



**Modulo di
Informazione e consenso all'atto medico
Angioplastica coronarica**

Cod. MOD 05/CARD

Rev. 1

Data 22/04/2013

Pagina di 1/4

Gent. Signora, Gentile Signore,
Il Suo Medico, dott. nel contesto delle cure a Lei rivolte,
Le ha proposto di sottoporsi a una procedura denominata **ANGIOPLASTICA CORONARICA**.

CHE COSA E' E COME SI ESEGUE L'angioplastica coronarica (PTCA) può essere eseguita al termine della coronarografia diagnostica, quando si è evidenziata la presenza di un restringimento (chiamato stenosi) che riduce il flusso di sangue in una o più coronarie (le arterie che portano il sangue al cuore).

Consiste nel dilatare questa stenosi mediante uno o più gonfiaggi di un catetere a palloncino. Durante il gonfiaggio lei potrà accusare dolore al petto, sintomo che scompare dopo aver sgonfiato il palloncino. Molto spesso al termine della dilatazione può essere necessario, o preferibile, l'impianto nella sede di dilatazione, di una o più protesi metalliche a forma di tubicino, chiamate **stent**, che consentono, rispetto all'angioplastica con il solo palloncino, di ridurre il rischio di ricomparsa della stenosi (restenosi) dal 30-40% al 20-25%. Lo stent non va incontro a rigetto, non provoca tumori e non si sposta dopo che è stato posizionato. Lo stent viene incorporato nella parete coronarica nell'arco di 3-6 settimane. Fino a che questo processo non si sia completato è richiesto l'uso di farmaci che rendono il sangue più fluido e, in particolare, rendono le piastrine meno attive. Le medicine che si usano con più frequenza sono l'Aspirina ed il Clopidogrel o la Ticlopidina. Nel caso vi siano controindicazioni all'uso di queste sostanze (ad esempio allergia, ulcera, etc.) va tempestivamente avvisato il medico di reparto. Sono attualmente in commercio stent ricoperti da farmaci (**stent medicati**) che riducono la proliferazione del tessuto che riveste la parete delle arterie, meccanismo questo che è alla base della restenosi. Come risulta da studi eseguiti su migliaia di pazienti, tali stent riducono l'incidenza di restenosi rispetto agli stent convenzionali. Sebbene sia stata riscontrata un'incidenza di occlusione tardiva e/o molto tardiva (anche dopo un anno dalla applicazione) lievemente superiore a quella riscontrata con gli stent non medicati, l'incidenza di mortalità ed infarto è simile con i due tipi di stent. Nel caso di impianto di stent medicati, la terapia antiaggregante con Aspirina e Clopidogrel deve essere proseguita per almeno 12 mesi o a vita, in base ad una valutazione clinica globale da parte dei sanitari. La scelta di impiantare stent medicati o tradizionali, potrà dipendere dalla valutazione complessiva di una serie di variabili cliniche (ad esempio, età, presenza di diabete, tipo di sindrome ischemica, patologie associate, etc.) ed angiografiche (diametro dei vasi coronarici, sede e lunghezza della stenosi, etc.). Tecniche alternative o complementari alla dilatazione con il palloncino sono l'aterectomia direzionale o rotazionale. L'**aterectomia direzionale** consente l'asportazione di parte della placca aterosclerotica. Le peculiarità tecniche di utilizzo dell'aterotomo possono rendere più frequenti le complicanze della parete della coronaria quali danni della parete arteriosa, dislocazione di frammenti di placca, o la perforazione della coronaria. L'**aterectomia rotazionale** consente di frammentare la placca in minuscole particelle mediante una fresa rotante nel



Modulo di Informazione e consenso all'atto medico Angioplastica coronarica

Cod. MOD 05/CARD

Rev. 1

Data 22/04/2013

Pagina di 2/4

trattamento di stenosi particolarmente calcifiche soprattutto quando localizzate all'origine delle coronarie.

BENEFICI L'angioplastica coronarica e le altre tecniche di rivascolarizzazione miocardica consentono, allargando e rimodellando i restringimenti coronarici, di normalizzare il flusso di sangue nelle arterie coronarie. Questo permetterà al Suo cuore di ricevere un flusso di sangue adeguato sia a riposo che durante sforzi fisici, riducendo gli episodi di ischemia al cuore e i dolori anginosi. I risultati positivi dell'angioplastica coronarica sono documentati fino ad un periodo di venti anni. Nel caso in cui l'angioplastica venga eseguita in corso di infarto miocardico acuto (**PTCA primaria**), nell'intento di riaprire la coronaria occlusa causa dell'infarto stesso, essa è in grado di ridurre il rischio di morte come pure il rischio di recidive di infarto e il numero di recidive di ischemia. La terapia alternativa nel caso di infarto miocardico acuto è rappresentata dalla fibrinolisi, la somministrazione cioè di un farmaco che è in grado di sciogliere il trombo che occlude la coronaria. Rispetto alla fibrinolisi la riapertura mediante angioplastica consente una maggiore efficacia nel riaprire la coronaria, riduce l'incidenza di recidive infartuali e di emorragie importanti (5-10% dei casi), talora cerebrali (0.2-0.9% dei casi), che possono verificarsi con l'utilizzo della fibrinolisi specie in alcuni sottogruppi di pazienti. Tali vantaggi sono stati dimostrati anche nel caso di **pazienti provenienti da altre strutture**. A tal riguardo sebbene il trasporto mediante ambulanza con medico a bordo in strutture dotate di laboratori di emodinamica per eseguire procedure di angioplastica non sia esente da rischi, diversi studi clinici ne hanno documentato la sicurezza e l'efficacia rispetto ad altre strategie farmacologiche e riperfusivo, soprattutto in caso di infarto miocardico acuto.

