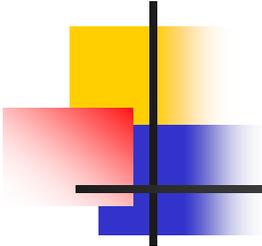


Azienda Sanitaria Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista di Torino
- S.C. Cardiologia 2, Direttore: Dott. Sebastiano Marra

JM 
6TH JOINT MEETING
WITH MAYO CLINIC

Il Ricovero
-Stenosi valvolare aortica severa sintomatica-
Strategia Temporale
Diagnostico-terapeutica

CPSI Luigi Pinto



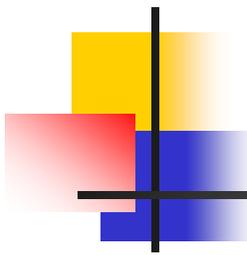
Il Problema

- La stenosi valvolare aortica è la patologia più comune fra le malattie valvolari acquisite
- L'incidenza aumenta con l'età e si riscontra nel 4.6% dei soggetti con più di 75 anni
- l'aspettativa di vita media è notevolmente aumentata negli ultimi decenni
- Terapia gold standard: sostituzione valvolare aortica

Tutti i pazienti anziani possono essere sottoposti alla chirurgia tradizionale?

La stenosi aortica nell'anziano

- I pazienti in età avanzata o con patologie associate: I.R.C., BPCO severa, DCM severa, vengono considerati a rischio chirurgico troppo elevato e pertanto non vengono operati
- Un paziente anziano su tre risulta non operabile e rientra in quel gruppo di pazienti con una elevata mortalità a 3-5 anni
- L'evoluzione della tecnica ha portato alla realizzazione di protesi valvolari aortiche che possono essere impiantate senza l'apertura del torace
- L'impianto di protesi aortiche per via transcatetere (TAVI) risulta oggi, un'emergente alternativa terapeutica in p.a. affetti da S.A. severa sintomatica, ad alto rischio per la sostituzione valvolare chirurgica tradizionale.



