

ECM "Dissezioni Aortiche"

26 giugno 2018

Moderatori: Raoul Borioni, Francesco Speziale

Seconda giornata: "Dissezioni aortiche croniche"

Moderatori: Massimo Massetti, Stefano Bartoli, Luca Di Marzo

Evoluzione del falso lume dopo l'evento acuto: monitoraggio clinico ed indicazioni al trattamento

R. Scaffa

La dissezione aortica è il risultato di una separazione longitudinale delle tuniche aortiche, con formazione di un falso lume, che tende alla progressione longitudinale. Il falso lume, spesso più largo del vero e con effetti compressivi sullo stesso, può essere più o meno occupato da trombi, può avere flusso rallentato e tendere alla dilatazione nel tempo. I rami aortici viscerali possono originare dal vero lume o dal falso, a seconda dell'andamento spaziale della dissezione, con effetti sulla perfusione d'organo. Alcuni rami possono trovarsi a cavallo della lamina di dissezione.

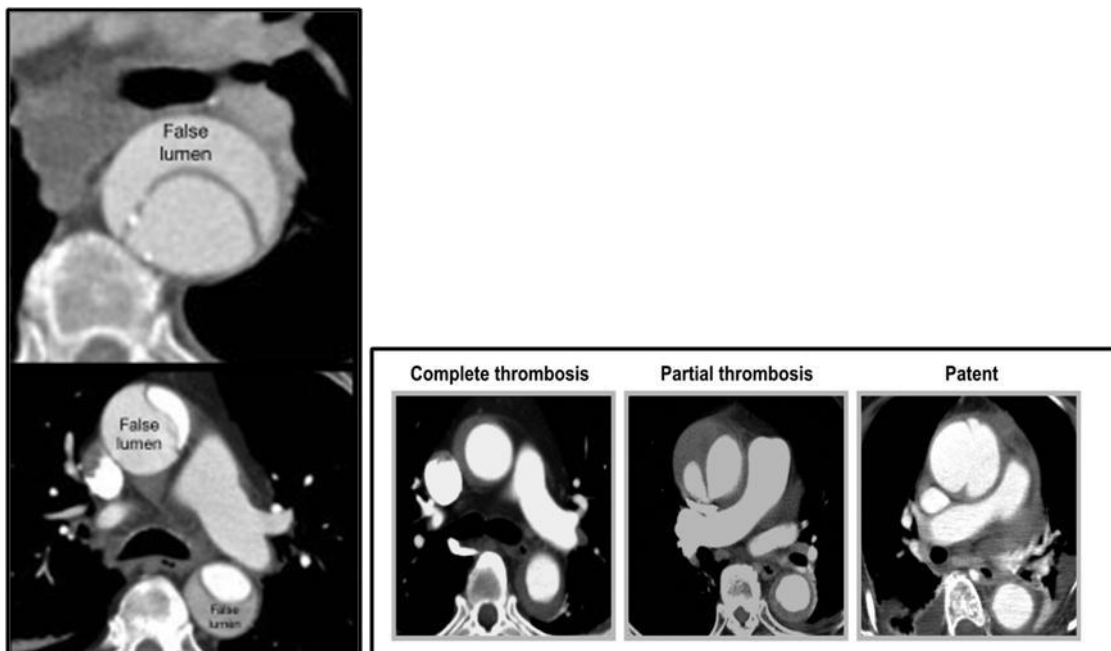


Fig. 1: dissezione aortica; aspetti della trombosi

L'imaging diagnostico fornisce indicazioni determinanti sulla evoluzione della dissezione e sulla prognosi clinica. Uno dei dati più rilevanti da un punto di vista prognostico è la trombosi più o meno completa del falso lume (Fig. 1).

