

Società Italiana di Cardiologia



Società Italiana di Cardiologia



LA SOCIETÀ DELLE TRE ANIME

Cardiologia interventistica strutturale

FAD ASINCRONA 15 Maggio | 16 Ottobre 2023

L'evento è inserito nel programma Educazione Continua in Medicina, secondo i termini vigenti ed è parte del piano formativo della Società Italiana di Cardiologia, provider standard riconosciuto dall'Agenas con il numero 91.

N.ID 384689 - Crediti 2 - partecipanti 500

Professioni: Medico-Chirurgo

Discipline accreditate:

Angiologia, Anestesia e rianimazione, Cardiologia, Geriatria, Malattie metaboliche e diabetologia, Malattie dell'apparato respiratorio, Medicina interna, Nefrologia, Neurologia, Cardiochirurgia, Chirurgia vascolare, Medicina Generale (Medici di famiglia), Radiodiagnostica

Area formativa: tecnico-professionali

Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment (29)

Per qualsiasi necessità contattare: iscrizioni-sic@idea-group.it



Con la sponsorizzazione non condizionante di



Abbott

Registrati al link: www.fad-sic.it/course/fad-asincrona-cardiologia-interventistica-strutturale



RAZIONALE

Negli ultimi anni l'offerta terapeutica nell'ambito della Cardiologia Interventistica ha coperto, oltre alla cardiopatia ischemica acuta e cronica, l'ambito problematico delle cardiopatie strutturali. La possibilità che le valvulopatie possano essere trattate per via transcateretere rappresenta veramente un obiettivo che supera ogni ottimistica previsione. Il trattamento chirurgico delle valvulopatie con la sostituzione valvolare con protesi meccanica è nato "solo" poco più di sessanta anni fa con la creazione di un device oggi definito primordiale, ad opera di un Cardiocirurgo e di un Ingegnere, la famosa valvola meccanica Starr-Edwards. Da allora l'evoluzione dei devices è stata esponenziale e ad oggi possiamo dire che il trattamento delle cardiopatie strutturali è stata la più grande evoluzione della Cardiologia Interventistica dopo gli stent coronarici. Per quanto riguarda il trattamento della stenosi aortica calcifico-degenerativa la procedura transcateretere (TAVI) ormai è entrata stabilmente nelle indicazioni delle linee guida, nel trattamento della stenosi aortica severa sintomatica dei pazienti più anziani (>75 anni di età) o pazienti più giovani che abbiano un alto rischio chirurgico: questa indicazione in classe I è stato uno dei traguardi più ambiti del trattamento della stenosi aortica. Sono pazienti spesso anziani, con patologia aterosclerotica e calcifica dell'aorta che spesso necessitano, contestualmente, per la possibilità di ridurre al minimo le complicanze cerebrali, anche l'utilizzo di dispositivi di protezione cardioembolica. Dal 2002, anno in cui per la prima volta Alain Cribier impiantò per via compassionevole la prima valvola transcateretere, le innovazioni tecnologiche legate ai devices, l'esperienza degli operatori ed il numero dei pazienti trattati è cresciuto inesorabilmente, superando anche il numero degli interventi chirurgici per la sola sostituzione valvolare aortica. Oggi abbiamo molti "aiuti" per la scelta del paziente ottimale durante lo screening, attraverso l'utilizzo della tomografia assiale computerizzata e anche durante la procedura e nel follow up per la terapia medica ottimale. In particolare, ormai, lo screening del paziente da sottoporre a TAVI non può prescindere dalla TAC che è indispensabile per la corretta valutazione dell'anulus, del perimetro e dell'area anulare e quindi per la corretta scelta della giusta protesi, ma anche per la valutazione degli accessi periferici (la TAVI è risultata, infatti, superiore alla chirurgia solo quando effettuata per via transfemorale) e, non ultimo, per la valutazione dell'eventuale coronaropatia associata che è fondamentale per la scelta della opzione terapeutica migliore del paziente. La TAC permette di decidere le strategie di intervento e il migliore device da utilizzare tra quelli, sempre più numerosi, presenti in commercio. Ci permette anche di escludere eventuali problematiche che rendono impossibile l'approccio percutaneo. Il trattamento dell'insufficienza mitralica, ad oggi, è una tecnica riparativa utilizzata in caso di alto rischio chirurgico. Deriva dalla tecnica chirurgica "edge to edge" di Alfieri, e ha documentato degli ottimi risultati anche in termini di outcomes se lo screening del paziente viene eseguito in maniera corretta. Se all'inizio la tecnica è stata utilizzata soprattutto nei pazienti con insufficienza mitralica organica (studi EVEREST), con il tempo, il tipo di insufficienza mitralica più trattata è stata quella funzionale o secondaria, per l'elevato rischio chirurgico che questi pazienti hanno di base. Sono stati pubblicati da poco i risultati a cinque anni dello studio COAPT, lo studio che ha sdoganato questo tipo di trattamento: in caso di insufficienza mitralica secondaria in pazienti ben delineati da un profilo detto appunto COAPT like. Lo studio ha dimostrato, brevemente, che i pazienti con un'insufficienza mitralica "sproporzionata" rispetto alla dilatazione ventricolare sinistra sono quelli che si giovano di più della procedura proprio perché si interviene in una fase ancora precoce, in cui il ventricolo non è completamente dilatato, non ci sono segni di instabilità emodinamica o di disfunzione ventricolare destra. In assenza dei criteri COAPT like, le indicazioni delle linee guida e i dati della letteratura,