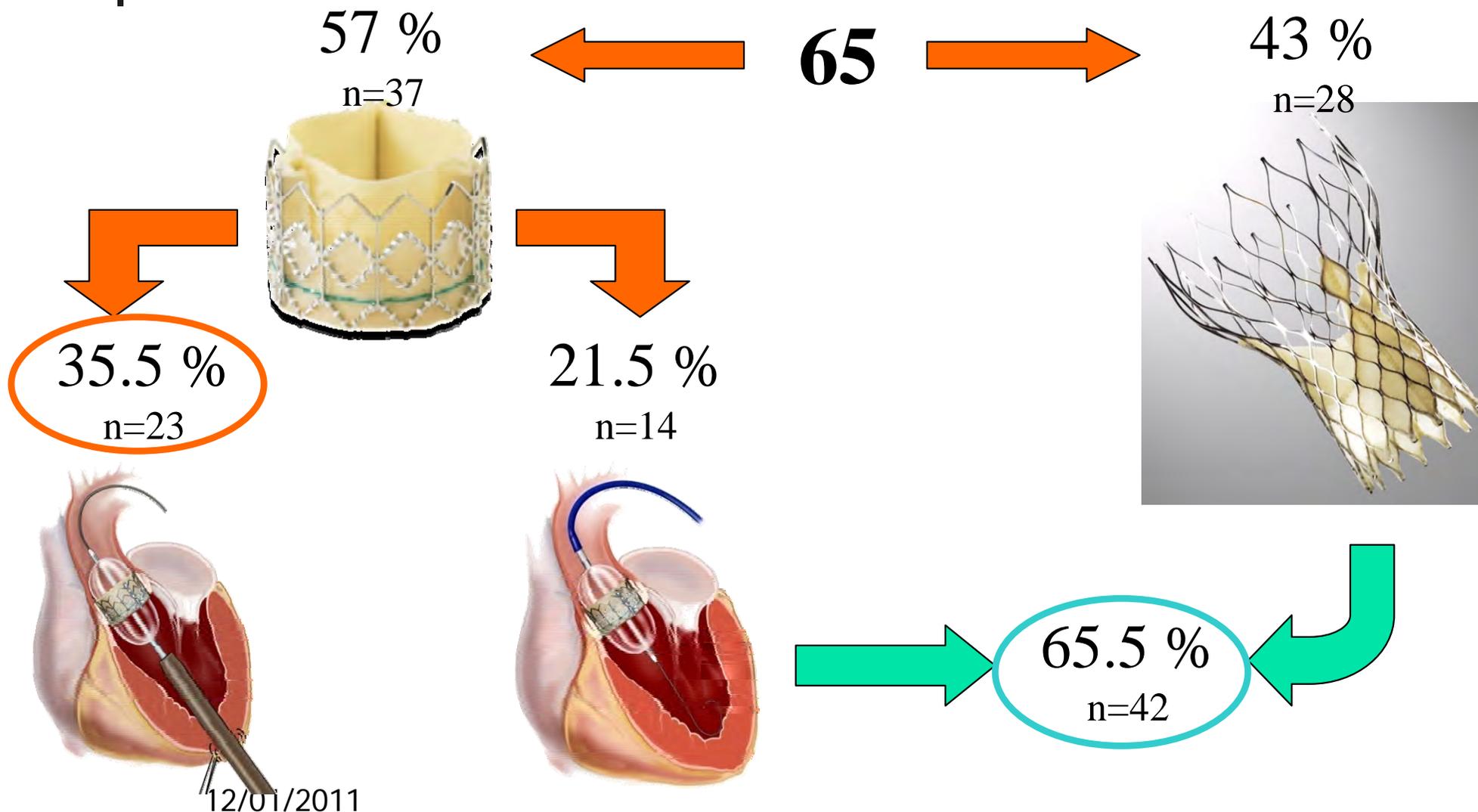
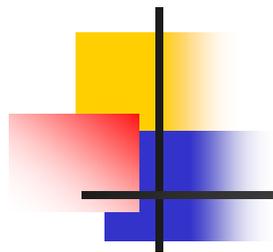
La stenosi aortica nell'anziano

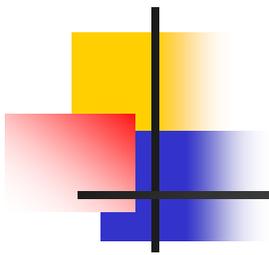
*A.S.O. San Giovanni Battista di Torino
Cardiologia 1 – Cardiologia 2*

Dal maggio 2008 al maggio 2010 sono stati trattati con TAVI 65 pz con SA severa ad alto rischio chirurgico :

- 23 per via transapicale (TA), età media 81.05 ± 6.98 (Edwards), mortalità 8.86 %
- 42 per via transfemorale (TF), età media 82.75 ± 6.75 , (28 protesi CoreValve, 14 protesi Edwards), mortalità 6.09 %

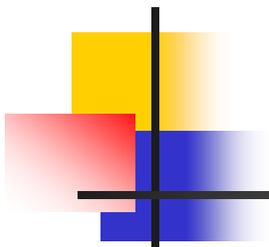
Esperienza MOLINETTE





Lo screening pre-procedura

- ecocardiografia trans-toracica e trans-esofagea,
- ecoTSA,
- coronarografia e aortografia,
- angiografia iliaco-femorale,
- angio-TC.



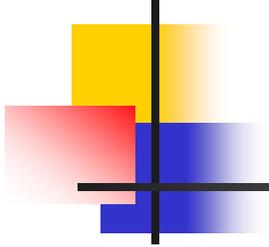
Principali fattori di rischio e comorbidità

Protesi TF:

- ipertensione 88.1%
- diabete mellito 28.6%
- vasculopatia periferica 21.4%
- coronaropatia 59.5%,
- NYHA >2 62.8%,
- pregresso IMA 16.7%,
- pregressi ACV 11.9%,
- pregresso BPAC 11.9%,
- pregressa PTCA 38.1%,
- BPCO 38.1%,
- VGF <60 ml/min 73.81%.

