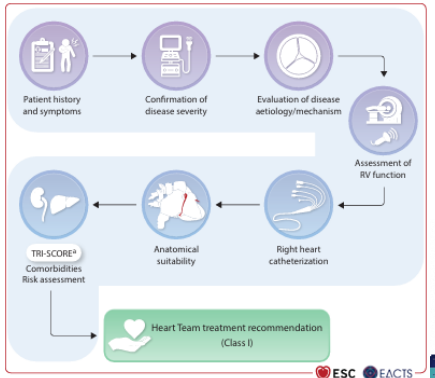
1. Nuove soglie indicizzate del ventricolo sinistro per raccomandare la chirurgia nei pazienti con insufficienza aortica (AR) asintomatica ed insufficienza mitralica primaria (MR).

2. I pazienti con stenosi aortica severa ad alto gradiente asintomatica e FE ≥50% hanno una nuova raccomandazione Classe II, livello di evidenza A, per intervento precoce

3. L'intervento per insufficienza tricuspidale (TR) dovrebbe essere eseguito prima dell'insorgenza di una significativa disfunzione del ventricolo destro



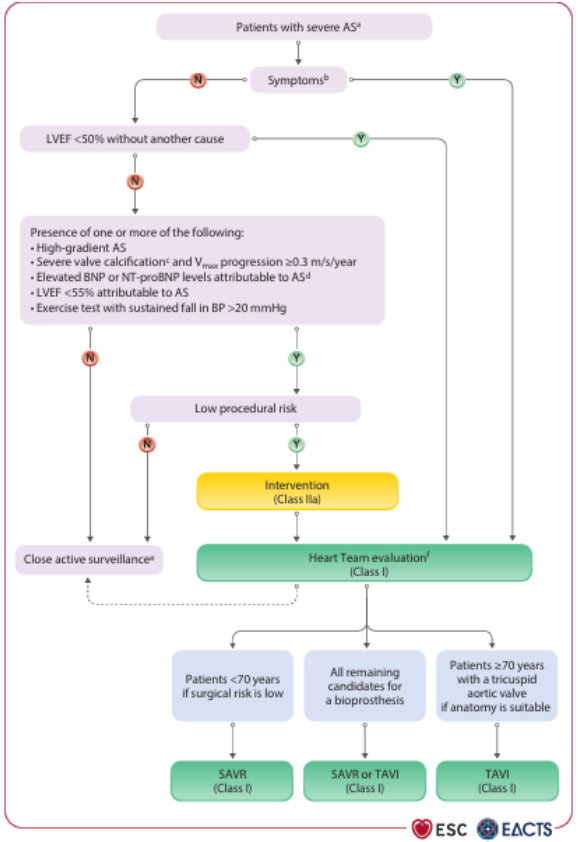


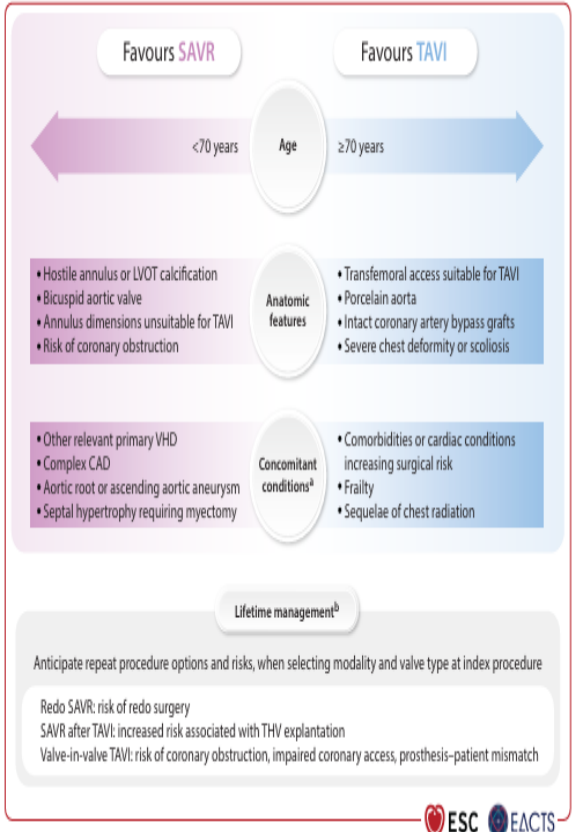


NUOVE EVIDENZE SULLA TAVI

- L'età dei pazienti da sottoporre a TAVI affetti da stenosi aortica tricuspide è stata ridotta a 70 anni
- La TAVI rappresenta un'alternativa per pazienti con AR e stenosi aortica bicuspide non candidabili alla chirurgia.

