

G. MALACRIDA - E. M. BORTOLANI - P. MINGAZZINI
P. L. VANDONE - M. ERBA

CONSIDERAZIONI SUL TRATTAMENTO CHIRURGICO DI ARTERIOPATIE ARTERIOSCLEROTICHE POLIDISTRETTUALI ASSOCIATE ⁽¹⁾

RIASSUNTO — La malattia arteriosclerotica ha carattere sistemico, va dunque esaminata la gravità delle lesioni nei diversi distretti arteriosi. L'indicazione chirurgica deve tener conto non solo delle lesioni arteriose e delle sintomatologia, ma soprattutto dell'importanza del distretto interessato. Gli autori analizzano in un campione di pazienti con lesioni multifocali la priorità di distretto arterioso per correzioni chirurgiche in più tempi, piuttosto che l'opportunità di praticare interventi associati in più distretti in una sola seduta.

PAROLE CHIAVE — Lesioni arteriosclerotiche polidistrettuali. Interventi associati o in più tempi.

SUMMARY — Atherosclerosis is a systemic disease, the importance of lesions in different arterial district should therefore be investigated. The guidelines for a correct surgical indication are not only the severity of vascular lesions and sintomatology, but chiefly the importance of the affected district. Authors analyze on a sample of multy-focal atherosclerotic patients the distrectual priority in surgical staged treatment and the opportunity to perform combined simultaneous intervencion. The results thus obtained are reported.

KEY WORDS — Multifocal atherosclerotic lesions. Staged or combined surgical treatment.

Clinica Chirurgica II - Università di Milano - (Direttore: Prof. U. RUBERTI).

⁽¹⁾ Comunicazione tenuta al 1° Congresso Nazionale Associazione Chirurghi per l'Aggiornamento Professionale (A.N.C.A.P.), Varese, 12 novembre 1983.

I pazienti che giungono all'osservazione clinica per una sintomatologia ischemica di un distretto arterioso dovuta a lesione di tipo arteriosclerotico presentano, nella maggioranza dei casi, alterazione anche in altri territori arteriosi.

Il chirurgo vascolare dovrà quindi procedere ad una attenta valutazione delle alterazioni presenti nei vari distretti circolatori onde scegliere nel singolo paziente l'intervento o gli interventi chirurgici correttivi più opportuni, stabilendo in questo secondo caso la sequenza temporale più corretta.

Saranno infatti le alterazioni della irrorazioni dei parenchimi nobili (encefalo, miocardio) a dover essere trattate per prime; queste potrebbero, anche se asintomatiche, comportare un rischio operatorio inaccettabile per la rivascolarizzazione di un altro distretto ischemico sintomatico.

Nella casistica considerata nell'80% dei pazienti si riscontravano lesioni associate tra distretto cerebrale e distretto periferico. In questi casi le stenosi angiograficamente ed emodinamicamente significative dei tronchi sopraortici, se aggredebili chirurgicamente, hanno indicazione primaria rispetto alla rivascolarizzazione degli arti. Le stenosi emodinamicamente con significative sono invece trattate in prima istanza nel caso abbiano dato una pregressa sintomatologia o in previsione del fatto che possano diventare emodinamicamente significative in presenza di ipotensione nel corso di interventi di rivascolarizzazione in altri distretti. Qualora poi le lesioni dei tronchi sopraortici non siano trattabili chirurgicamente o comportino un rischio operatorio troppo elevato, esse sconsigliano in ogni caso chirurgiche impegnative in altri distretti. In tali pazienti sarà indicato il trattamento medico o mediante interventi di minimo effettuabili senza anestesia generale.

La presenza di lesioni arteriosclerotiche significative a livello coronarico può aumentare in modo rilevante il rischio operatorio. Le brusche variazioni circolatorie che possono instaurarsi al momento del clampaggio o declampaggio aortico, le possibili emorragie ed ipotensioni di qualsiasi intervento di rivascolarizzazione possono ripercuotersi su un circolo coronarico leso determinando le lesioni irreversibili.

Pratichiamo dunque rivascolarizzazione coronarica in prima istanza in pazienti che presentino coronarosclosi con indicazione chirurgica, associata a lesioni di altri distretti meno nobili che necessitino anch'essi di essere sottoposti a procedura chirurgica.

