

## Target diagnostici nel follow-up post-rivascolarizzazione

### F. Montanari

Le principali cause di fallimento delle rivascolarizzazioni mediante bypass in vena o in protesi sono rappresentate da mancata aderenza alla terapia da parte del paziente, da stenosi lungo il bypass o a livello della anastomosi, da stenosi dei vasi a valle.

Meno frequentemente si possono avere complicanze quali la formazione di pseudoaneurismi anastomotici o di fistole artero-venose nei bypass in vena in situ.

Il rischio di fallimento è maggiore in caso di bypass effettuati con vene di piccolo calibro, bypass compositi, anastomosi distale su arteria di gamba o di piede, reinterventi su bypass occlusi.

Il follow-up dei pazienti rivascolarizzati è fondamentale e deve essere di tipo clinico e strumentale. Da un punto di vista clinico è importante sottolineare al paziente l'importanza del controllo dei fattori di rischio cardiovascolare e dell'aderenza alla terapia medica; inoltre, è opportuno valutare sempre i polsi periferici, eventuali variazioni dell'ABI e la ricomparsa dei sintomi.

L'esame strumentale standard per il follow-up è l'ecocolordoppler, che permette di valutare la pervietà del bypass ed eventuali alterazioni emodinamiche, che corrispondono a possibili stenosi (PSV > 300 cm/sec, PSV ratio > 3.0-3.5, PSV lungo il bypass < 45 cm/sec indicano stenosi > 70%).

In caso di alterazioni emodinamiche all'ecocolordoppler, è opportuna l'esecuzione di un esame di II livello come l'angio-TC. L'angio-TC evidenzia trombosi o stenosi del bypass, aree di iperplasia intimale, anomalie di lunghezza, malattie a carico dei vasi a monte (run in) e/o dei vasi a valle (run off).

Seguono alcuni casi clinici.

#### Caso 1

Si tratta di un paziente di 65 anni già sottoposto nel 2008 a bypass aorto-bisiliaco e bypass femoro-popliteo soprarticolare in vena grande safena a sinistra, e nel 2009 a bypass femoro-popliteo soprarticolare in protesi a destra.

A distanza di 5 anni torna alla nostra attenzione per ricomparsa di *claudicatio intermittens* a destra. L'angio-TC evidenzia una stenosi significativa dell'anastomosi prossimale del bypass; pertanto, il paziente viene sottoposto a stenting dell'anastomosi con beneficio.

Un anno dopo, a seguito della comparsa di necrosi del I dito del piede destro, si evidenzia stenosi dell'anastomosi distale. Il paziente viene quindi sottoposto a un prolungamento del bypass mediante un segmento di vena grande safena anastomizzata prossimalmente alla protesi soprarticolare e distalmente all'arteria poplitea sottoarticolare.

L'anno successivo il paziente va incontro a stenosi a livello dei siti anastomotici del bypass e viene quindi sottoposto a ricanalizzazione dell'arteria poplitea sottoarticolare e stenting del tratto terminale del bypass protesico soprarticolare.

Dopo 4 anni, il paziente sviluppa una trombosi intrastent a livello del bypass soprarticolare e viene quindi sottoposto a ricanalizzazione con aterotomo associata a PTA del tronco tibioperoniero e dell'arteria tibiale anteriore.

#### Caso 2

Si tratta di un paziente di 68 anni polivasculopatico, sottoposto nel 2012 a stenting dell'arteria iliaca esterna, endoarteriectomia femorale e profundoplastica destra e, alcuni mesi dopo, a bypass tra arteria iliaca esterna e arteria poplitea soprarticolare destra di tipo composito (vena grande safena + protesi).

A distanza di 8 anni, il paziente si ripresenta presso il nostro PS per ischemia acuta dell'arto inferiore destro da occlusione del bypass.

Il paziente viene sottoposto a un trattamento ibrido, consistente in PTA-stenting intrastent a livello di arteria iliaca comune ed esterna e disostruzione tromboembolica secondo Fogarty in senso prossimale e distale, con beneficio fino all'anno successivo, in cui si evidenzia una stenosi del bypass a livello dell'anastomosi tra

vena e protesi che viene sottoposta a PTA-stenting.

In conclusione, il follow up periodico del paziente rivascolarizzato è parte integrante dell'iter terapeutico. Si esegue mediante ecocolordoppler studiando il bypass lungo tutto il suo decorso. In caso di alterazioni, l'angio-TC è essenziale per il completamento diagnostico.

La diagnosi precoce di alterazioni a carico di un bypass, ne consente la correzione in tempi brevi e con molteplici strategie terapeutiche.

Dott.ssa Francesca Montanari, Chirurgia Vascolare Aurelia Hospital, Roma

Per la corrispondenza:  
francesc03.montanari@gmail.com