PARTNER 3 TRIAL



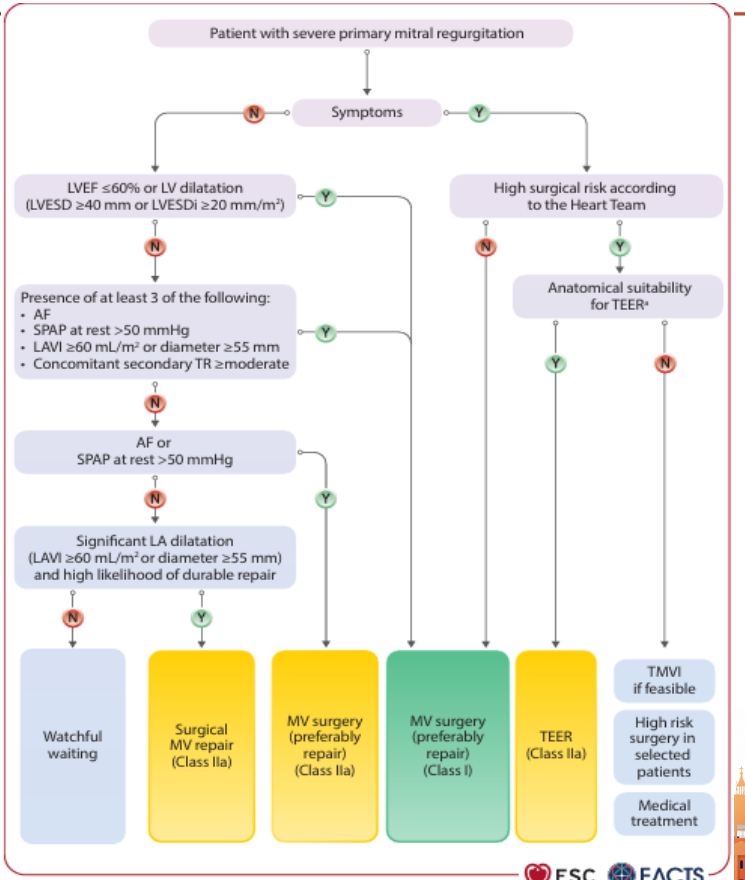


NUOVE INDICAZIONI PER MR PRIMARIA

1. La chirurgia rimane il trattamento di scelta per i pazienti con severo MR primario.

2. Sono stati identificati nuovi trigger clinici per raccomandare la chirurgia nei pazienti asintomatici con severo MR, con una nuova raccomandazione Classe I, livello di evidenza B

3. La riparazione transcatetere edge-to-edge (TEER) è un'alternativa sempre più utilizzata nei pazienti ad alto rischio con anatomia favorevole.