riguardano solo una nicchia di pazienti che potrebbe giovare del miglioramento della qualità di vita ma non ci sono effetti sulla mortalità. La tecnica "edge to edge" è fondamentale per aumentare la probabilità di risposta del paziente alla terapia medica massimale che attualmente è arricchita dalle novità dell'utilizzo del sacubutril valsartan e degli inibitori del SGLT2.

In ultimo, il ventaglio delle possibilità terapeutiche, negli ultimi anni si è arricchito della possibilità di trattare con tecnica edge to edge anche l'insufficienza tricuspidaica. Oggi esistono dei devices dedicati che permettono il trattamento dell'insufficienza tricuspidaica in casi di alto rischio chirurgico. Anche in questo caso è importante identificare il paziente ideale per stabilire il giusto timing della procedura: prima della disfunzione ventricolare destra ed in assenza di ipertensione polmonare di grado severo. I dati sul trattamento della tricuspide riguardano in particolare la riduzione delle ospedalizzazioni e il miglioramento della qualità di vita. È importante il timing di trattamento per ogni tipo di valvulopatia per stabilire il paziente ottimale, il timing ottimale e per evitare procedure futili.

PROGRAMMA

Moderatori: **Alberto Margonato** (Milano), **Fabrizio Tomai** (Roma)

- | | |
|------------------------------|--|
| Modulo 1
10 minuti | La TAC nella selezione del paziente
Antonio Bartorelli (Milano) |
| Modulo 2
10 minuti | Gestione degli accessi vascolari
Anna Franzone (Napoli) |
| Modulo 3
10 minuti | TAVI: elementi chiave della procedura
Corrado Tamburino (Catania) |
| Modulo 4
10 minuti | Quando utilizzare i sistemi di protezione dell'embolia cerebrale
Gennaro Giustino (New York, USA) |
| Modulo 5
10 minuti | Indicazioni per i fenotipi COAPT e non COAPT
Marco De Carlo (Pisa) |
| Modulo 6
10 minuti | Indicazione al trattamento della tricuspide
Paolo Golino (Napoli) |
| Modulo 7
10 minuti | Trattamento transcateretere edge-to-edge (TEER) per l'insufficienza tricuspidaica
Annalisa Mongiardo (Catanzaro) |
| 30 minuti | Discussione |

PROVIDER:

Società Italiana di Cardiologia

Via Po,24 - 00198 Roma - Tel.06/85355854

corsi@sicardiologia.it, segreteria@sicardiologia.it - www.sicardiologia.it