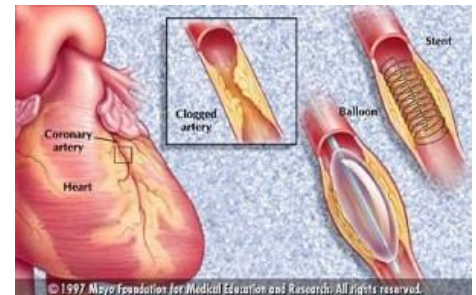


L'Angioplastica Coronarica Transluminale Percutanea (PTCA) è una metodica che consente, senza un vero e proprio intervento chirurgico, di dilatare le arterie che diffondono il sangue alle strutture cardiache (arterie coronariche) nel caso che queste arterie siano totalmente o parzialmente occluse dalle placche aterosclerotiche.

Come si esegue: Come la Coronarografia il tutto si svolge nel Laboratorio di Emodinamica, dove opera personale altamente specializzato ed addestrato. Il paziente dovrà avere in precedenza effettuato un bagno o una doccia ed essere stato sottoposto alla rasatura dei peli nella zona attraverso la quale verrà introdotto il catetere.

Dopo aver effettuato l'anestesia locale a livello dell'inguine, o del polso, viene introdotto nell'arteria femorale o nella radiale un tubicino (introduttore) di calibro adeguato. Terminata la valutazione dell'anatomia coronarica e la localizzazione della/e stenosi responsabile/i delle manifestazioni cliniche della malattia ischemica,



vengono introdotti i cosiddetti "cateteri a palloncino" capaci di tollerare una pressione di gonfiaggio fino a 30 atmosfere, che consente loro di raggiungere, una volta completamente gonfi, un diametro variabile da 1 a 5 mm in base al diametro del vaso normale. Questi cateteri, grazie ad una guida metallica di calibro estremamente ridotto, vengono fatti procedere all'interno delle coronarie fino a raggiungere il restringimento che occlude totalmente o parzialmente il vaso. Il palloncino viene gonfiato "modellando" e "frantumando" la placca aterosclerotica e restituendo un adeguato diametro al vaso. Oggi, nella stragrande maggioranza dei casi di angioplastica coronarica si applica nel lume del vaso un particolare supporto metallico denominato "**STENT**", che consente di ridurre l'incidenza della restenosi se utilizzato nel corso della prima procedura di angioplastica oppure di trattare con elevata percentuale di successo la lesione riformatasi nei sei mesi successivi alla PTCA. Presso il nostro centro vengono utilizzati, se non sono presenti controindicazioni mediche al loro utilizzo, gli **STENT Medicati**, in grado, cioè, di rilasciare nella parete del vaso un farmaco anti-restenosi. L'utilizzo di tali stent ha permesso di ridurre la restenosi intrastent a 12 mesi dopo PTCA a meno del 5%. Da pochi anni inoltre, in casi selezionati abbiamo iniziato l'utilizzo di **STENT Riassorbibili**, in grado, cioè, di scomparire dalla parete del vaso nel giro di 6-12 mesi dopo la procedura.

Dopo la procedura è opportuna una degenza di 12/24 ore nel reparto di emodinamica in modo che il paziente possa essere seguito e si sia comunque pronti a reintervenire nel caso si abbia una complicanza acuta o sub acuta della procedura come la re-occlusione trombotica. Tale rischio è comunque molto basso (< 2%).

In caso di applicazione di STENT sarà adottata una “doppia” terapia con antiaggreganti piastrinici: acido acetilsalicilico (es. cardioaspirina) e ticlopidina (es. tiklid) o clopidogrel (es. plavix) o altri antiaggreganti come il Prasugrel o il Ticagrenol. **Nei pazienti in cui si impianta uno stent medicato o anche riassorbibile la doppia terapia antiplastrinica (aspirina e clopidogrel) dovrebbe essere continuata per più tempo (6-12 mesi).**

A cosa serve: Scopo della PTCA è di ripristinare in una determinata regione del muscolo cardiaco un adeguato flusso sanguigno evitando così l'angina da sforzo e/o a riposo o l'infarto miocardico. Tuttavia, anche dopo impianto di stent medicato nel 5--10% dei casi ed entro 6 mesi dalla procedura, la stenosi coronarica precedentemente dilatata tende a riformarsi (restenosi) costituendo nuovamente un ostacolo al flusso sanguigno ed impedendo così una normale irrorazione del corrispondente territorio miocardico. In questi casi la PTCA può essere ripetuta con le stesse probabilità di successo e senza aumento dei rischi.

Le possibili complicanze: sono legate sia alla esecuzione della coronarografia sia alla successiva angioplastica. L'insorgenza di importanti complicazioni durante o comunque per causa di una coronarografia è da considerarsi un evento veramente infrequente. La mortalità è dello 0.2-1%, e l'incidenza di infarto acuto dello 0.3-0.4%. L'incidenza di complicazioni locali minori (ematoma nella sede di puntura dell'arteria) è inferiore all'1%. Naturalmente la probabilità di complicazioni dipende strettamente dalla gravità della malattia coronarica di base, dalla capacità del ventricolo sinistro (una delle camere da cui è composto il cuore) di contrarsi e di svolgere correttamente le sue funzioni e più in generale dall'età (l'età più avanzata può ovviamente avere maggiori complicazioni) e dallo stato di salute complessivo del paziente. Oltre quelli connessi con il cateterismo cardiaco, i rischi dell'angioplastica coronarica sono correlati con le caratteristiche della placca aterosclerotica che restringe il lume del vaso. Infatti mentre per le lesioni coronariche dette di tipo “A” (lesioni brevi e concentriche, poste su di una parte di coronaria non angolata e senza calcificazioni) la percentuale di insuccesso è molto bassa, per le lesioni di tipo “C” (lunghezza > 20 mm, tortuosa, posta in una sede dove le coronarie si dividono dando origine a due o più vasi di diametro inferiore) e per le occlusioni totali di oltre 3 mesi, la percentuale è lievemente maggiore. Altri rischi sono: evoluzione verso l'infarto miocardico acuto = 2.5% dei casi; intervento chirurgico d'urgenza = 0.5-2% dei casi; morte = 0.5% dei casi.