- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.204 Sat, 12 Jul 2025, 04:21:36

Ogni lungo viaggio inizia con un piccolo passo: il Signor C e la cardiologia interventistica

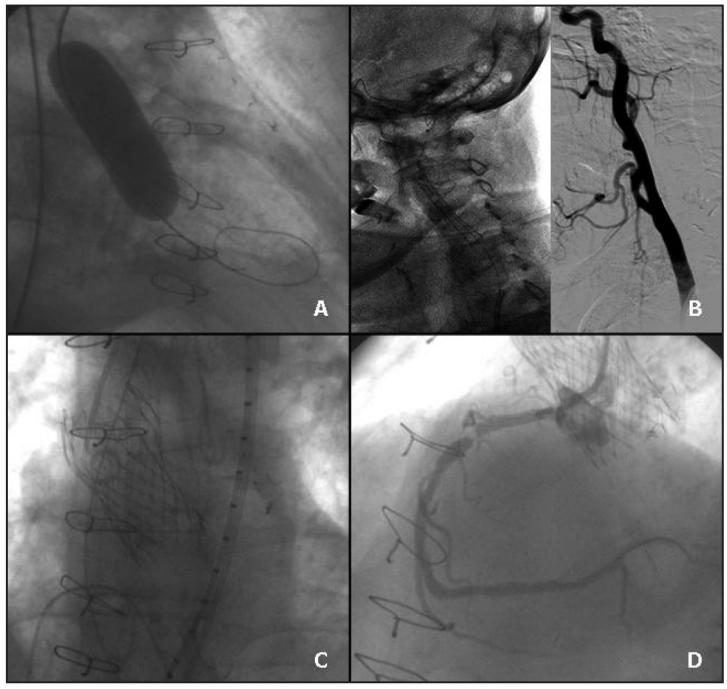
Francesco Saia, Cristina Ciuca, Cinzia Marrozzini, Antonio Marzocchi

Istituto di Cardiologia, Università degli Studi, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

G Ital Cardiol 2011;12(4):257-258

Il Signor C è un uomo di 89 anni la cui storia clinica è iniziata 20 anni fa con un intervento di duplice bypass aortocoronarico [arteria mammaria sul ramo interventricolare anteriore (IVA) e vena safena sul ramo intermedio] per angina instabile. Nel 2002 il paziente fu sottoposto ad angioplastica coronarica e stent della coronaria destra per ripresa di angina da sforzo. Alcuni mesi dopo fu posta diagnosi di stenosi aortica severa asintomatica (area valvolare 0.6 cm^2, gradiente massimo/medio 69/45 mmHg), trattata conservativamente. Un anno dopo, per recidiva di angina instabile, venne effettuata angioplastica con stent del ramo IVA. Nel 2005 il paziente venne ricoverato per dispnea classe NYHA III-IV e candidato ad intervento di sostituzione valvolare aortica, ma fu ritenuto non idoneo per eccessivo rischio operatorio (EuroSCORE logistico 43.27%; STS *score* per morbilità e mortalità 30.4%); si decise pertanto di effettuare una valvuloplastica aortica (BAV) a scopo palliativo con riduzione del gradiente medio da 47 a 37 mmHg ed aumento dell'area valvolare da 0.67 a 0.90 cm^2.

Il Signor C è rimasto asintomatico per i successivi 2 anni, quando è stato nuovamente ricoverato per edema polmonare acuto. All'epoca si era resa disponibile nel nostro centro la procedura di impianto transcatetere di protesi aortica (TAVI)[1,2] ma



La storia clinica del Signor C: un compendio delle principali procedure di cardiologia invasiva sviluppate negli ultimi 20 anni. *A:* valvuloplastica aortica percutanea. *B:* stenosi della carotide interna sinistra, pre- e post-stenting. *C:* impianto di protesi aortica transcatetere. *D:* angioplastica primaria della coronaria destra.

© 2011 Il Pensiero Scientifico Editore
Ricevuto 11.01.2011; accettato 19.01.2011.
Gli autori dichiarano nessun conflitto di interessi.
Per la corrispondenza:
Dr. Francesco Saia Istituto di Cardiologia, Università degli Studi, Policlinico S. Orsola-Malpighi (Pad 21), Via Massarenti 9, 40138 Bologna
e-mail: francescosaia@hotmail.com

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.204 Sat, 12 Jul 2025, 04:21:36

le condizioni cliniche critiche del paziente e la scarsa risposta alla terapia medica hanno impedito il ricorso immediato a tale procedura. È stata quindi eseguita una seconda BAV come ponte alla TAVI, con riduzione del gradiente medio da 70 a 34 mmHg, aumento dell'area valvolare da 0.45 a 0.70 cm^2 e beneficio clinico immediato. In seguito, il paziente è stato sottoposto a *stenting* della carotide interna sinistra per stenosi serrata. Otto mesi dopo la seconda BAV, il paziente è stato sottoposto con successo a TAVI (riduzione del gradiente medio da 58 a 11 mmHg ed aumento dell'area valvolare da 0.70 a 1.65 cm^2). Un anno dopo la TAVI, il paziente è stato sottoposto ad angioplastica primaria della coronaria destra per infarto miocardico inferiore con sopraslivellamento del tratto ST. Da allora sono trascorsi altri 18 mesi, durante i quali il Signor C ha goduto di buon compenso funzionale (classe NYHA I) in assenza di sintomi anginosi.

Questo caso viene presentato per condividere alcune riflessioni: 1) negli ultimi decenni si sono verificati mirabili progressi nella cardiologia interventistica, come dimostra il lungo "viaggio" del nostro paziente; 2) la cardiologia interventistica accoglie con entusiasmo tutte le nuove tecniche ed i nuovi dispositivi. Tuttavia, quando l'euforia iniziale svanisce possono essere fatti errori di valutazione come nel caso della BAV, virtualmente abbandonata quando è stata dimostrata la sua scarsa efficacia nel cambiare la storia naturale della stenosi aortica[3]; purtroppo, è stato negletto anche il suo ruolo nel migliorare i sintomi, dimenticando che il controllo del dolore e le cure palliative sono una parte fondamentale dell'esercizio della professione medica; 3) nella pratica clinica ogni piccolo passo è importante e può essere decisivo ai fini prognostici. Senza ognuno di questi piccoli passi, inclusa la BAV, la vita del Signor C avrebbe avuto un decorso differente (probabilmente più breve); 4) la TAVI è senza dubbio un'importante innovazione terapeutica che si avvia a rappresentare il trattamento di elezione in pazienti con stenosi aortica severa esclusi dall'intervento tradizionale.

BIBLIOGRAFIA

1. Piazza N, Grube E, Gerckens U, et al. Procedural and 30-day outcomes following transcatheter aortic valve implantation using the third generation (18 Fr) corevalve revalving system: results from the multicentre, expanded evaluation registry 1-year following CE mark approval. EuroIntervention 2008;4:242-9.

2. Webb JG, Pasupati S, Humphries K, et al. Percutaneous transarterial aortic valve replacement in selected high-risk patients with aortic stenosis. Circulation 2007;116:755-63.

3. Lieberman EB, Bashore TM, Hermiller JB, et al. Balloon aortic valvuloplasty in adults: failure of procedure to improve long-term survival. J Am Coll Cardiol 1995;26:1522-8.