NUOVE INDICAZIONI PER MR SECONDARIO

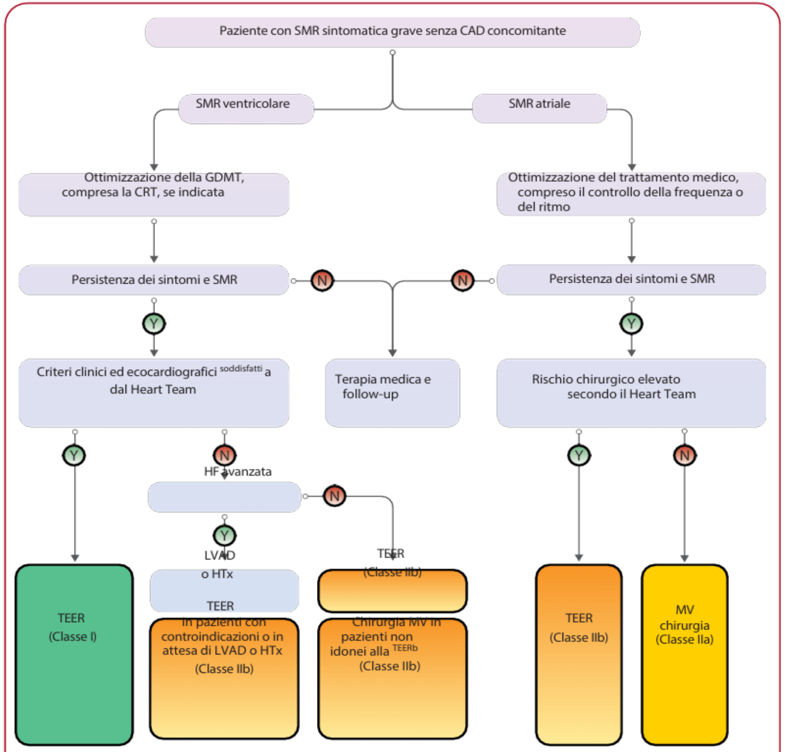
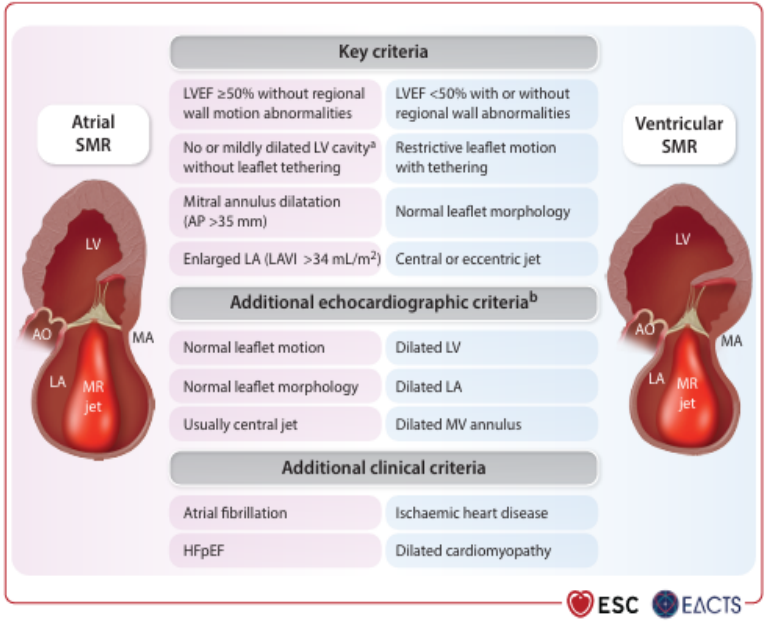


Figura 13 Trattamento dell'insufficienza mitralica secondaria grave senza concomitante malattia coronarica. CAD, malattia coronarica; CRT, terapia di risincronizzazione cardiaca; GDMT, terapia medica guidata dalle linee guida; HF, insufficienza cardiaca; HTx, trapianto cardiaco; LVAD, dispositivo di assistenza ventricolare sinistra; MV, valvola mitrale; SMR, insufficienza mitralica secondaria; TEER, riparazione transcatetere edge-to-edge. [a] Vedi Tabella 7. [b] Vedi dati supplementari online, Tabella S3.

ato da https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehaf194/8234488 da un ospite il 13 settembre 2025



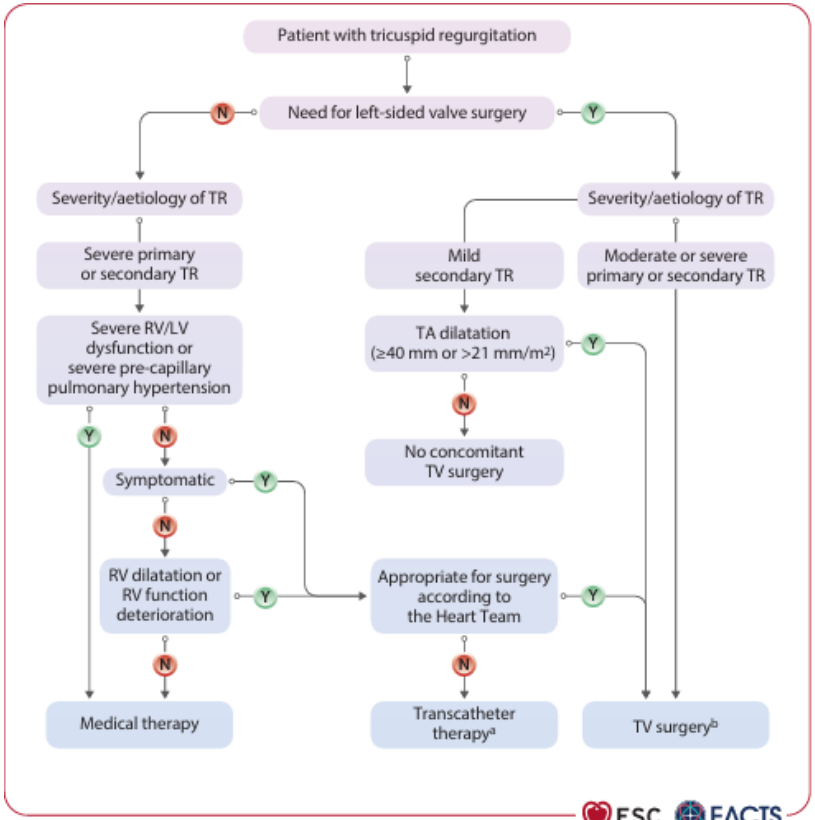
PERCORSI TERAPEUTICI DELLA TR

- Le nuove linee hanno confermato e in parte anticipato la necessità di un **trattamento precoce e proattivo** della valvola tricuspide durante la chirurgia sinistra (mitralica o aortica)

