

L'indicazione al trattamento: quando trattare medicalmente la sindrome aortica acuta e quando è necessaria la chirurgia

L. Guerrieri

Le sindromi aortiche acute (ematoma intramurale, ulcera penetrante, dissezione) sono delle patologie potenzialmente mortali a carico della parete aortica, caratterizzate dalla presenza di flusso ematico all'interno dello spessore della tonaca media. La risposta infiammatoria della media al sangue porterà alla dilatazione aortica ed alla rottura. La classica dissezione aortica acuta è caratterizzata dalla presenza di una lacerazione intimale, con conseguente passaggio di sangue dal lume aortico all'interno dello spessore della parete aortica con formazione di doppio lume. In base alla localizzazione della breccia intimale ed alla estensione della dissezione, De Bakey ha classificato la dissezione aortica in 3 tipi (Fig. 1), mentre la classificazione di Stanford si basa sul coinvolgimento o meno dell'aorta ascendente, a prescindere dalla localizzazione della breccia: tipo A se coinvolge l'aorta ascendente, tipo B se non coinvolge l'aorta ascendente (Fig. 2). Da notare che solamente il 5% delle tipo A presenta una breccia d'ingresso distalmente alla succlavia di sinistra. La tipo A (che include la tipo I e la tipo II di De Bakey) rappresenta il 70-75% delle dissezioni. La De Bakey tipo II (cioè quella limitata all'aorta ascendente) è la più rara.

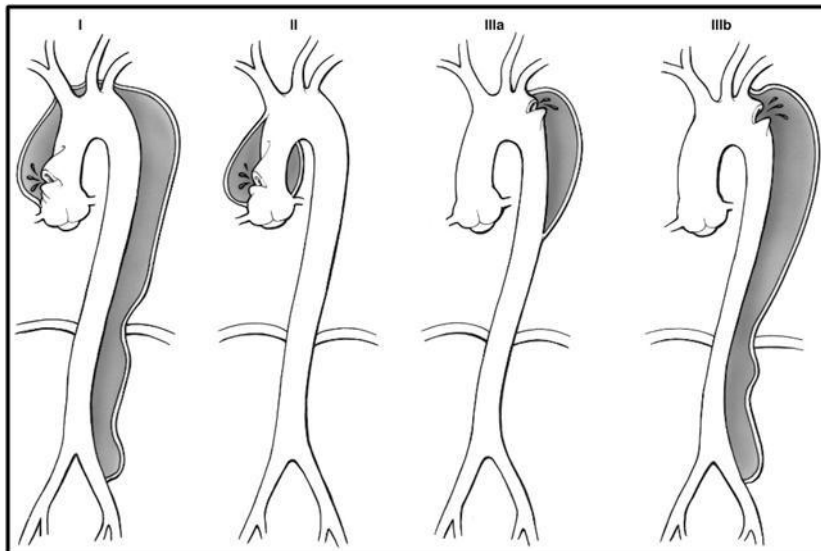


Fig. 1: classificazione di De Bakey

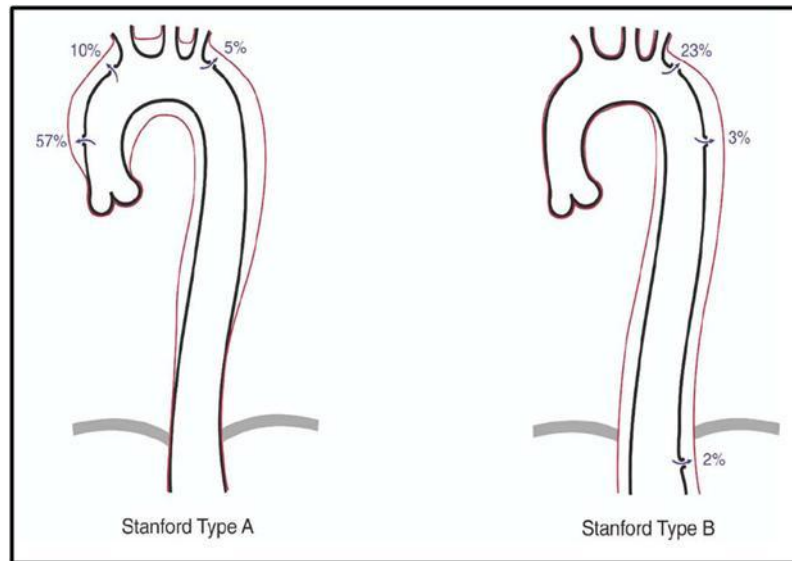


Fig. 2: classificazione di Stanford

Esiste anche una classificazione temporale, in base al tempo che intercorre tra insorgenza dei sintomi e diagnosi. È una classificazione importante da un punto di vista prognostico, poiché questo dato temporale correla con le stime di sopravvivenza. Accanto alla classificazione storica, che distingue una dissezione acuta da una cronica ponendo come confine temporale le due settimane, si è aggiunta recentemente quella proveniente dall'osservazione dei dati del registro internazionale IRAD. Quest'ultima distingue una fase iperacuta (entro le 24h), una acuta (entro la settimana), una subacuta (entro il mese) ed una cronica (oltre il mese). In relazione a questa classificazione temporale, sulla base del registro IRAD, è stato possibile calcolare curve di sopravvivenza, stratificate in rapporto al tipo di trattamento ricevuto (chirurgico o medico), dalle quali si evince in maniera chiara il ruolo predominante della chirurgia in fase acuta nelle forme di dissezione di tipo A (Fig. 3).