RISCHI L'angioplastica abitualmente ha successo in circa il 95-98%. Si possono verificare le stesse complicanze della semplice coronarografia, e cioè complicanze legate alla puntura del vaso (ematomi, pseudoaneurismi, fistole artero-venose, infezioni, occlusione acuta o cronica)(circa 1% dei casi), reazioni allergiche da mezzo di contrasto (quelle gravi sono estremamente rare) ed eccezionalmente scompenso cardiaco, complicanze neurologiche, dissezione coronarica o dell'aorta ascendente, infarto del miocardio e morte. Complicanze legate specificatamente alla procedura di angioplastica sono l'occlusione acuta del vaso trattato che può condurre a sua volta all'infarto miocardico, ad aritmie cardiache anche fatali, od al decesso. Tali complicanze si verificano nel complesso nell'1-4% dei casi, e dipendono principalmente dalle condizioni cliniche del paziente (età, gravità della patologia coronarica e cardiaca, dalla presenza di eventuali patologie associate) e dalle caratteristiche anatomiche delle lesioni coronariche (numero, sede e tipo dei restringimenti da trattare). In particolare, il rischio di decesso è attualmente dello 0.2-1.5%. Le misure terapeutiche che vengono adottate in tali casi sono costituite dal by-pass aortocoronarico d'urgenza e da una serie di provvedimenti farmacologici e meccanici, rivolti a



**Modulo di
Informazione e consenso all'atto medico
Angioplastica coronarica**

Cod. MOD 05/CARD

Rev. 1

Data 22/04/2013

Pagina di 3/4

limitare l'estensione del danno miocardico. Altre complicanze, attualmente rare, sono legate all'uso di cateteri all'interno delle coronarie quali la perforazione della coronaria (0.01-0.1%), traumi e danno della parete della coronaria indotti dal catetere guida (0.1-0.5%), aritmie cardiache minacciose (0.1%). Una complicanza che può presentarsi successivamente all'angioplastica è la **restenosi**, ossia la comparsa di un processo di cicatrizzazione esuberante nel punto trattato che può portare alla comparsa di un nuovo restringimento (5-20% a 8 mesi dal trattamento). Quando la restenosi si manifesta può essere trattata con una nuova angioplastica o, in casi ribelli, può essere richiesto un intervento cardiocirurgico. Il rischio di restenosi è legato ad un processo di rimodellamento sfavorevole precoce dopo l'intervento e quindi, una volta superato il periodo di rischio (6 - 8 mesi dopo il trattamento) il buon risultato può essere considerato definitivo.

RECUPERO Dopo l'angioplastica è raccomandata una permanenza a letto per 8-12 ore. Il tubicino (introdotto) posizionato nell'arteria periferica per introdurre i cateteri, viene rimosso subito, se si chiude l'arteria con sistemi meccanici di emostasi, o dopo qualche ora dalla procedura, secondo il grado di coagulazione del sangue. Per evitare ematomi e stravasi di sangue è molto importante che il paziente segua scrupolosamente i consigli del medico sul riposo nell'immediato periodo dopo la procedura. E' importante attenersi alle disposizioni che le verranno date al momento della dimissione sia per i farmaci da assumere (antiaggreganti, etc.) che per i controlli del sangue che dovrà eseguire

Firma del paziente per presa visione:



**Modulo di
Informazione e consenso all'atto medico
Angioplastica coronarica**

Cod. MOD 05/CARD

Rev. 1

Data 22/04/2013

Pagina di 4/4

Ciò premesso,

Io sottoscritto..... in qualità di:

- Diretto interessato all'atto medico
- Tutore di
- Esercente la potestà sul minore

- Dichiaro** di essere stata/o invitata/o a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi a voce.

- Dichiaro** altresì di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto dal dottor di non avere bisogno di ulteriori chiarimenti

e quindi consapevolmente

Acconsento

Non Acconsento

a sottopormi al trattamento che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi;

Data / / **Firma del paziente**

Confermo di aver spiegato la natura e gli scopi della procedura da eseguire

Data / / **Firma del medico**