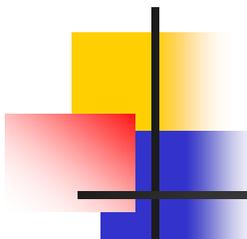
Protesi TA:

- ipertensione 82.61%,
- diabete mellito 34.8%,
- vasculopatia periferica 43.5%,
- coronaropatia 47.8%,
- NYHA >2 91.3%,
- pregresso IMA 39.2%,
- pregressi ACV 13%,
- pregresso BPAC 13%,
- pregressa PTCA 26.1%,
- BPCO 39.1%, VGF <60 ml/min 91.3%;



La preparazione del paziente

- Il giorno prima della procedura:
 - Il consenso informato
 - Visita dell'emodinamista-cardiologo, cardiocirurgo e l'anestesista
 - Esami ematochimici completi recenti, determinazione del gruppo Rho
 - Contattare la banca del sangue per eventuali trasfusione
 - Ecg
 - Clisterino evacuativo
 - Doccia con sapone antisettico
 - Pastiglia per dormire
 - Il digiuno da 8 ore
- Il giorno della procedura:
 - Tricotomia,
 - Doccia con sapone antisettico,
 - Camice pre-operatorio,
 - Antibiotico terapia,
 - Sedazione pre-procedura,
 - (togliere eventuale smalto dalle unghie, non utilizzare talco o pomate dopo la doccia, togliere anelli, collane, bracciali ed eventuali protesi, lenti a contatto, dentiere,...),
 - CVP di grosso calibro 16,18 gauge

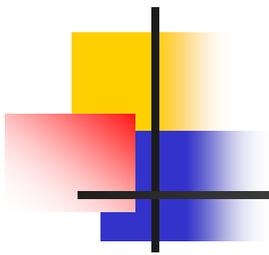


Monitoraggio post-procedurale (TAVI-TF)

Dopo la procedura è opportuno il ricovero in unità di terapia intensiva per 24-72h per il monitoraggio dei parametri emodinamici, per la sorveglianza degli accessi vascolari, delle alterazioni del ritmo cardiaco e della funzione renale.

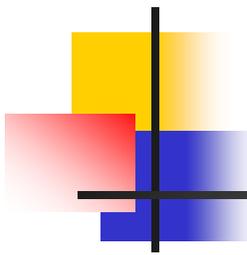
Come si presenta il paziente all'arrivo in UTIC dalla sala di Emodinamica :

- Sveglia, vigile, leggermente sedato,
- Presenza di introduttore venoso (PM provvisorio),
- Emostasi arteria femorale con sistema closure angioseal,
- CVC, CVP, CAP, C.V, infusioni in corso,
- Monitoring parametri vitali in corso.



Risultati e complicanze

- TA: 95.7%
- Mortalità intra-ospedaliera 3/23
- Aritmie 8.7%,
- PM definitivo in 4.4%
- Conversione ad intervento tradizionale in CEC in 8.7%
- sanguinamenti maggiori 13%
- complicanze vascolari 4.4%
- Ictus-TIA 3-9%
- TF 95.3%
- Mortalità intra-ospedaliera 4/42
- Aritmie 50%,
- PM definitivo in 20%
- Conversione ad intervento tradizionale in CEC in 4.8%
- sanguinamenti maggiori 17%
- complicanze vascolari 26%
- IMA periprocedurali 2-11%



Prospettive future

- la produzione di dispositivi sempre più piccoli così da adattarsi meglio alle varianti anatomiche dei diversi pazienti consentendo un miglior *matching* protesi/paziente.
- Progressi della tecnica riguardo al posizionamento della protesi
- La riduzione delle complicanze vascolari
- l'identificazione precisa dell'incidenza e dei fattori predisponenti l'insorgenza del B.A.V.

Grazie dell'attenzione



Follia è fare sempre la stessa cosa e aspettare risultati diversi.

A. Einstein

12/01/2011

