

Rottura aortica post-traumatica. Casi clinici

N. Stella

Il trauma aortico si verifica quasi invariabilmente in ambito stradale ed è spesso associato a lesioni di altri organi.

La classificazione del trauma aortico, basata sull'imaging diagnostico, orienta verso il trattamento endovascolare (TEVAR), combinato con quello delle eventuali lesioni associate. Il meccanismo di lesione aortica è legato al movimento della porzione mobile dell'arco aortico (istmo) rispetto alle porzioni aortiche fisse (vasi epiaortici, aorta discendente). Il 75% dei pazienti muore sul luogo del trauma, il 50% dei sopravvissuti muore entro 24 ore. Il trattamento è preferibilmente di tipo endovascolare (TEVAR), il cui "timing" è guidato dalla stabilità emodinamica del paziente e dalle lesioni associate.

1. F.M. ♂ 24 aa, incidente automobilistico, Grado IV - ISS 30 (Fig. 1).

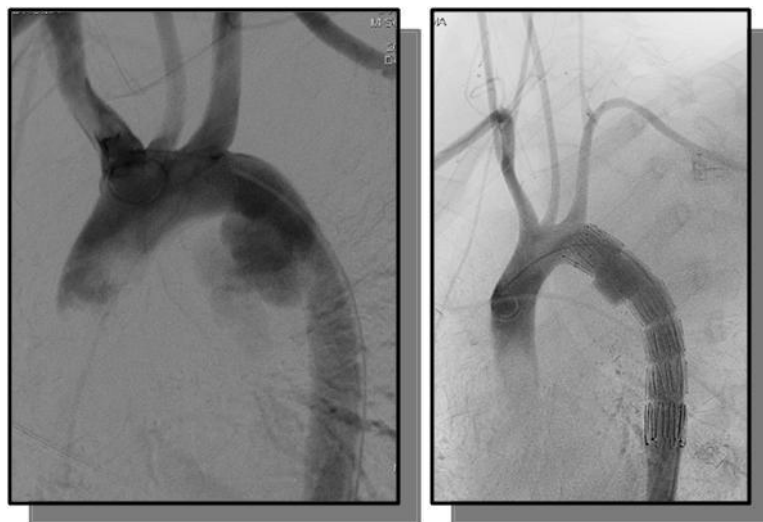


Fig. 1: F.M. ♂ 24 aa.

2. P.C. ♂ 26 aa, incidente stradale, Grado III - ISS 50:
 - Rottura aorta toracica discendente;
 - Frattura della milza con emoperitoneo;
 - Ematoma del mesocolon destro;
 - Contusioni epatiche multiple con raccolta ematica in sede subcapsulare a livello dell'VIII-IV segmento;
 - Frattura scomposta della branca ischio ed ileopubica e della sinfisi pubica di destra con estensione all'acetabolo; frattura composta della sinfisi pubica sinistra; frattura scomposta femore sinistro; frattura composta dell'ala sacrale di sinistra; frattura composta del processo trasverso sinistro di L5; frattura della branca ileopubica di

sinistra; frattura della IX costa di destra e sinistra; frattura del processo xifoideo dello sterno;

- Multiple contusioni polmonare bilaterali.

Strategia terapeutica:

1. Posizionamento di pallone aortico,
2. Splenectomia ed emostasi epatica,
3. Impianto di Zenith Alpha TAA 24x105 mm,
4. Eemiclectomia dx e resezione iliale con ileostomia fianco dx.

Un problema importante, trattandosi spesso di giovani pazienti, è l'anatomia sfavorevole dell'arco aortico, che può richiedere in certi casi la copertura dell'ostio dell'arteria succlavia e che comunque condiziona la buona apposizione dell'estremo prossimale della protesi. Il confezionamento di un bypass carotido-succlavio può, in questi casi, migliorare la "landing zone" prossimale ed i risultati della procedura.

3. N.A.C. ♂ 26 aa, incidente motociclistico, Grado III - ISS 30 (Fig. 2):

- Fissurazione dell'aorta toracica discendente;
- Emomediastino ed emotorace sinistro;
- Emorragia subaracnoidea biparietale al vertice;
- Lacerazione della pleura mediastinica, emotorace sinistro;
- Contusione polmonare.

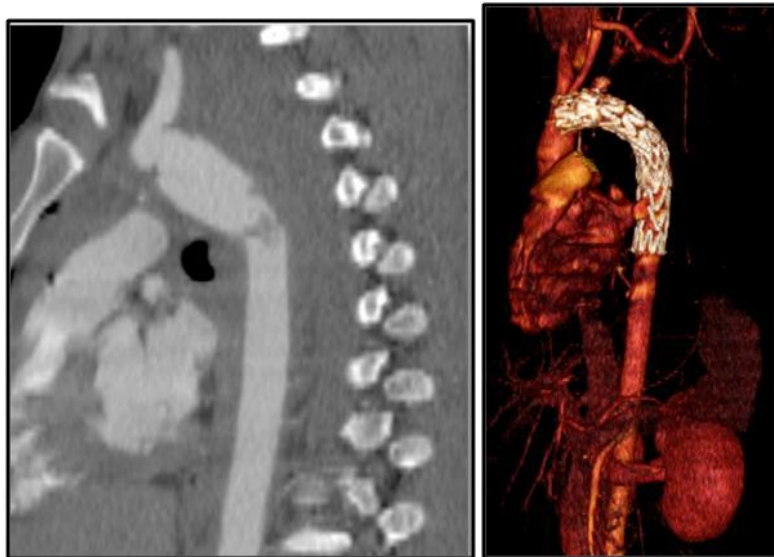


Fig. 2: N.A.C. ♂ 26 aa

Dott. Nazzareno Stella, U.O. Chirurgia Vascolare, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Roma

Per la corrispondenza: renostella@tiscali.it