

Evoluzione del trattamento endovascolare dell'aorta toracica negli ultimi 20 anni

P. Cao

Il trattamento endovascolare dell'aorta toracica (TEVAR) costituisce un importante strumento terapeutico, ma pone 2 problemi fondamentali:

- 1) la patologia aneurismatica si sviluppa coinvolgendo i rami aortici principali;
- 2) l'anatomia del colletto prossimale (arco aortico) e distale (tratto toraco-addominale) non è sempre favorevole.

Per migliorare la stabilità del colletto prossimale, si può provvedere ad un "debranching" chirurgico (bypass carotido-carotido-succlavio), oppure si può ricorrere alla tecnica "chimney" (Fig. 1).

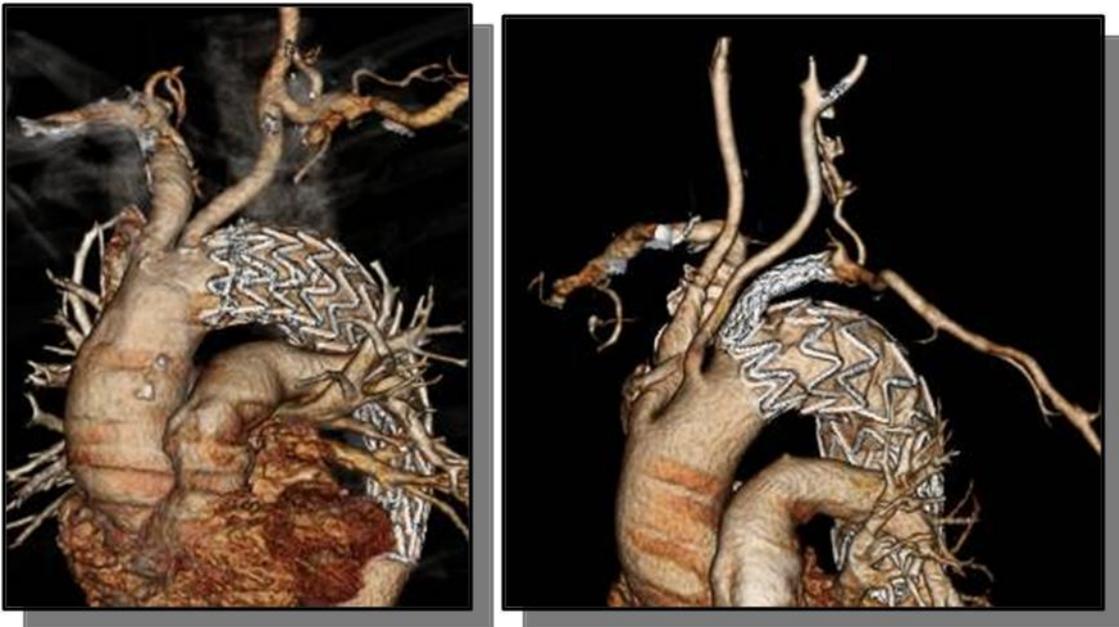


Fig. 1: Bypass carotido-succlavio + TEVAR e TEVAR + "chimney" su succlavia sinistra

Oltre alla necessità di procurarsi un adeguato colletto prossimale per posizionare l'endoprotesi, l'arco pone problemi legati all'interazione con la protesi, spesso poco conformabile. Ne deriva il rischio di lesioni intimali (dissezione retrograda), embolizzazioni (stroke) ed endoleak. Uno dei maggiori problemi è il cosiddetto "bird beak" (Fig. 2).



Fig. 2: endoprotesi

Un altro problema è lo sviluppo di una dissezione retrograda connesso al colletto prossimale, che suggerisce accortezza in termini di "oversizing" dell'endoprotesi.

Per quanto riguarda il rischio neurologico, è importante considerare i seguenti principi:

- rivascularizzare sempre la succlavia sinistra;
- monitorizzare l'ossigenazione cerebrale durante l'impianto;
- debollare il graft accuratamente prima dell'impianto;
- selezionare i casi con patologia aortica a basso a rischio embolico.

Per quanto riguarda il colletto distale, il principale problema è rappresentato dai vasi viscerali, che possono essere trattati con endoprotesi ramificate o fenestrate, con l'impianto contestuale di stent aggiuntivi (Fig. 3).

Infine, altro problema non trascurabile, è la paraplegia nei casi in cui si debba trattare un segmento esteso di aorta toraco-addominale. L'esecuzione di interventi in due tempi sembrerebbe limitare questo problema.

C'è uno spazio endovascolare per le dissezioni tipo A? Pazienti ad alto rischio chirurgico possono essere trattati con materiali endovascolari (Fig. 4), ma la tecnologia deve migliorare per permettere di eseguire procedure sicure con materiali dedicati.

