

Il ruolo attuale della terapia chirurgica 'open'

M. Taurino

La chirurgia tradizionale delle arteriopatie periferiche dagli anni '50 agli anni '80 è stata considerata il "gold standard", indipendentemente dal tratto anatomico interessato e dalla estensione delle lesioni. All'inizio degli anni '80, l'impiego di interventi percutanei è andato via via diffondendosi, pur associandosi a risultati a distanza inferiori alla chirurgia. La combinazione delle variabili dettate dalla indicazione all'intervento (claudicatio o salvataggio dell'arto), dal livello della ostruzione (iliaca comune o altro), dalla severità della lesione (stenosi o ostruzione) e dal "runoff" è fondamentale per prevedere il risultato.

La classificazione TASC indica limiti precisi per la scelta del trattamento endovascolare o chirurgico delle lesioni aorto-iliache. Tuttavia, con il progressivo miglioramento dei materiali e con l'incremento dell'esperienza, si è assistito ad un affinamento importante delle tecniche endovascolari, che oggi possono vantare risultati simili a quelli chirurgici anche per lesioni aorto-iliache estese (TASC C e D), con tasso di complicazioni inferiore.

Classificazione TASC II: lesioni aorto-iliache

Tipo A:	trattamento di scelta	→	endovascolare
Tipo B:	trattamento preferito	→	endovascolare
Tipo C:	trattamento preferito	→	chirurgico
Tipo D:	trattamento di scelta	→	chirurgico

Il trattamento endovascolare delle lesioni della biforcazione aorto-iliaca si è dimostrato sicuro ed efficace. Sesso femminile e diametro della stenosi risultano essere fattori indipendenti che condizionano la pervietà delle lesioni della biforcazione aorto-iliaca.

Anche per il tratto femoro-popliteo, l'indicazione chirurgica è preferibile per lesioni estese e complesse, rispetto al trattamento endovascolare, soprattutto nei casi di ischemia critica.

Classificazione TASC II: lesioni femoro-poplitee

Tipo A:	trattamento di scelta	→	endovascolare
Tipo B:	trattamento preferito	→	endovascolare
Tipo C:	trattamento preferito	→	chirurgico
Tipo D:	trattamento di scelta	→	chirurgico

Nei pazienti con ischemia critica il trattamento chirurgico rappresenta il trattamento di scelta, soprattutto in pazienti con aspettativa di vita superiore a 2 anni e con disponibilità di materiale idoneo (protesi in vena). In ogni tipologia di procedura, la terapia medica di supporto con statine rimane comunque fondamentale (Fig. 1).

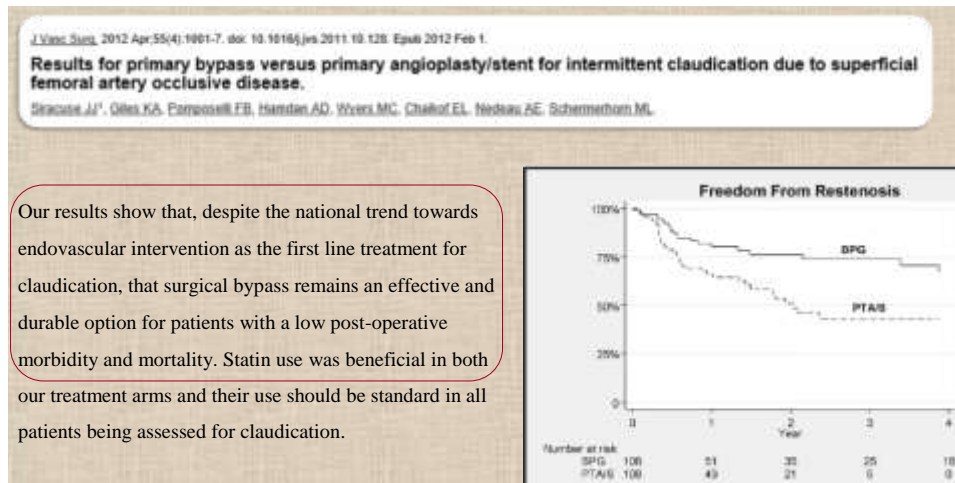


Figura 1

L'impiego sinergico della chirurgia "open" con una procedura endovascolare (procedure ibride) può migliorare significativamente i risultati del trattamento per i casi più complessi. Il trattamento ibrido riduce il numero di laparotomie, limitando la preparazione chirurgica alla regione inguinale, sito di impianto del bypass, riduce la complessità dell'intervento chirurgico, la lunghezza del bypass permette un potenziale aumento della percentuale di pervietà a distanza; garantisce inoltre un miglior run off rispetto al solo trattamento endovascolare.

In conclusione:

- nel distretto aorto-iliaco l'approccio endovascolare ha sempre più un ruolo fondamentale nel trattamento della patologia steno-ostruttiva;
- nel distretto femoro-popliteo-distale il trattamento chirurgico ha tutt'oggi un ruolo primario soprattutto nei pazienti affetti da ischemia critica;
- in combinazione con l'approccio endovascolare, il trattamento chirurgico rappresenta, in casi selezionati, una metodica efficace nel trattamento delle lesioni steno-ostruttive multilivello.

Nella pratica clinica la scelta deve essere guidata non solo dalla distribuzione topografica della TASC II ma anche dalle caratteristiche morfologiche delle lesioni, dalla clinica, dal rischio chirurgico e dal patrimonio vascolare del paziente.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Aihara H, Soga Y, Iida O. et al. Long-term outcomes of endovascular therapy of aortoiliac bifurcation lesions in real-AI registry. J Endovasc Ther 2014; 21: 25-33.

Johnston KW, Rae M, Hogg-Johnston SA et al. 5-year results of a prospective study of percutaneous transluminal angioplasty. Ann Surg 1987; 206: 403-13.

[Norgren](#) L, Hiatt WR, Dormandy JA et al. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). J Vasc Surg 2007; 45: S5-S67.

Ricco JB, Parvin S, Veller M et al. Statement from the European Society of Vascular Surgery and the World Federation of Vascular Surgery Societies; Transatlantic Inter-

Society Consensus Document (TASC) III and International Standards for Vascular Care (ISVaC). Eur J Vasc Endovasc Surg 2014; 47: 118.

Dott. Maurizio Taurino Direttore U.O.C. Chirurgia Vascolare, Az. Osp. Sant'Andrea

Per la corrispondenza: maurizio.taurino@uniroma1.it