

POD EURO PCR – VARESE – Giovedì 19 Maggio 2022

The future of TAVI

Emerge la necessità di considerare la procedura di TAVI come una procedura di stenting, al fine di ridurre la durata della degenza e le possibili complicanze correlate:

- Preferire l'uso di anestesia locale
- Mobilizzare il paziente a 6 ore dalla procedura
- In assenza di complicanze, non necessaria degenza in ambiente intensivo (è sufficiente la disponibilità di monitoraggio ECG)
- Eseguire controllo ecocardiografico in prima giornata post-procedura
- Dimissione in seconda giornata

Per prevenire complicanze a livello del sito di accesso, preferire puntura angio-guidata in caso di presenza di calcificazioni. È possibile utilizzare l'accesso radiale come sito di approccio controlaterale (in caso di pazienti con statura inferiore a 170 cm).

Fondamentale considerare il rischio di occlusione coronarica a seguito del rilascio della protesi: il rischio è elevato in caso di distanza inferiore a 10 mm tra piano valvolare ed emergenza delle coronarie, e per ridotto diametro a livello della giunzione sinotubulare. In questi casi, può essere utile proteggere la coronaria sinistra posizionando uno stent in essa: in caso di necessità, questo potrà essere represso e posizionato con l'estremità prossimale a monte della valvola.

PCI in calcified LM

Imaging intravascolare: utile per valutazione pre, durante e post-PCI. Nello studio EXCEL l'utilizzo dell'IVUS ha avuto un impatto significativo sulla PCI (ad es. minor deformazione di stent).

Dai dati real-world (registro OPTIMAL) è emersa l'importanza dell'IVUS per la corretta valutazione di dimensione e lunghezza della lesione, per la copertura della placca e per evitare complicanze (come deformazione o sottoespansione dello stent).

Dalla presentazione di un live case è emerso come l'utilizzo dell'IVUS permetta una più corretta valutazione della distribuzione del calcio intracoronarico, con risvolti dal punto di vista della scelta del trattamento più appropriato.

In base alla localizzazione ed alla profondità dell'estensione della calcificazione si possono utilizzare diverse metodiche:

- Cutting balloon con rapporto 1:1 - garantisce stabilità durante la dilatazione, utile anche nella restenosi intrastent – indicata per calcificazioni superficiali non concentriche
- Scoring balloon – utile soprattutto in segmenti distali
- Litrotrissia intravascolare (IVL)
- Aterectomia

Dopo il pre-trattamento, l'IVUS permette di rivalutare la lesione prima dell'impianto dello stent; dopo l'impianto dello stent permette di valutare il corretto posizionamento dello stesso.

Transcatheter mitral edge intervention: LIVE case

Importanza della comprensione della patologia valvolare sottostante per selezionare l'approccio più corretto all'intervento.

Importanza della discussione collegiale del caso in Heart Team.

Necessità di un accurato esame ecocardiografico transesofageo per valutare:

- Corretta indicazione al trattamento percutaneo
- Anatomia valvolare

- Miglior device

What's new in TAVI - a closer look on procedural planning and device selection

Gestione dell'accesso vascolare:

- Eseguire sempre angioTC per lo studio degli accessi vascolari periferici
- Eseguire sempre una puntura femorale eco-guidata
- Valutare il trattamento percutaneo di una eventuale arteriopatia periferica
- Selezionare il miglior sistema di chiusura con device: dagli studi a disposizione sembra migliore l'approccio ibrido con Proglide + AngioSeal.
- Verificare che l'emostasi sia efficace: se necessario valutare emostasi intravascolare con pallone; per eseguire un'angiografia periferica e per il gonfiaggio di un pallone è sufficiente un accesso radiale
- Se si rendesse necessario l'impianto di uno stent ricoperto per il trattamento di una complicanza vascolare, bisogna reperire un accesso arterioso femorale controlaterale, in quanto sarà necessario un introduttore da 9 Fr; per gli stent ricoperti in arteria periferica generalmente è richiesta una DAPT di 1 mese, ma nel caso di dubbi è sempre consigliato richiedere una consulenza chirurgica vascolare

Corretta selezione del device:

- Angio-TC torace cardiosincronizzata per valutare:
 - annulus aortico: misurazione di area e perimetro; distribuzione del calcio
 - LVOT (3-4 mm sotto l'annulus): misurazione di area e perimetro
 - sinuses of Valsalva (SOV): misurazione del perimetro; distribuzione del calcio
 - altezza degli osti coronarici: se <10 mm elevato rischio di occlusione
 - proiezione ottimale: "S-curve" per individuare la proiezione ottimale di impianto
 - vasi periferici e aorta: verificare la presenza di importante tortuosità
- nel caso di misure borderline per la selezione del device da impiantare:
 - se valvola troppo piccola: rischio di embolizzazione o rigurgito
 - se valvola troppo larga: rischio di perforazione
 - in questi casi sarebbe meglio impiantare una self-expandable per rischio di rottura dell'annulus con le valvole espandibili
 - meglio dimensioni più piccole se c'è un rischio aumentato di occlusione degli osti coronarici
- nel caso di LVOT molto calcifico:
 - aumentato rischio di disturbi di conduzione – soprattutto se le calcificazioni sono tra cuspidi NC e destra: evitare l'oversizing
 - rischio di leak perivalvolare: selezionare un device abbastanza largo, con impianto non troppo profondo, per ridurre rischio di rottura dell'annulus – preferire self-expandable
- per ridurre il rischio di impianto di PM:
 - cusp overlap technique: permette anche di ridurre il rischio di impossibilità di cannulazione e permette una migliore visualizzazione del LVOT
 - impianto valvolare più alto: riduce il rischio di disturbi di conduzione, ma aumenta il rischio di "sinus sequestration" e di successiva difficoltà nella cannulazione coronarica: meglio più alto, ma non troppo alto!