



Aneurismi dell'aorta addominale - Il rischio di rottura

Data 02 settembre 2007
Categoria cardiovascolare

Una messa a punto su alcuni aspetti critici degli aneurismi dell'aorta addominale. In questa prima parte si parlerà del rischio di rottura.

Gli aneurismi dell'aorta addominale (AAA) sono causati da un processo degenerativo cronico che produce un indebolimento localizzato della parete aortica. La loro storia naturale è caratterizzata da una progressiva espansione ed eventualmente dalla rottura. Si tratta di una patologia caratteristica dell'anziano: si calcola che negli USA circa il 9% dei soggetti > 65 anni abbiano un aneurisma aortico. Negli aneurismi di grosse dimensioni l'intervento chirurgico migliora la sopravvivenza. Per gli aneurismi più piccoli (inferiori a 5 cm di diametro) il trattamento ottimale è ancora dibattuto. In questa prima parte ci occuperemo del rischio di rottura. Seguiranno una seconda parte in cui verrà trattato lo screening e una terza parte che riguarderà la terapia.

Qual è il rischio di rottura degli AAA?

Il rischio di rottura di un AAA aumenta progressivamente con l'aumentare delle dimensioni. Uno studio ha dimostrato che la frequenza di rottura è del 9,4% all'anno per diametri tra 5,5 e 5,9 cm, del 10,2% all'anno per diametri tra 6 e 6,9 cm (19,1% nel sottogruppo con diametro tra 6,5 e 6,9) e infine del 32,5% all'anno per diametri > 7 cm. In uno studio prospettico e randomizzato, denominato ADAM, sono stati paragonati gli esiti dell'intervento chirurgico oppure della sorveglianza (ultrasuoni o TAC) negli aneurismi asintomatici dell'aorta addominale inferiori a 5,5 cm. Dopo 4,9 anni di follow-up non vi era differenza nella sopravvivenza tra i due gruppi. Anche l'United Kingdom Small Aneurysm Trial non aveva mostrato benefici dell'intervento chirurgico dopo 5 anni di follow-up. Però questi risultati vanno interpretati con una certa prudenza: nel gruppo sottoposto a sorveglianza il follow-up era rigoroso e si sottoponevano i pazienti a intervento immediato quando necessario (ben il 61% di questi soggetti andò incontro a intervento riparativo nei 4,9 anni di follow-up perché l'aneurisma aveva raggiunto i 5,5 cm di diametro o più oppure a causa di un rapido ingrandimento o per lo sviluppo di sintomi o di una vera e propria rottura). Nel mondo reale siamo sicuri di riuscire ad ottenere un follow-up così rigoroso? Se così non fosse la mortalità nel gruppo sorveglianza potrebbe essere più alta. Vi sono poi da considerare i dati del follow-up a lungo termine dell'United Kingdom Aneurysm Trial: è vero che a 5 anni la mortalità non differiva tra i due gruppi, però a 9 anni vi era una piccola ma statisticamente significativa differenza nella sopravvivenza nel gruppo sottoposto a immediato intervento chirurgico. In realtà la sopravvivenza media dopo 9 anni di follow-up non differiva molto nei due gruppi: 6,5 anni nel gruppo sorveglianza e 6,7 anni nel gruppo chirurgico. Gli autori hanno dimostrato che la cessazione del fumo era più frequente nel gruppo chirurgico e ciò potrebbe spiegare il miglioramento della sopravvivenza a lungo termine rispetto al gruppo sorveglianza.

Allora, cosa raccomandare per i piccoli aneurismi asintomatici, compresi tra i 4 e i 5,4 cm di diametro? Il follow-up con immediato intervento di riparazione se il diametro supera i 5,5 cm o se divengono sintomatici è probabilmente una scelta sicura e ragionevole. La sorveglianza radiologica dovrebbe essere effettuata ogni 6 mesi perché dal 50% all'80% di questi pazienti potrebbe aver necessità di un intervento nel giro di alcuni anni. Per gli aneurismi > 5,5 cm è più ragionevole raccomandare l'intervento, specialmente nelle donne (che hanno una più elevata frequenza di rottura), tenendo conto delle preferenze del paziente e dell'aspettativa di vita. Questa raccomandazione dovrebbe considerare il rischio operatorio del paziente stesso e del setting clinico in cui si esegue l'intervento, che dovrebbe garantire un buon standard operativo. Questo standard è influenzato molto dall'esperienza del chirurgo e dal livello dell'ospedale. Tuttavia è possibile che per alcuni pazienti selezionati l'intervento sia preferibile anche se l'aneurisma è inferiore a 5,5 cm.

Renato Rossi

Referenze

1. Lederle FA et al. Rupture Rate of Large Abdominal Aortic Aneurysms in Patients Refusing or Unfit for Elective Repair. JAMA 2002; 287: 2968-2972
2. Lederle FA et al for the Aneurysm Detection and Management Veterans Affairs Cooperative Study Group. Immediate Repair Compared with Surveillance of Small Abdominal Aortic Aneurysms. N Engl J Med 2002; 346:1437-1444
3. Lancet 1998; 352: 1649-1655]
4. The United Kingdom Small Aneurysm Trial Participants. Long-Term Outcomes of Immediate Repair Compared with Surveillance of Small Abdominal Aortic Aneurysms. N Engl J Med 2002; 346:1445-1452