Alcuni dati evidenziati dall'imaging diagnostico indicano quelle dissezioni che tenderanno a crescere nel tempo e che quindi potranno essere pericolose nel corso del follow-up:

- trombosi parziale del falso lume
- falso lume pervio
- diametro del falso lume > 22 mm
- misura della "entry tear" > 10 mm (A)
- diametro aortico > 40 mm alla presentazione clinica (B)
- numero e localizzazione (curvatura interna) delle "entry tear" a livello aortico prossimale
- numero di vasi che originano dal falso lume.

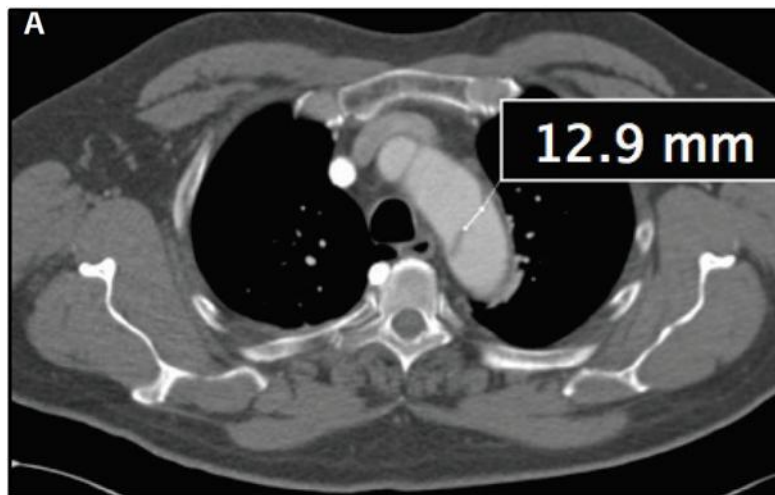


Fig. 2: dissezione aortica

Il punto cruciale è pertanto quello di identificare quale dissezione evolverà in senso prognostico negativo, per effettuare la correzione endovascolare in tempo utile. Il concetto di correzione endovascolare delle dissezioni Tipo B, tradizionalmente trattate con terapia medica, si è fatto strada in seguito all'INSTEAD trial, che, dopo risultati non immediatamente soddisfacenti, ha dimostrato risultati a lungo termine molto migliori per il trattamento endovascolare (TEVAR) rispetto alla terapia medica (progressione della patologia nel gruppo TEVAR 27% vs 46.1% nel gruppo terapia medica) (Fig. 3).

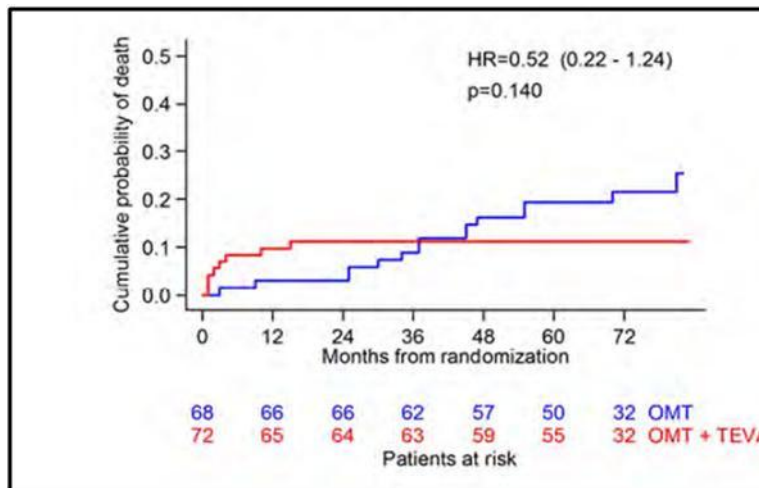


Fig. 3: trattamento endovascolare (TEVAR) vs terapia medica

I buoni risultati del trattamento endovascolare sono stati confermati più recentemente dall'ADSORB trial, rivolto a dissezioni di tipo B non complicate, trattate precocemente con TEVAR. Si tratta di un trial prospettico randomizzato sulla dissezione aortica Tipo B, che, nei centri di alta specializzazione partecipanti, ha dimostrato una buona prognosi in termini di maggiore efficacia degli stent-graft rispetto alla terapia medica nel determinare trombosi del falso lume (Tab. 1).