Il razionale della terapia chirurgica per le dissezioni Tipo A risulta pertanto quello di eliminare la breccia di ingresso, consentendo:

- Prevenzione rottura aortica
- Prevenzione tamponamento cardiaco
- Prevenzione infarto miocardico
- Ripristino continenza valvolare aortica
- Prevenzione stroke
- Ripristino perfusione sistemica
- Obliterazione flusso sanguigno falso lume

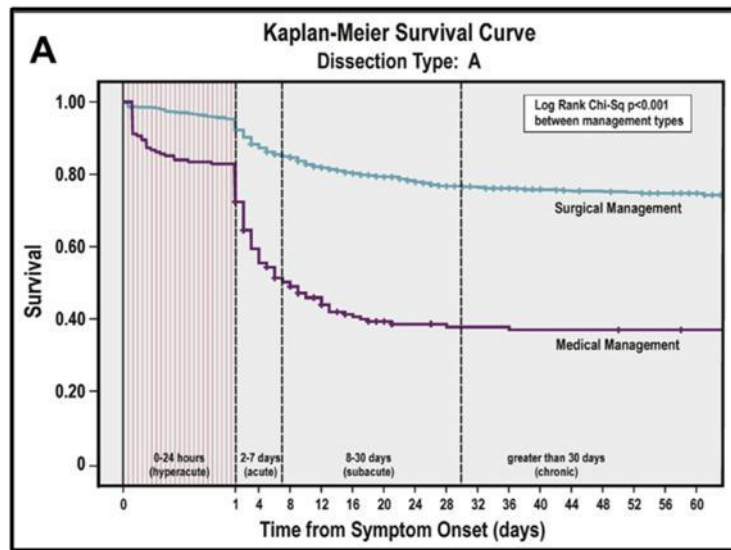


Fig. 3: dissezioni aortiche Tipo A, curve di sopravvivenza nel registro IRAD

Per quanto riguarda le dissezioni Tipo B, in cui la lacerazione intimale e il doppio lume si sviluppano distalmente alla succlavia di sinistra senza coinvolgimento dell'arco, esse rappresentano il 25-30% di tutte le dissezioni. Analogamente al Tipo A, sulla base dei dati IRAD, anche per le dissezioni Tipo B è stato possibile sviluppare curve di sopravvivenza, stratificate in rapporto al tipo di trattamento, con 4 intervalli temporali ben definiti. Peraltro, da questi dati emerge il ruolo determinante del trattamento endovascolare (TEVAR) in fase sub-acuta, dopo la stabilizzazione con terapia medica. Tale atteggiamento permette di ottenere risultati a distanza maggiormente validi rispetto al passato (Fig. 4).

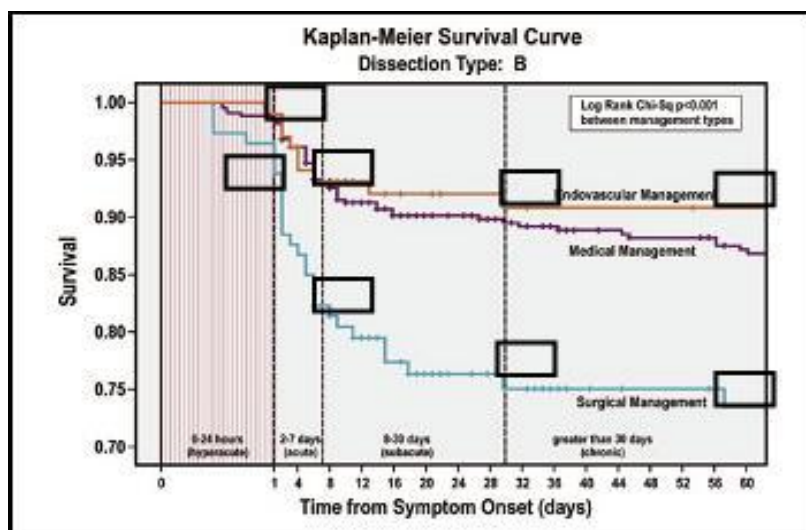


Fig. 4: dissezioni aortiche Tipo B, curve di sopravvivenza nel registro IRAD

“Take home message”

- Dissezioni Tipo A → terapia chirurgica
- Dissezioni Tipo B, in fase acuta → terapia medica (TEVAR nelle forme complicate)
- Dissezioni Tipo B, in fase sub-acuta e cronica en → TEVAR (selezione del paziente).

Lorenzo Guerrieri, Dipartimento di Scienze Cardiovascolari, U.O. Cardiochirurgia, European Hospital, Roma

Per la corrispondenza: lorenzo.guerrieri@libero.it