Dir.Resp.: Marco Zane
Tiratura: n.d.
Diffusione 10/2016: 10.000
Lettori: n.d.

Gente Veneta

Estratto del 13-GIU-2025 pagina 26 /

Stammi Bene

i consigli del medico

Coronarie sotto attacco: entrano in gioco gli stent

di ***Emanuela Maria Blundetto,***
cardiologa a Mestre

Si deve al medico tedesco Andreas Gruentzig la prima procedura, eseguita nel 1977, in cui, attraverso un'arteria femorale, si introduceva un sottile catetere nella coronaria ammalata e, gonfiando al suo interno un palloncino, la si dilatava

Il cuore è un organo importantissimo, da cui dipendono la nostra sopravvivenza e qualità di vita. Serve a pompare sangue in tutto il nostro organismo, ma anch'esso ha bisogno di riceverne di ossigenato e ricco di nutrienti: ciò avviene attraverso tre arterie, dette coronariche, che lo irrorano. In base alla loro posizione sono denominate coronaria destra, coronaria sinistra e coronaria circonflessa e nascono dal primo tratto dell'aorta, il vaso che collega il cuore a tutto il sistema circolatorio.

Talvolta questo sistema così complesso e perfetto subisce gli attacchi del tempo, della nostra predisposizione genetica, delle nostre cattive abitudini – sedentarietà, fumo, scorretta alimentazione – o di altre patologie sistemiche (ad esempio il diabete e molte malattie reumatiche) e all'interno di questi vasi si formano delle "incrostazioni", le placche aterosclerotiche, che riducono gradualmente col passare del tempo il lume delle arterie (stenosi), arrivando fino ad occluderle in certi casi.

Quando la stenosi supera un certo limite e il cuore, che è alla fine un muscolo, soffre per la scarsa irrorazione, si presentano i sintomi dell'angina (dolore al petto, mancanza di fiato, tachicardia, ecc.) che sono reversibili. Se, però, la coronaria arriva a chiudersi del tutto, la porzione di muscolo interessata va incontro a "necrosi" e si ha un infarto, evento che spesso mette a rischio la vita stessa dell'individuo.

Si deve al medico tedesco Andreas Gruentzig la prima procedura, eseguita nel 1977, in cui, attraverso un'arteria femorale, si introduceva un sottile catetere nella coronaria ammalata e, gonfiando al suo interno un palloncino, la si dilatava, restituendole un calibro adeguato e quindi riducendo il rischio di infarto.

In molti casi trattati, però, la malattia coronarica progrediva comunque e la stenosi si ripresentava anche nello stesso vaso. Fu allora un altro tedesco, Ulrich Sigwart, nel 1986, a posizionare all'interno della coronaria, dopo averla dilatata, un minuscolo dispositivo per permettere al vaso di mantenere la sua riconquistata grandezza.

Oggi queste procedure rappresentano il "gold standard" del trattamento non farmacologico (peraltro complementare) della cardiopatia ischemica e si può arrivare anche a trattare in acuto un infarto, se il paziente giunge molto precocemente in ospedale.

Di stent ne sono stati progettati e commercializzati di moltissime varietà: da quelli che si dissolvono spontaneamente col tempo a quelli con maglie più larghe o più strette, più o meno lunghe, a quelli che rilasciano alcune sostanze che contribuiscono a tenere aperto il vaso trattato.

I chirurghi interventisti poi sono diventati sempre più bravi e accurati nel posizionarli e nello scegliere il dispositivo più idoneo per ogni singolo paziente. Oltretutto, durante una procedura, se ne possono posizionare più di uno nello stesso paziente, in base alle condizioni del suo "albero coronarico".

Non si tratta però di una procedura che va bene per tutti... In certi casi, se la malattia aterosclerotica è molto diffusa o ha colpito la coronaria in una posizione "difficile", meglio ricorrere al By-pass aorto coronarico, una specie di "ponte" che salti la zona ammalata della coronaria, utilizzando una vena prelevata dalla gamba dello stesso paziente. Ma qui si tratta di un intervento cardiochirurgico ed è tutta un'altra storia.

in collaborazione con
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile