

## Aneurisma aortico: dalla diagnosi al follow-up

**Mauro Marin**

Medico di medicina generale  
Pordenone, AIMEF

*La diagnosi precoce degli aneurismi addominali asintomatici riveste importanza per l'alta mortalità correlata alla loro rottura e per le possibilità di monitoraggio con diversi strumenti, anche non invasivi. Spesso i casi emergono in occasione di screening per altre patologie, ma nel sospetto l'esame obiettivo non può prescindere da un'attenta palpazione addominale*

**L**o screening per l'aneurisma dell'aorta addominale è stato proposto per gli anziani di sesso maschile, in considerazione dell'alta prevalenza di aneurisma riscontrata nella fascia dei 65-75 anni d'età e non solo in soggetti ad alto rischio cardiovascolare. L'importanza di una diagnosi precoce dei casi asintomatici è data dall'alta mortalità per la rottura dell'aneurisma aortico e dalle possibilità di monitoraggio con mezzi non invasivi e di intervento medico e chirurgico che conducono al riconoscimento dei casi misconosciuti. Gli aneurismi aortici sono 2-5 volte più frequenti nei pazienti di sesso

maschile e nel 25% dei casi si rileva anche una familiarità, con il riscontro di un parente di primo grado affetto dalla stessa patologia.

Si definisce aneurisma aortico una dilatazione segmentaria del lume superiore a 1.5-2 volte il normale diametro dell'aorta, che può essere localizzata a livello toracico, toraco-addominale o addominale. Questi ultimi per il 90% sono localizzati a livello para-renale.

Si intende invece per dissezione aortica una lacerazione dell'intima, con scollamento degli strati di parete arteriosa ed ematoma intramurale, che può complicare oppure causare un aneurisma aortico, prevalentemente a livello toracico.

### Diagnosi

Un aneurisma asintomatico dell'aorta toracica può essere diagnosticato già con una radiografia del torace di screening, mentre un'aneurisma addominale può essere evidenziato alla palpazione dell'addome come una tumefazione pulsante quando supera i 4 cm di diametro aortico nei soggetti non obesi, oppure può essere rilevato con un'ecografia dell'addome di screening.

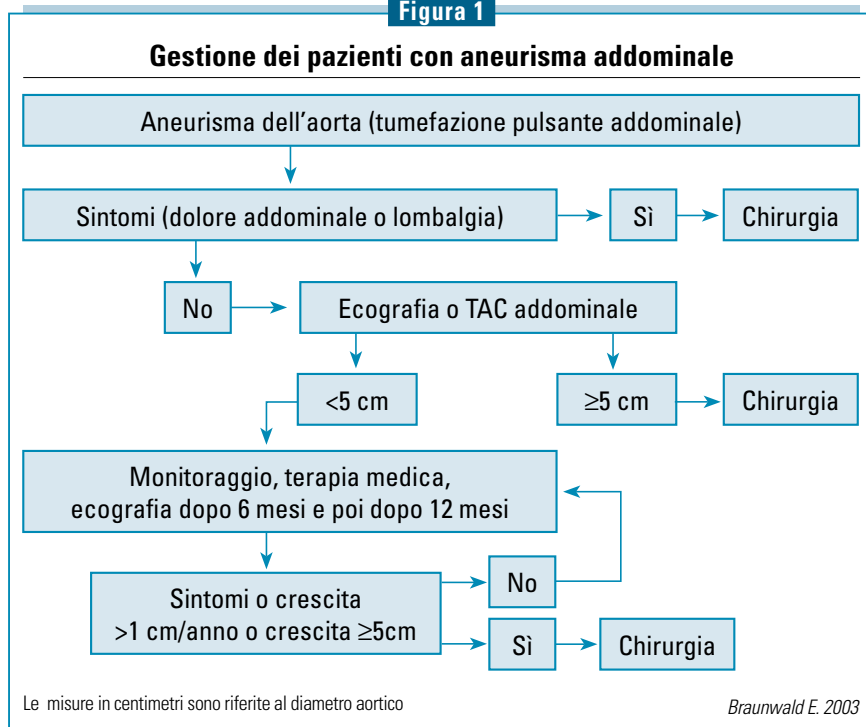
L'angiografia rappresenta l'esame più sensibile per diagnosticare una rottura e una dissezione aortica, seguito dalla risonanza magnetica, mentre l'altrettanto affidabile tomografia computerizzata rimane ancora l'esame più spesso accessibile ai pazienti che si presentano in pronto soccorso per addome acuto o dorso-lombalgia acuta da sospetta rottura di aneurisma.

