

Sorprendere l'aneurisma prima che si rompa

Marina Bosisio
Medicina generale
Monza

La letteratura più recente sollecita alla sorveglianza ecografica dello stato delle pareti aortiche in alcune categorie di pazienti a rischio, ma anche in tutti i maschi anziani.

Il quesito posto da Luigi offre l'occasione di tornare sul tema dello screening e della diagnosi precoce degli aneurismi addominali aortici, di cui *Occhio Clinico* si è già occupato all'uscita del suo primo numero, nel 1995 (1: 6) e nuovamente nel 2003 (3: 18). Negli ultimi anni sono stati pubblicati vari studi clinici e tra questi quattro controllati: due britannici (MASS Group 2002, Scott 1995), uno danese (Lindholt 2005) e uno australiano (Norman 2004). Il loro obiettivo era valutare se lo screening della popolazione generale con l'ecografia fosse in grado di ridurre la mortalità correlata alla patologia aneurismatica e quale fosse il rapporto costo beneficio di questa procedura.

L'analisi dei risultati ha permesso al gruppo Cochrane (Cosford 2007) di esprimere un giudizio favorevole: la giustificazione dello screening ecografico, che prima era solo per la popolazione a rischio (maschi anziani, fumatori o ex fumatori, con familiarità positiva per

aneurisma addominale aortico, soggetti affetti da bronchite cronica), con la pubblicazione dei risultati di questi trial è ora estesa a tutta la popolazione maschile di età avanzata (tra i 65 e i 79 anni), essendosi prodotte le prove di una riduzione significativa della mortalità riferita ad aneurisma addominale; tali prove mancano invece per le donne, per le quali la proposta di screening resta confinata alle situazioni di rischio accresciuto (anziane ipertese, fumatrici o con familiarità per aneurisma). Il rapporto costo beneficio è accettabile, ma richiede un'ulteriore analisi, più approfondita.

Gli studi citati hanno coinvolto complessivamente 12.7891 maschi e 9.342 femmine. Queste ultime sono state indagate solo in uno dei due studi inglesi (Scott 2002). La risposta all'invito allo screening ha superato il 70 per cento rendendo il campione rappresentativo della popolazione generale. È stata dimostrata la riduzione della mortalità legata alla patologia vascolare, ma non di quella generale, che è sovrapponibile a quella del gruppo di controllo. Gli interventi chirurgici eseguiti in urgenza per rottura dell'aneurisma sono diminuiti, mentre sono aumentati quelli in elezione.

Qualora venga proposto uno screening di popolazione, va perciò previsto un aumento del carico di lavoro dei chirurghi vascolari (Kim 2005).

Un'occasione per parlare d'altro

Al di là della risposta alla specifica domanda, la telefonata del paziente poco incline alla frequenza dell'ambulatorio può essere anche (o soprattutto) l'occasione per invitarlo a un colloquio sulla questione del suo rischio cardiovascolare, dovuto al fumo, alla familiarità e allo stress lavorativo. Andranno preventivati controlli della pressione arteriosa e del quadro lipidico plasmatico e un counselling per l'abolizione del fumo di sigaretta: la sospensione del fumo, da sola, riduce la velocità di crescita aneurismatica

LA STORIA

L'anamnesi vascolare non va mandata in fumo

Luigi M, di 50 anni, avendo sempre goduto di buona salute, è uno scarsissimo frequentatore dello studio, anche perché vive prevalentemente fuori città ed è molto impegnato nel suo lavoro.

L'unico suo «neo» è il vizio del fumo, che ha ereditato da entrambi i genitori, ancora accaniti fumatori nonostante l'ormai veneranda età oltre gli 80 anni. Al padre di Luigi, oltretutto, hanno disostruito una carotide l'anno scorso, dopo un TIA e, nel corso degli accertamenti preoperatori per la valutazione del rischio cardiovascolare, gli hanno riscontrato un aneurisma addominale aortico con un diametro di 3,5 cm, per ora tenuto sotto controllo con ecografie periodiche.

Proprio da questa vicenda è scaturito il motivo per cui Luigi mi ha telefonato ieri: vista la situazione vascolare del papà, mi chiedeva se dovrebbe fare qualche accertamento preventivo.

(Verma 2006), tanto che lo stato di fumatore o di ex fumatore è un criterio per cui, secondo le recenti linee guida del Preventive Service Task Force statunitense, a un soggetto può essere offerto lo screening per aneurismi addominali (Fleming 2005).

