

# Ruolo attuale della chirurgia “open” dell’aorta toraco-addominale

## F. Speciale

Gli aneurismi toraco-addominali vengono classificati secondo la modificazione della classificazione di Crawford ad opera di Safi (1998) (Fig. 1).

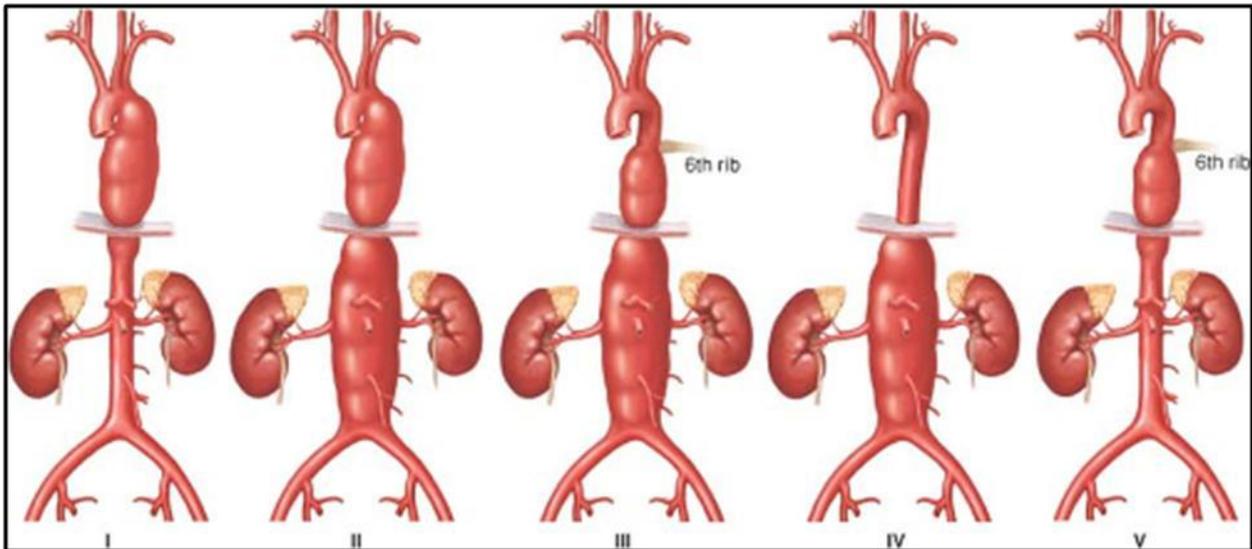


Fig. 1: classificazione di Crawford

Il ruolo attuale della chirurgia in questa patologia ad alto tasso di complicazioni è dettato dalle linee guida:

### SICVE (2015)

- $\varnothing$  AATA  $\geq$  60 mm
- OR gold standard
- F-EVAR o B-EVAR (rischio chirurgico alto)

### ESVS (2017)

- $\varnothing$  AATA  $\geq$  60 mm o crescita  $>$  10 mm/anno
- OR o F-EVAR/ B-EVAR (rischio chirurgico basso o moderato)
- Paziente sintomatico

Il trattamento “open” andrebbe riservato ai seguenti casi:

- Maggiore estensione dell'aneurisma (Tipo I-II-III)
- Minori comorbidità
- Età media inferiore ( $\approx$  65 anni)
- F>M (ridotto  $\emptyset$  vasi viscerali, minore fattibilità al trattamento endovascolare)

Il trattamento "endo" andrebbe riservato ai seguenti casi:

- Maggiori comorbidità
- Età media superiore ( $\approx$  72 anni)
- Fattibilità delle Landing zone prossimali e distali
- Accesso iliaco-femorale e accesso ascellare

Le esperienze di letteratura in tema di aneurismi toraco-addominali sono state recentemente riviste ed il ruolo del trattamento endovascolare è stato in parte ridimensionato (Tab 1 e 2)<sup>1</sup>.

	<b>OPEN REPAIR</b>	<b>ENDOVASCULAR REPAIR</b>
Mortalità < 30 gg	7.5-8.5 %	4.8-7.8 %
SCI/Paraplegia	5.4-5.9 %	4.1-9 %
IRC	4.2-7.6 %	2.8-5.6 %
ICU stay	2.8 giorni	<b><u>1.6 giorni</u></b> (p-value< 0.01)
Duranta della degenza	16 giorni	<b><u>6 giorni</u></b> (p-value< 0.001)

Tab. 1: esiti degli interventi

	<b>OPEN REPAIR</b>	<b>ENDOVASCULAR REPAIR</b>
Reinterventi < 30 gg	-	<b><u>11.6 %</u></b>
Libertà da reintervento ad 1 anno	<b><u>96.1 %</u></b>	88.3 %
Libertà da reintervento a 5 anni	<b><u>86.3 %</u></b>	54-73.4 %
Sopravvivenza a 5 anni	<b><u>63-74.2 %</u></b>	66.1 %

Tab. 2: esiti dei reinterventi

Probabilmente per molti casi la chirurgia è ancora il “gold standard”, soprattutto in centri di eccellenza, ove vengono effettuati almeno dai 5 ai 30 casi per anno. Comunque la chirurgia per essere competitiva deve migliorare in termini di invasività, mediante accorgimenti tecnici atti a:

- Ridurre l'estensione dell'incisione chirurgica (toraco-frenolaparotomia).
- Evitare la sezione del diaframma (Incisione circonferenziale e sezione dell'emidiaframma).
- Utilizzare preferibilmente l'accesso retroperitoneale

A parte il miglioramento della tecnica chirurgica tradizionale, esistono esperienze sperimentali endolaparoscopiche, che potrebbero in futuro permettere di raggiungere l'obiettivo di una minore invasività<sup>2</sup>. Ne riportiamo i risultati:

- Successo tecnico del 100%
- Preparazione video assistita dell'aorta toracica in **60 minuti**
- Agevole esposizione dell'aorta toracica, della biforcazione aortica e dell'aorta viscerale.

Tempo operatorio:	364 ± 46,3 min
Tempo di clampaggio per anastomosi prossimale	17,6 ± 3,2 min
Reimpianto dei vasi viscerali	33,2 ± 2,48 min
Tempo per anastomosi distale	11 ± 2,3 min

#### “Take home message”

- il trattamento chirurgico tradizionale può avere ancora valore nei pazienti con rischio operatorio accettabile, purché eseguito in centri a medio/alto volume;
- il trattamento endovascolare presenta ancora problemi tecnici non sempre risolvibili;
- nuove metodiche endoscopiche possono migliorare i risultati della chirurgia “open”, riducendone l'invasività.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Kolvenbach RR. Contemporary strategies for repair of complex thoracoabdominal aortic aneurysms: real-world experiences and multilayer stents as an alternative. J Vasc Bras 2017; 16: 293-303.

2. Andrasi TB, Kékesi V, Merkely B, Grossmann M, Danner BC, Schöndube FA. A minimally invasive approach for open surgical thoracoabdominal aortic replacement: experimental concept for a novel surgical procedure. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2017; 24: 482-8.

Prof. Francesco Speziale, Cattedra di Chirurgia Vascolare, Az. Osp. Univ. Policlinico  
Umberto I, Roma

Per la corrispondenza: [francesco.speziale@uniroma1.it](mailto:francesco.speziale@uniroma1.it)