L'aneurisma aortico è spesso associato a coronaropatia, arteriopatia obliterante agli arti inferiori e insufficienza valvolare aortica, che pertanto vanno ricercate mediante ECG, ECG da sforzo, eventuale coronarografia, ecocardiografia ed eco-doppler arterioso agli arti inferiori.

In sede anamnestica è utile rilevare fattori di rischio cardiovascolare, pregressi traumi e infezioni, patologie familiari del connettivo, sindrome di Marfan e ricercare la patologia nei familiari anziani di sesso maschile.

All'esame obiettivo si può rilevare, oltre a una tumefazione pulsante addominale, un soffio diastolico sul focolaio aortico in caso di insufficienza aortica, una riduzione dei polsi periferici in caso di arteriopatia agli arti inferiori, una differen-

**Figura 1**



za significativa di pressione arteriosa misurata ai quattro arti e un soffio carotideo, succlavio, femorale o dell'aorta addominale.

### Monitoraggio

Il monitoraggio dell'aneurisma asintomatico diagnosticato va effettuato secondo le indicazioni riportate nelle figure 1 e 2.

### Terapia

I fattori di rischio per rottura dell'aneurisma aortico sono il dolore, che è indicativo di espansione, l'accertata rapida espansione e il diametro aortico superiore ai 5-6 cm, per cui le indicazioni chirurgiche principali per l'aneurisma aortico si riassumono in:

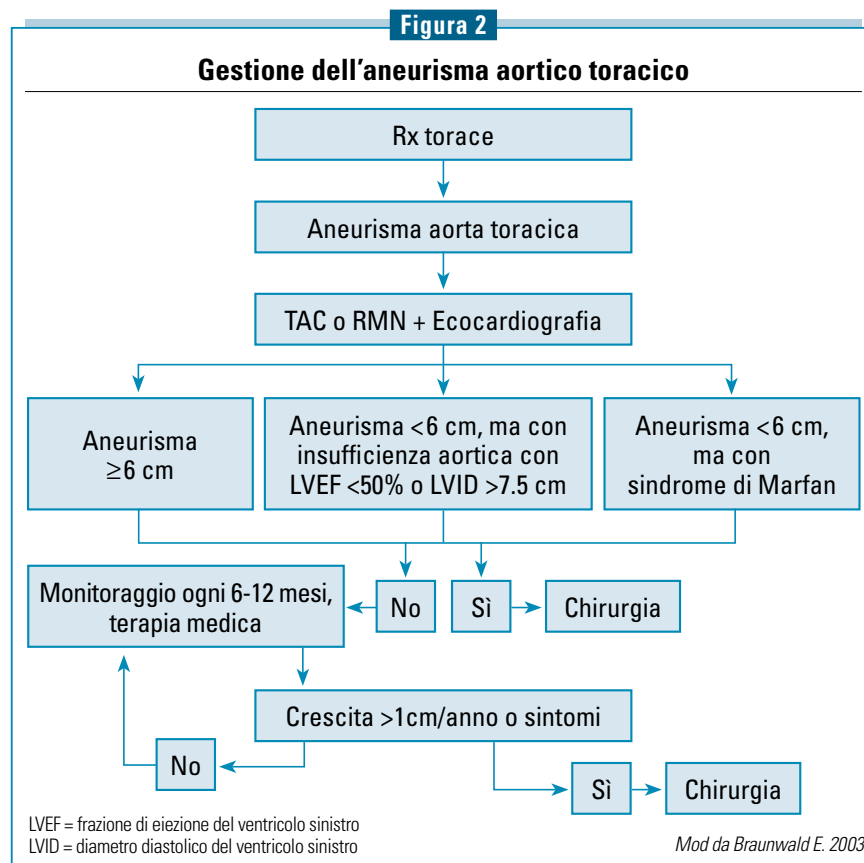
1. sintomi di espansione, in particolare dolore;
2. diametro dell'aorta toracica maggiore di 6 cm o diametro dell'aorta addominale maggiore di 5 cm;
3. tasso di crescita del diametro aortico maggiore di 1 cm/anno.