In questo caso, il paziente è giovane e non rientra ancora nella fascia di età in cui ricercare un aneurisma addominale, pur avendo altri fattori di rischio per la malattia. Qualora si proceda all'esame, è compito del medico di famiglia informare il paziente sulle conseguenze dell'eventuale ritrovamento di un aneurisma, cui viene spesso applicata la metafora della «bomba a orologeria nella pancia», con l'inevitabile conseguenza della perdita della tranquillità e della decisione di farsi operare urgentemente.

Quando operare

Va invece precisato come la necessità dell'intervento dipenda dalla dimensione della dilatazione aortica, nella misura del suo diametro antero posteriore, più accurata di quella del trasverso (USPSTF 2005): se è inferiore a 4 centimetri, va solo monitorato nel tempo, con il primo controllo dopo 1 an-

no o, se è tra i 4 e 4,5 centimetri, dopo 6 mesi; se, invece, l'aneurisma è tra i 4,5 e 5,5 l'intervallo scende a 3-4 mesi. Il paziente va indirizzato al chirurgo quando le dimensioni raggiungono i 5,5 centimetri oppure se si è dimostrata una crescita veloce (1 centimetro all'anno).

Le donne sono considerate a rischio maggiore di rottura e pertanto possono essere inviate al chirurgo anche con aneurismi di dimensioni inferiori; lo stesso vale per i bronchitici cronici, i fumatori e i pazienti con familiarità per rottura dell'aneurisma o ipertesi.

L'aumento progressivo del rischio di rottura degli aneurismi con dimensione pari o maggiori di 5,5 centimetri, confrontata con il rischio di mortalità associato alla chirurgia elettiva, rende ragione della scelta di questa dimensione come limite per il consiglio di intervenire (vedi la tabella 1).

Una riflessione a parte merita l'eventuale presenza di patologie associate, piuttosto frequenti nei soggetti anziani in cui con maggior frequenza vi è riscontro di aneurisma dell'aorta addominale: in questi soggetti il rischio di rottura aneurismatica potrebbe essere controbilanciato dal rischio operatorio, sia che si tratti di intervento a addome aperto sia di riparazione per via endovascolare.

Quest'ultima tecnica viene sempre più utilizzata, con l'obiettivo di ridurre le complicanze della chirurgia maggiore, la necessità di terapia intensiva e i tempi di degenza e, in virtù della sua minore invasività, viene impiegata soprattutto nei soggetti anziani, mediante l'inserimento a livello femorale di una protesi da posizionare nella sede aneurismatica per ridurre il calibro del vaso. La protesi non deve interferire con la circolazione delle arterie renali e mesenteriche, per cui la posizione dell'aneurisma rispetto alle arterie renali deve garantire uno spazio superiore sufficiente per ancorare la protesi senza ostruirle; deve essere inoltre studiato lo stato delle arterie iliache e delle arterie mesenteriche.

Tale intervento, se valutato nei suoi esiti a breve termine, appare ben tollerato, con minor sanguinamento, minore degenza (Prinssen 2004, EVAR Trial 2005, 1 e 2). ▶▶

Surprising an aneurysm before it bursts

Occhio Clinico 2007; 6: 12

Key words

Abdominal aneurysm;
Screening

Summary

Ultrasound screening for aortic abdominal aneurysm reduces mortality when extended to all male smokers or ex-smokers over the age of 65. Indeed, the timing of the surgical operation is a crucial factor in the survival of the patient. The maximum size beyond which an operation is recommended is 5.5 cm; this is smaller for women, smokers, chronic bronchitis sufferers and patients with a family history of burst aneurysm. Periodical monitoring is recommended for aneurysms measuring between 4 and 5.5 cm. As for surgical techniques, endovascular surgery, if evaluated on its short term results, seems to be well tolerated, with less bleeding, less use of intensive therapy and shorter hospitalisation; however, if we analyse the longer term results, there is no reduction in mortality compared with open abdominal surgery.

TUTTI I NUMERI DELLA DILATAZIONE

BOX 1

- Prevalenza nei maschi di età superiore ai 65 anni: 5-10 per cento. Tale prevalenza aumenta nei soggetti fumatori e ipertesi
- Prevalenza nelle femmine: 1,1 per cento
- Mortalità per rottura aneurismatica: oltre all'80 per cento
- Mortalità chirurgica dopo rottura: oltre all'50 per cento.
- Mortalità della chirurgia elettiva: 4-6 per cento (scende a 2 se rischio operatorio basso)
- Rischio di complicanze (non mortali) della chirurgia elettiva: 30 per cento (IMA, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, ischemia del colon, infezioni della protesi)
- Riduzione mortalità specifica nei maschi con lo screening: oltre al 60 per cento
- Numero di maschi dai 65 ai 74 anni non fumatori da sottoporre a studio ecografico per evitare una morte per aneurisma: 1.783
- Numero di maschi fumatori (stessa età) da ecografare per evitare una morte per aneurisma: 500