Il dubbio sulla priorità può porsi in caso di lesioni contemporanee dei vasi cardiaci e cerebrali. In tale situazione le indicazioni chirurgiche nei singoli distretti vanno accuratamente valutate sia singolarmente ma soprattutto in funzione del rischio operatorio da esse determinato durante l'intervento nell'altro distretto. La procedura chirurgica in un tempo di rivascolarizzazione carotidea-coronarica attuata in pazienti opportunamente selezionati si è ormai dimostrata ca-

pace di ridurre la mortalità rispetto al trattamento delle due patologie in differenti sedute operatorie.

Riserviamo la correzione in più stadi, con precedenza al distretto carotideo, quando i pazienti sono affetti da angina stabile, senza recenti episodi di scompenso, e angina stabile, senza recenti episodi di scompenso, e con una sintomatologia cerebrale che attraverso ripetuti TIA faccia temere un imminente infarto cerebrale.

Un discorso a parte meritano le lesioni di tipo aneurismatico dell'aorta; esse implicano infatti un'urgenza di trattamento, soprattutto nell'imminente pericolo di rottura, ovviamente maggiore di quello di tipo obliterativo.

Il pericolo di vita impone in questi casi la ricostruzione del tratto aortico fissurato anche in presenza di lesioni dei vasi cerebrali o coronarici.

Gli interventi in elezione per aneurismi dell'aorta addominale e dei suoi rami così come per lesioni obliterative del tratto aortico-iliaco, vanno invece posti alla correzione di lesioni rilevanti a livello carotideo o coronarico.

Le lesioni arteriosclerotiche e dei rami viscerali dell'aorta addominale vengono trattate in un tempo con le lesioni associate dell'aorta stessa. In particolare siamo soliti trattare le stenosi dell'arteria renale durante gli interventi di ricostruzione del tratto aorto-iliaco-femorale così come stenosi dei vasi intestinali che condizionano un'ischemia celiaco-mesenterica.

Particolare considerazione merita il trattamento della impertensione neurovascolare in presenza di lesioni stenotiche dei tronchi sopraortici. La circo cerebrale può essere in questi casi favorita dall'alto regime pressorio ed il ritorno a normotensione potrebbe condizionare una sofferenza ischemica. Correggiamo quindi in prima istanza le lesioni ai tronchi sopraortici ponendo la massima attenzione nel controllo postoperatorio della pressione arteriosa onde che il distretto encefalico sottoposto ad un alto regime pressorio senza la protezione della stenosi sviluppi un'opposta sindrome da rivascolarizzazione.

CASISTICA

Dall'ampia casistica di arteriopatici trattati presso l'Istituto di Patologia Chirurgica II dell'Università degli Studi di Milano, diretto dal Prof. Ruberti, abbiamo considerato un gruppo ristretto di 45 pazienti: tutti presentavano angiograficamente evidenti lesioni localizzate in più distretti arteriosi: nel 69% abbiamo praticato un solo intervento, nel 20% dei casi è stato praticato uno staging, abbiamo cioè sottoposto i pazienti a procedure chirurgiche correttive nei diversi distretti in sedute operatorie successive. La precedenza è stata data alla rivascolarizzazione dei tronchi sopraortici, rimandando in un secondo tempo la correzione di lesioni aorto-iliaco-femorali ed il trattamento, in 3 casi, di ipertensione neurovascolare. Abbiamo praticato procedure chirurgiche contemporaneamente in più distretti nell'11% dei casi (Tab. 1, 2, 3).

CONCLUSIONI

Il paziente arteriopatico necessita di un'attenta valutazione onde riconoscere le possibili localizzazioni polidistrettuali della malattia.

L'indicazione chirurgica va posta primariamente per le lesioni che interessano i parenchimi nobili (encefalo, miocardio) e che possono essere causa di complicanze gravissime od anche di un elevato rischio operatorio per il trattamento di lesioni sclerotiche in altri distretti.

La correzione chirurgica di più localizzazioni in un'unica seduta operatoria può vantaggiosamente affiancarsi in alcuni casi particolari agli interventi in più tempi, come riportato nella casistica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BERNHARD V.M., PETERSON J.J.: *Carotid artery stenosis; association with surgery for coronary artery disease*. Arch. Surg., 105: 837, 1972.
- 2) CARNEY V.I., STEWART W.B.: *Carotid bruit as a risk factor in aorto-iliac reconstruction*. Surgery 81: 567, 1977.
- 3) CRAWFORD E.S., PALAMARA A.E.: *Carotid and non coronary operations: simultaneous, staged and delayed*. Surgery, 87: 1, 1980.
- 4) TREIMAN R.L., FORAN R.F.: *Carotid bruit: a follow-up report on its significance in patients undergoig an abdominal aortic operation*. Arch. Surg., 114: 1138, 1979.