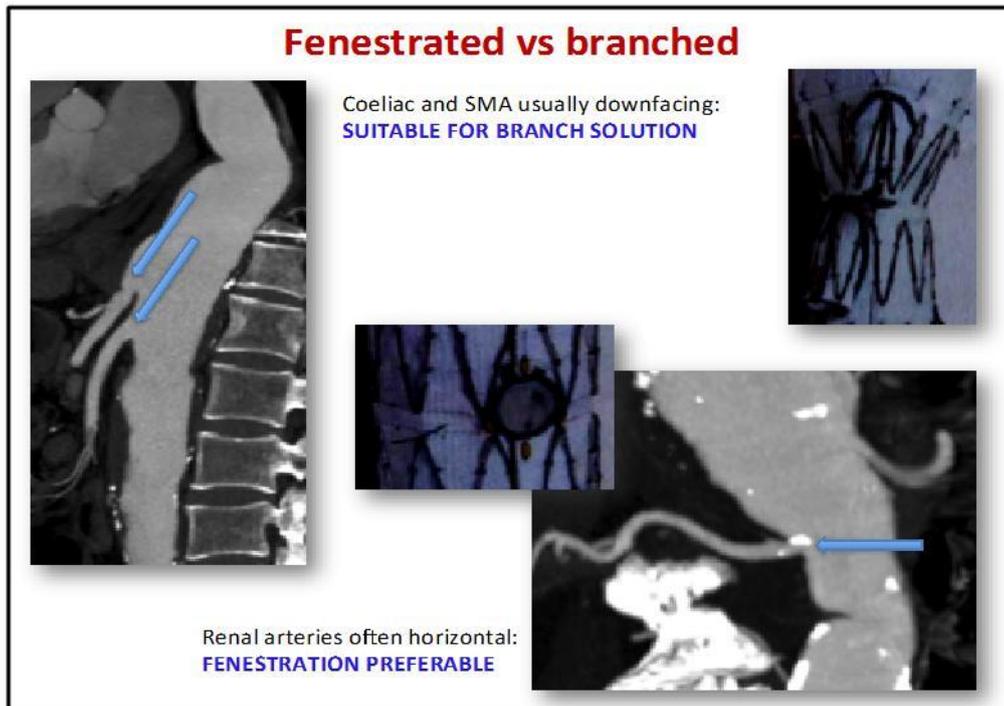


Fig. 3: impianto di stent aggiuntivi

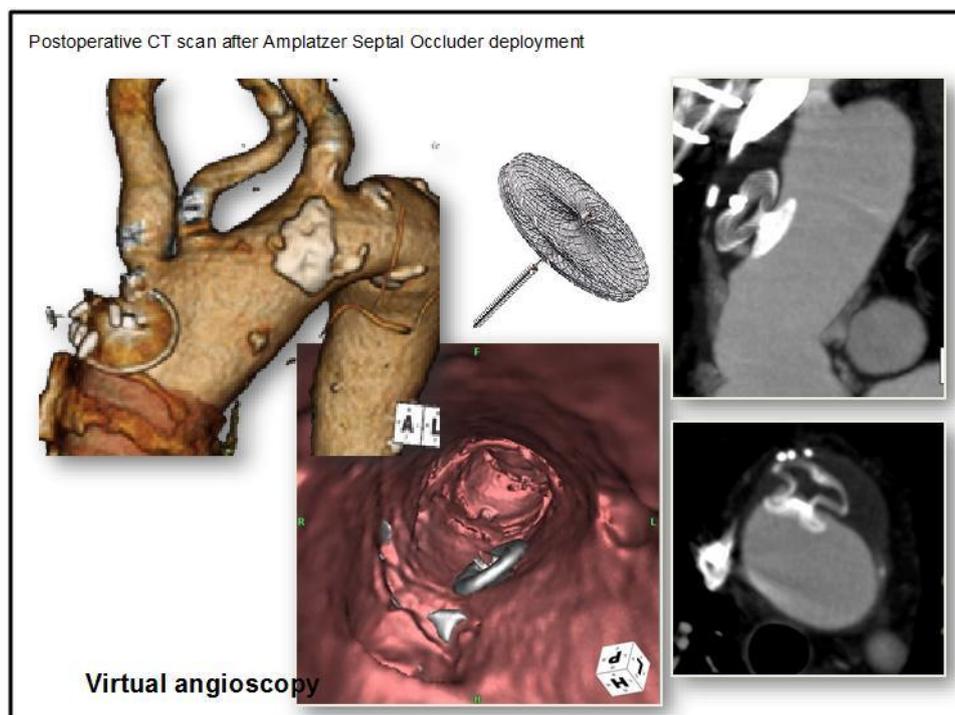


Fig. 4: controllo post-operatorio

“Take home message”

- il trattamento endovascolare dell'aorta toracica e toraco-addominale pone problemi in relazione al colletto prossimale e distale, oltre che alla conformabilità dell'endoprotesi;
- varie tecniche (de branching, chimney) permettono di trattare stabilmente il colletto prossimale, mentre distalmente il ricorso ad endoprotesi fenestrate/ramificate permette di trattare radicalmente l'estensione distale;
- le complicanze neurologiche sono il tallone di Achille di TEVAR, ma la selezione dei pazienti ed il ricorso a tecniche ancillari possono limitarne l'insorgenza.

Prof. Piergiorgio Cao, già Direttore U.O.C. Chirurgia Vascolare, Az. Osp. San Camillo-Forlanini, Roma

Per la corrispondenza: piergiorgio.cao@gmail.com