MAREA MONTANTE	
dimensione aneurismatica	rischio annuale di rottura (%)
< 4 cm	0
4-4,9	0,5-5
5-5,9	3-15
6-6,9	10-20
7-7,9	20-40
>8	30-50

(modificato da Al-Omran 2004)

TABELLA 1

Se però si analizzano gli esiti a distanza, si vede che non vi è riduzione della mortalità rispetto all'intervento classico e che i malati operati con questa tecnica richiedono un monitoraggio continuo per valutare se, nonostante la protesi, la sacca aneurismatica non tenda ad allargarsi, dato il continuo afflusso di sangue dalle arterie lombari e mesenteriche rimaste in comunicazione con la sacca; ciò porrebbe la necessità di un ulteriore intervento, questa volta a cielo aperto (Blankensteijn 2005). L'impianto dell'endoprotesi è stato utilizzato anche nella chirurgia in emergenza in caso di rottura e, a differenza della chirurgia laparotomica (che è di competenza dei chirurghi vascolari), può essere praticata anche dai radiologi e dai cardiologi.

Bibliografia

Al-Omran M et al. Clinical decision making for endovascular repair of abdominal aneurysm. *Circulation* 2004; 110: 517.

Blankensteijn et al Two years outcomes after conventional or endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. *N Engl J Med* 2005; 352: 2398.

Cosford P et al. Screening for abdominal aortic aneurysm. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Apr 18; 2.

Dillon M et al. Endovascular treatment for ruptured abdominal aortic aneurysm. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 1.

EVAR trial participants. Endovascular aneurysm repair and outcome in patients unfit for open

repair of abdominal aortic aneurysm (EVAR Trial 2): randomized controlled trial. *Lancet* 2005; 365: 2187.

EVAR trial participants. Endovascular aneurysm repair versus open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1): randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365: 2179.

Fleming C et al. Screening for abdominal aortic aneurysm: a best evidence systematic review for the US Preventive Service Task Force. *Ann Intern Med* 2005; 142: 203.

Kim LG et al. Implications of screening for abdominal aortic aneurysm on surgical workload. *Br J Surg*. 2005 Feb; 92: 171.

Il gruppo Cochrane ha pubblicato una revisione degli studi di pazienti con rottura dell'aneurisma che venivano sottoposti o alla chirurgia convenzionale o alla tecnica endovascolare (Dillon 2007). Pur con tutti i limiti di una revisione di casistiche difficilmente confrontabili nelle caratteristiche dei campioni studiati e per l'ovvia mancanza di una reale randomizzazione, la revisione Cochrane conclude che, in soggetti selezionati, questa procedura può dare tre vantaggi:

- minori perdite ematiche durante l'intervento;
- minore necessità di terapia intensiva;
- minore mortalità.

Deve essere ancora ricordato che lo screening degli aneurismi va proposto se il contesto è favorevole, vale a dire se, fatta la diagnosi, si possono garantire al paziente strutture operatorie sicure e affidabili.

Se nulla si trova, si cerchi con calma

Le linee guida non danno indicazioni precise sul comportamento da tenere se non si riscontra alcuna dilatazione aortica.

In questo caso, visto che Luigi è ancora giovane, si può riproporre un'ecografia a distanza di dieci anni.

Riferendosi sempre agli studi pubblicati, il rischio di trovare successivamente aneurismi nei soggetti risultati negativi alla prima ecografia sembra essere molto basso. ■

Lindholt JS et al. Screening for abdominal aortic aneurysm: single centre randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 330: 750.

Norman PE et al. Population based randomized controlled trial on impact of screening on mortality from abdominal aortic aneurysm. *BMJ* 2004; 329: 1259.

Prinssen M et al. for the Dutch randomized Endovascular Aneurysm management trial (DREAM) group. A randomized trial comparing conventional and endovascular repair of AAA. *N Engl J Med* 2004; 351: 1607.

Scott RA et al. Randomized clinical trial of screening for abdominal aortic aneurysm in women. *Br J Surg* 2002; 89: 283.

Scott RAP et al. The five years results of a control study of screening for aortic aneurysm. *Br J Surg* 1995; 82: 561.

The Multicentre Aneurysm Screening Study Group. Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomized clinical trial. *Lancet* 2002; 360: 1531.

US Preventive Service Task Force. Guidelines for screening for abdominal aortic aneurysm. *USPSTF Updates*, 2005.

Verma S. Regression of aortic aneurysm through pharmacologic therapy? *New Engl J Med* 2006; 354: 2067.