

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Nord Milano</p>	FOGLIO INFORMATIVO Allegato di ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA: OCCLUSIONI CRONICHE TOTALI (CTO)	Rev. 0	Pag. 1 di 2
		ASSTNM-FI-066	

Si definisce **occlusione totale cronica coronarica (CTO)** la completa chiusura del lume (cavità interna di un'arteria coronarica) presente da almeno 3 mesi.

Le CTO si riscontrano in una percentuale del 25-30% dei pazienti affetti da cardiopatia ischemica. Alla base del processo occlusivo non c'è quindi un evento acuto ma un'evoluzione progressiva, nel corso di mesi o anni, della malattia coronarica. La chiusura lenta e progressiva permette spesso lo sviluppo di circoli collaterali (una sorta di strada alternativa) al fine di garantire un minimo apporto di ossigeno nel territorio dell'arteria chiusa. Il risultato è che il muscolo cardiaco si contrae con meno forza o non si contrae del tutto. Il territorio cardiaco sotteso ad una CTO si definisce infatti "ibernato", appunto perché riduce al minimo il proprio metabolismo (smettendo di contrarsi) per potersi mantenere "vivo".

Le occlusioni coronariche croniche totali sono le lesioni più complesse da trattare con angioplastica. Peraltro, negli ultimi anni, lo sviluppo di nuove tecnologie e dispositivi e l'introduzione di nuove tecniche hanno permesso una percentuale di successo che si aggira intorno all'80-90% in mano ad operatori esperti.

A differenza di quanto avviene nell'angioplastica coronarica standard, la procedura prevede:

- tempi più lunghi di esecuzione (a volte alcune ore)
- maggior esposizione a radiazioni ionizzanti (raggi x)
- talvolta maggior quantitativo di mezzo di contrasto utilizzato
- necessità, proprio per la maggior durata dell'intervento, di posizionamento di un catetere vescicale, utile anche per il monitoraggio della diuresi nell'immediato postoperatorio

Modalità di esecuzione dell'intervento

La procedura si esegue sempre a paziente sveglio, in anestesia locale praticata a livello degli accessi arteriosi da pungere.

A differenza dell'angioplastica tradizionale, si utilizza, fatto salve poche eccezioni, un doppio accesso arterioso, solitamente uno radiale (polso) ed uno femorale (inguine), necessari per consentire, da un lato la visualizzazione del vaso da riaprire tramite i circoli collaterali, dall'altro l'avanzamento di materiali e device necessari per attraversare la lesione occlusiva.

In relazione alle caratteristiche della occlusione e alla sede, possono essere praticate (a discrezione del Cardiologo operatore), un tentativo di riapertura della coronaria definito "anterogrado" (aggredendo direttamente il vaso da trattare dall'alto verso il basso) oppure "retrogrado" (raggiungendo il vaso da trattare attraverso un'altra coronaria tramite i circoli collaterali e risalendo il vaso dal basso verso l'alto, fino a livello della sua occlusione).

Tecniche aggiuntive talora utilizzate in corso di intervento possono comprendere:

- *Aterectomia rotazionale (Rotablator)*
- *Litotrissia intracoronarica (shockwave)*
- *Tecniche di immagine intravascolare (IVUS, OCT)*

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Nord Milano</p>	FOGLIO INFORMATIVO Allegato di ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA: OCCLUSIONI CRONICHE TOTALI (CTO)	Rev. 0	Pag. 2 di 2
		ASSTNM-FI-066	

Complicanze:

Oltre alle medesime complicanze comuni a qualsiasi procedura di angioplastica, esistono rischi legati nello specifico ai materiali e alle tecniche utilizzate.

- Danno del vaso coronarico di accesso, legato soprattutto all'utilizzo di cateteri di maggiori dimensioni e al loro stazionamento a lungo nel tratto iniziale del vaso
- Perforazioni o rotture coronariche con conseguente rischio di tamponamento cardiaco: l'incidenza delle perforazioni nelle CTO è stimata attorno al 2-4% a causa della maggiore complessità anatomica di tali lesioni e dell'utilizzo di tecniche di disostruzione che aumentano il rischio di danneggiamento della parete vascolare
- Danno del circolo collaterale (solo nell'approccio retrogrado)
- Intrappolamento o perdita di guide o device
- Dissecazione aortica (0.8%)

L'incidenza di mortalità intraospedaliera è pari a circa 0.5%, l'incidenza di mortalità a 30 giorni è pari circa al 1.1%.

Nonostante i rischi e le possibili complicanze considerate, si ritiene che la riapertura della coronaria occlusa possa garantirle benefici potenziali che includono il miglioramento della sintomatologia e/o della funzione ventricolare sinistra e un impatto favorevole sulla sua sopravvivenza.

Nome e Cognome del paziente _____ nato il _____

Data/ora di consegna _____ consegnato da _____

Firma per ricevuta _____