TR Severa: Classe I (Livello di Evidenza C)
TR da Lieve a Moderata con Dilatazione dell'Anulus Classe II (Livello di Evidenza B)

- la novità principale risiede nell'introduzione di criteri di imaging multiparametrici ancora più rigorosi per definire la dilatazione e la disfunzione del ventricolo destro, riducendo il rischio di interventi tardivi.

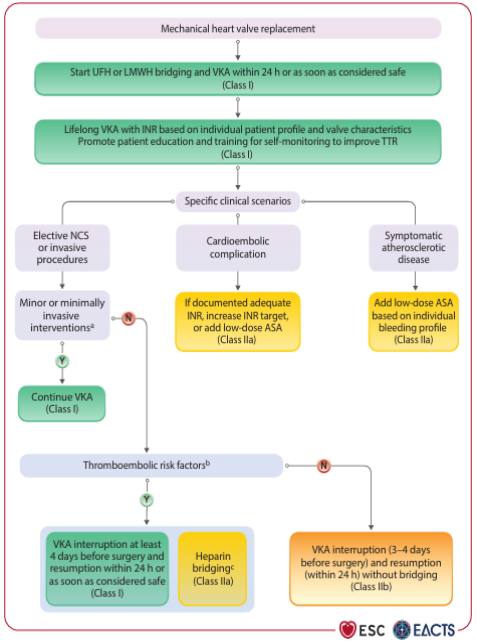
- L'intervento transcatetere dovrebbe essere considerato nei pazienti ad alto rischio con TR severa sintomatica nonostante terapia medica ottimale **Classe II Livello di Evidenza A**

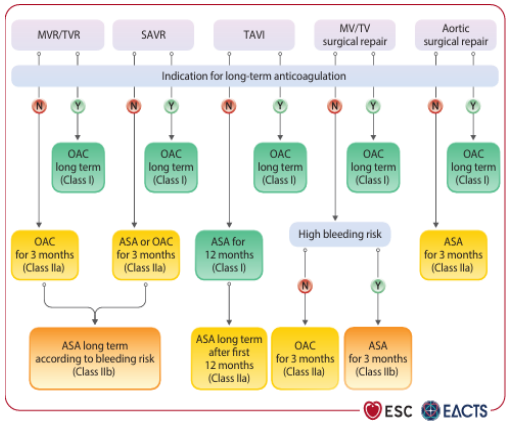


ANTICOAGULAZIONE NELLA VHD

a. Sono state aggiunte nuove raccomandazioni per la gestione della terapia anticoagulante orale (OAC) dopo impianto di valvola meccanica, inclusi il bridging prima e dopo chirurgia non cardiaca e il ruolo dell'educazione del paziente.

b. È inoltre evidenziato il crescente ruolo degli anticoagulanti orali diretti nei pazienti con protesi biologica e indicazione preesistente all'OAC. Algoritmi pratici mostrano chiaramente la gestione antitrombotica raccomandata dopo tutti i tipi di intervento per VHD.

