

L'ANGIOPLASTICA CORONARICA ED IL BY PASS AORTO CORONARICO

Per la cardiopatia ischemica (ovvero la malattia del cuore dovuta a una marcata diminuzione del normale afflusso di sangue) esiste anche una terapia non farmacologia.

Le condizioni cliniche e la conoscenza delle lesioni presenti sulle arterie coronarie (quelle, cioè, che irrorano il miocardio), desunte dalla coronarografia, può far porre l'indicazione alla rivascolarizzazione. Essa viene eseguita sia con la tecnica cardiocirurgica dell'intervento di by-pass aortocoronarico e sia con la procedura di angioplastica coronarica.

La prima modalità è stata quella chirurgica che prevede la creazione con la vena safena prelevata dalla gamba, di una comunicazione dall'aorta ascendente alla coronaria sede della lesione, a valle del restringimento del calibro dell'arteria. La tecnica prevede la possibilità di perforare il muscolo cardiaco a valle del restringimento della coronaria. Variante della tecnica è l'impiego dell'arteria mammaria e della radiale che garantiscono risultati migliori.

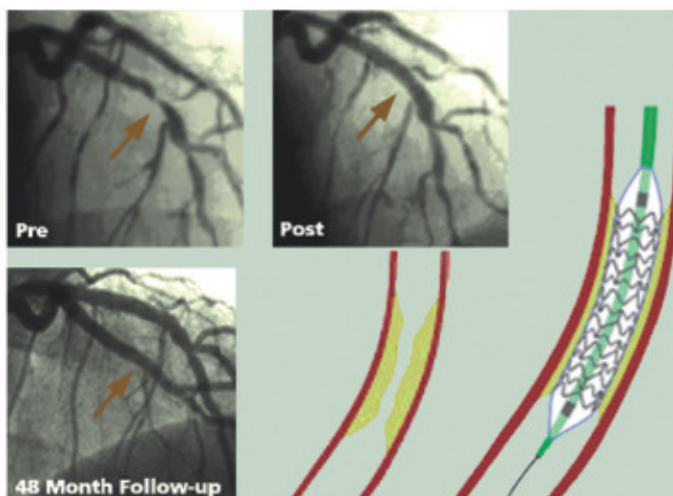
L'angioplastica coronarica è una tecnica endovascolare che si esegue collocando, al termine della coronarografia, un catetere molto sottile nella sede del restringimento coronario; quest'ultimo viene fatto scorrere su una guida metallica molto morbida e sottile, dotato di un palloncino. Il gonfiaggio ripetuto sulla sede della lesione coronarica determina un "danno controllato" alla parete coronaria.

La placca intimale viene distrutta e si produce poi una lesione che lacera l'intima, si propaga alla tunica media e può



Dott. Raffaele Luise *Specialista in Cardiologia*

Viale J.F.Kennedy 86, Pescara Tel. 085.4711542 luiraf@webzone.it



arrivare sino all'avventizia. Liberata dalla placca aterosclerotica la parete del vaso si espande ed il lume aumenta. Una volta sgonfiato il pallone, il lume vascolare tende a ripristinare il diametro iniziale (recoil) con una perdita del 15% - 30% del diametro ottenuto durante il gonfiaggio. Questo fenomeno si registra dai cinque ai quindici minuti dopo lo sgonfiaggio, e perdura, meno intensamente, per le successive ventiquattro ore. Il danno causato sulla parete arteriosa facilita due processi: l'occlusione coronarica acuta e la restenosi.

Gli stents, strutture metalliche a rete, sono usati al fine di offrire un impalcatura alla parete arteriosa, limitando così il fenomeno del recoil. Lo stent garantisce il ripristino del flusso laminare e permette di ridurre la restenosi. L'avvento di stent medicati con farmaci che riducano la proliferazione miointimale della parte coronarica hanno ridotto quasi completamente il rischio restenosi, pur con la terapia farmacologica antiaggregante continua. Dal 1977 anno in cui Andreas Gruentzig eseguì la prima angioplastica e l'avvento di materiali tecnologici più innovativi, il numero di angioplastiche hanno superato gli interventi di by-pass. Un numero crescente di procedure viene eseguita anche in corso di infarto miocardico acuto (detta angioplastica primaria), è oggi dimostrata la sua superiorità su qualunque tipo di terapia farmacologica.