	NOTE INFORMATIVE VALVULOPLASTICA AORTICA	ALL310_IOqualT001_ORG	Pag 1 di 2
		Verifica Dr E Berselli – RAQ	Rev 1 01.01.2018
		Approvazione Dr.ssa L. Marinucci – Responsabile UOSD Cardiologia Interventistica	Del 01.01.2018

Lo scopo del presente modulo è quello di informarla sul rischio-beneficio relativo alla procedura di valvuloplastica aortica a cui è stata posta indicazione dopo esame diagnostico. E' importante leggere con attenzione il presente modulo ed esporre qualsiasi domanda relativa alla procedura.

Stenosi valvolare aortica

Che cosa è

La stenosi valvolare aortica degenerativa è la patologia valvolare più frequente nella popolazione adulta e consiste nella riduzione dell'area della valvola aortica con la comparsa di sintomi quali angina, dispnea e/o scompenso cardiaco, sincope.

Opzioni terapeutiche

Intervento di sostituzione valvolare aortica: la sostituzione valvolare chirurgica rimane il trattamento di scelta per questi pazienti, viene eseguita in Cardiochirurgia e prevede la sostituzione della valvola con protesi meccanica o biologica in anestesia generale, ventilazione meccanica e circolazione extracorporea.

TAVI: quando l'intervento chirurgico è considerato troppo a rischio o è controindicato per una severa comorbidità del paziente, in pazienti selezionati, è possibile l'impianto di una protesi valvolare aortica per via percutanea. La procedura viene effettuata nei laboratori di Emodinamica in centri provvisti di Cardiochirurgia.

Valvuloplastica aortica: quando i precedenti trattamenti sono considerati troppo a rischio o sono controindicati per una severa comorbidità del paziente, è possibile il trattamento percutaneo della valvola aortica con catetere a palloncino. La procedura viene eseguita nei laboratori di Emodinamica.

Come si esegue la valvuloplastica aortica


Tecnica

Viene eseguita in anestesia locale con due accessi arteriosi (una arteria della gamba ed una del braccio se possibile, in alternativa due arterie delle gambe) ed un accesso venoso (della gamba).

Attraverso l'accesso venoso verrà posizionato un pacemaker temporaneo che consentirà di stimolare il cuore ad elevata frequenza durante la procedura (questo serve a stabilizzare il palloncino durante il gonfiaggio).

Attraverso l'accesso arterioso della gamba si avanzerà una guida di metallo e su questa guida si avanzerà un palloncino che verrà gonfiato per pochi secondi a livello della valvola aortica per allargarla.

Al termine della procedura misurando le pressioni (attraverso cateteri dai due accessi arteriosi) si valuterà la necessità di effettuare eventuali ulteriori gonfiaggi. Se il risultato appare buono due o tre gonfiaggi del pallone saranno sufficienti e i cateteri verranno rimossi. In una piccola percentuale di pazienti (5%) è possibile un insuccesso procedurale per impossibilità a dilatare la valvola. L'emostasi degli accessi arteriosi e venosi verrà effettuata o con l'applicazione di una sutura o con compressione manuale.

 <p>Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord</p>	NOTE INFORMATIVE VALVULOPLASTICA AORTICA	ALL310_IOqualT001_ORG	Pag 2 di 2
		Verifica Dr E Berselli – RAQ	Rev 1 01.01.2018
		Approvazione Dr.ssa L. Marinucci – Responsabile UOSD Cardiologia Interventistica	Del 01.01.2018

Rischi e benefici della chiusura percutanea

Benefici: aumento della apertura della valvola aortica con miglioramento dei sintomi e riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri nei mesi successivi alla procedura.

Rischi:

- Complicanze maggiori: circa 5% [di cui le più frequenti sono: decesso (3%); dissezione aortica, rottura dell'anulus aortico, insufficienza aortica massiva (1%, passibile di intervento chirurgico nei pazienti non già esclusi per alto rischio); embolia cerebrale (2% di ictus o TIA) o periferica; versamento pericardico con tamponamento cardiaco (1%) che può richiedere un aspirazione di sangue dal pericardio (pericardiocentesi); alterazioni del ritmo che possono richiedere un impianto di pacemaker definitivo (1.4%); emorragie maggiori che richiedono trasfusioni o interventi d'urgenza per la riparazione dell'arteria sede del sanguinamento (5%)].
- Complicanze minori: circa 7% (di cui le più frequenti sono: aritmie cardiache minori; emorragie minori)

Cosa accade dopo la chiusura

Dopo circa 12 ore, in assenza di complicanze, il paziente può alzarsi dal letto e successivamente essere dimesso.

Nella maggior parte dei casi (80%) si può verificare a distanza di tempo variabile dalla procedura (mesi-anni) un nuovo restringimento della valvola (restenosi), che potrà essere comunque trattato o con una nuova valvuloplastica o con l'intervento chirurgico (nei pazienti non già esclusi per alto rischio).