In presenza di questi rilievi il paziente va subito inviato a consulenza chirurgica. Il momento e il tipo di intervento dipendono dalle condizioni del paziente, che possono richiedere una preliminare valutazione cardiologica.

Gli aneurismi dell'aorta toracica coinvolgenti la radice aortica e associati a insufficienza aortica spesso richiedono una sostituzione combinata dell'aorta toracica e della valvola aortica, con un rischio operatorio aggiuntivo.

Gli aneurismi dell'aorta addominale spesso possono essere trattati con l'impianto di stent intraluminari, posizionati in sito mediante un catetere a palloncino, introdotto attraverso un'incisione diretta dell'arteria femorale. Questa tecnica esclude l'aneurisma dalla circolazione, in quanto il flusso di sangue scorre all'interno dello stent e lo spazio tra stent e parete aneurismatica si trombizza gradualmente.

I fattori di aumentato rischio intraoperatorio comprendono l'infarto miocardico, l'angina pectoris insta-



bile, lo scompenso cardiaco, il diabete mellito e l'età avanzata.

Le principali complicanze post-operatorie includono l'infarto miocardico, l'insufficienza renale e, solo negli aneurismi dell'aorta toracica, la paraplegia secondaria a ischemia spinale nel 5% dei casi, l'ictus e/o manifestazioni neuropsichiatriche nel 10-15% dei casi.

Va peraltro rilevato che, in caso di rottura aneurismatica, muore il 60% dei pazienti prima di arrivare in sala operatoria e il 50% dei pazienti operati.

Il trattamento post-operatorio include i seguenti interventi da parte del medico curante:

1. controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, in particolare della pressione arteriosa utilizzando i betabloccanti quando possibile, dato che sembrano ridurre il rischio di rottura dell'aneurisma;
2. monitoraggio della terapia anti-coagulante orale;
3. profilassi antibiotica nei portatori di protesi valvolari;

4. programma di monitoraggio mediante ecografia o TAC dell'aorta. Va rilevato che la riduzione del rischio cardiovascolare è ottenibile anche modificando lo stile di vita per diminuire lo stress psicologico e utilizzando le statine nei pazienti con proteina C reattiva elevata, anche senza altri fattori di rischio noti.

### BIBLIOGRAFIA

- Badger SA et al. Advantages and pitfalls of abdominal aortic aneurysm screening in high-risk patients. *Vascular* 2008; 16: 201-6.
- Braunwald E. Primary Cardiology, Elsevier Inc. NY, USA 2003.
- Dapunt OE et al. The natural history of thoracic aortic aneurysms. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1994; 107: 1323-1332.
- Hamer M. Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: pathophysiological and behavioral mechanisms. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52: 2156-62.
- Missirolli C. Nontraumatic emergencies of abdominal aorta. *Semin Ultrasound CT MR* 2008; 29: 369-77.
- Ridker PM et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *NEJM* 2008; 359: 2195-207.
- Shores J et al. Progression of aortic dilatation and the benefit of long-term beta-adrenergic blockade in Marfan's syndrome. *NEJM* 1994; 330: 1335.