	TAG+BMT	BMT	<i>p</i>
Composite endpoint	15/30(50.0%)	31/31(100.0%)	<.001
No false lumen thrombosis	13/30(43%)	30/31(97%)	<.001
Aortic dilatation	11/30(37%)	14/31(45%)	.500
Aortic rupture	0/30(0%)	0/31(0%)	—

All *p*-values derived from two-sample chi-square test.

Tab. 1: percentuale di trombosi del falso lume

Un altro punto importante è il timing più corretto per la correzione endovascolare, in relazione al flap di dissezione. In fase acuta il flap di dissezione è più sottile ed il trattamento endovascolare risulta più semplice, ma la procedura può provocare nuove dissezioni, soprattutto in senso retrogrado (arco ed aorta ascendente), con risultati catastrofici. Peraltro, la rigidità del flap intimale in fase cronica condiziona la riespansione del vero lume dopo TEVAR e rende più difficoltoso l'impianto. Probabilmente, il periodo migliore per trattare la dissezione è compreso tra le 2 e le 6 settimane dalla presentazione clinica (Fig. 4).

Oltre alle dissezioni Tipo B primitive, esiste un gran numero di dissezioni B, esito di chirurgia per dissezioni Stanford A. Anche in questo caso, considerando i parametri anatomo-clinici della dissezione, si indica o meno la necessità di un completamento mediante TEVAR oppure mediante “Frozen” elephant trunk technique. Quest’ultima, se realizzata nel corso dell’intervento per dissezione Tipo A, consente di ottenere una “landing zone” ideale per il completamento distale mediante TEVAR.

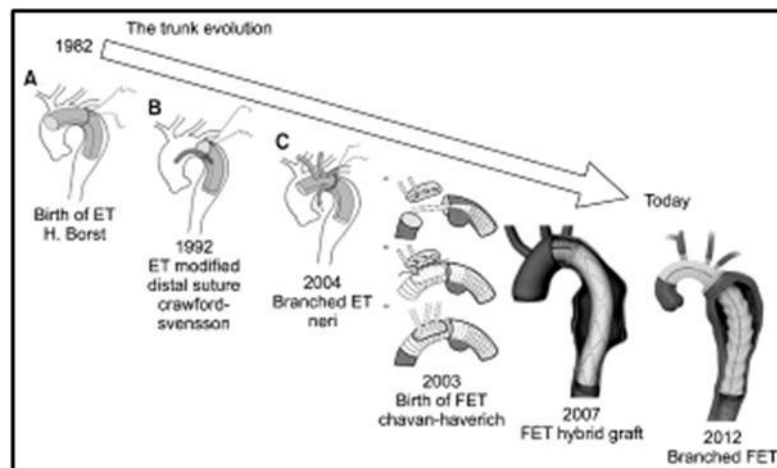


Fig. 4: evoluzione nel tempo della dissezione

“Take home message”

- un falso lume pervio è un fattore predittivo di mortalità a lungo termine;
- un falso lume parzialmente trombizzato favorisce l’espansione aortica (tipo B);
- il trattamento endovascolare può essere di beneficio per i casi non complicati in cui è ipotizzabile una complicità aortica futura.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Brunkwall J, Kasprzak P, Verhoeven E, et al. Endovascular repair of acute uncomplicated aortic Tipe B dissection promotes aortic remodelling: 1 year results of the ADBORB trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2014; 48: 285-91.

Nienaber CA, Kische S, Rousseau H, et al. Endovascular repair of type B aortic dissection: long-term results of the randomized investigation of stent grafts in aortic dissection trial. *Circ Cardiovasc Interv* 2013; 6:107-16.

Dott. Raffaele Scaffa, U.O. Cardiochirurgia-Dipartimento di Scienze Cardiovascolari, European Hospital, Roma

Per la corrispondenza: scaffar@gmail.com