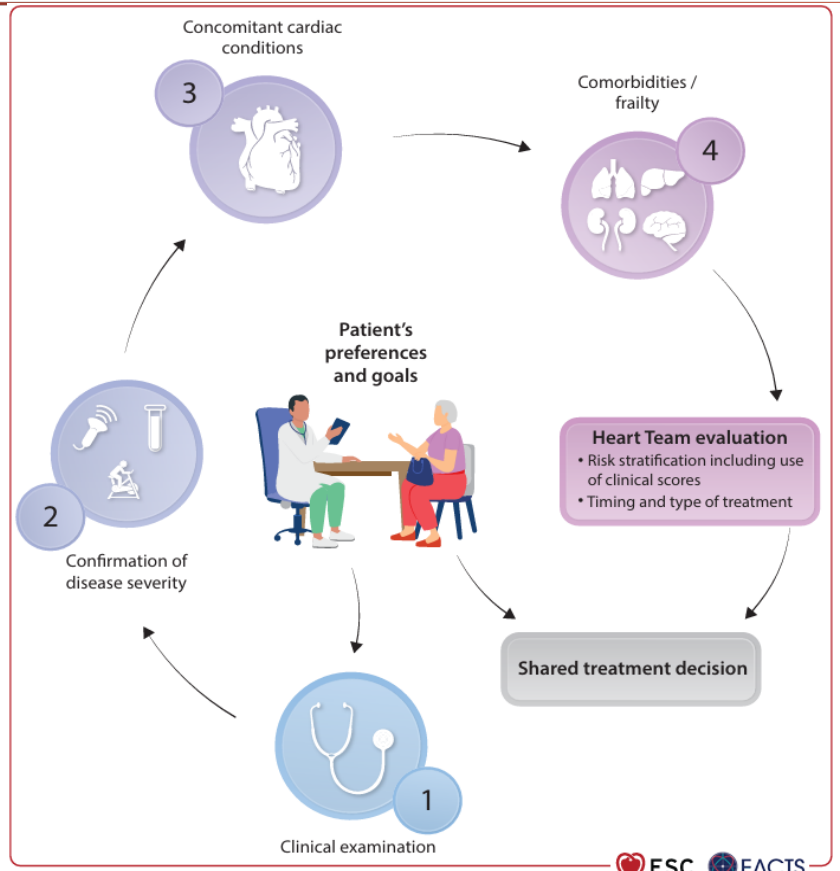




TAKE HOME MESSAGES

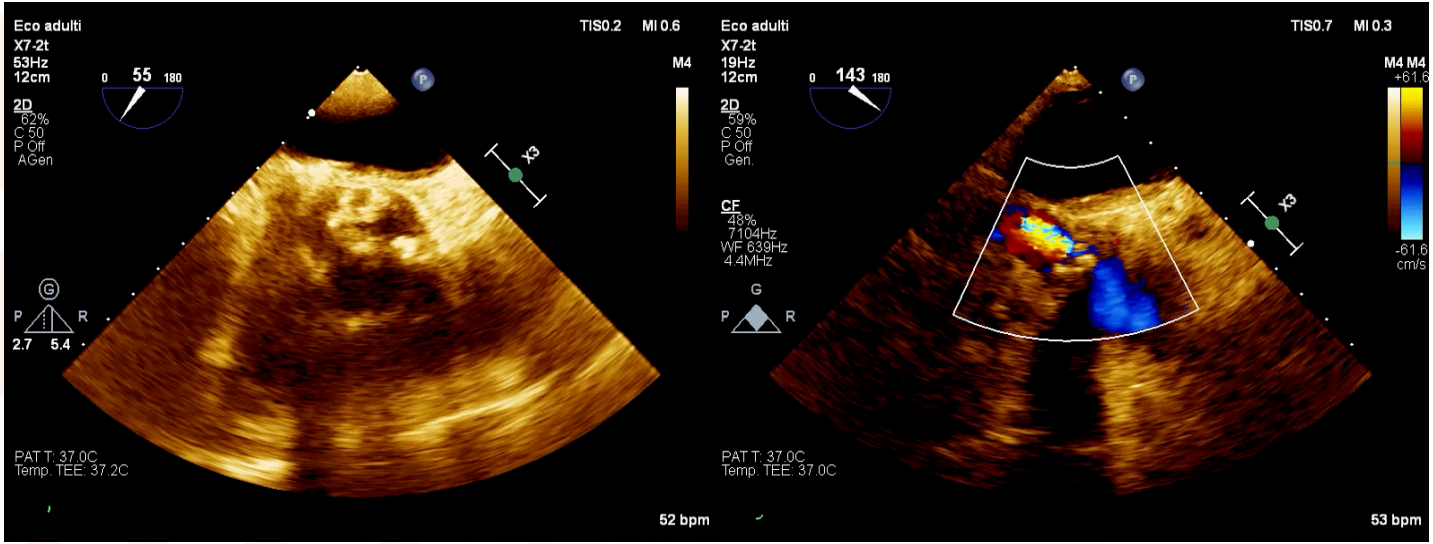
C. Altieri

- HEART TEAM
- IMAGING MULTIMODALE
- INTERVENTO PRECOCE
- LIFETIME MANAGEMENT
- PATIENT-CENTRED CARE



PLACE 2026
PLATFORM OF LABORATORIES FOR ADVANCES IN CARDIAC EXPERIENCE

CONGRESSO
ROMA, 25 - 27 Giugno 2026



Dott.ssa Claudia Altieri