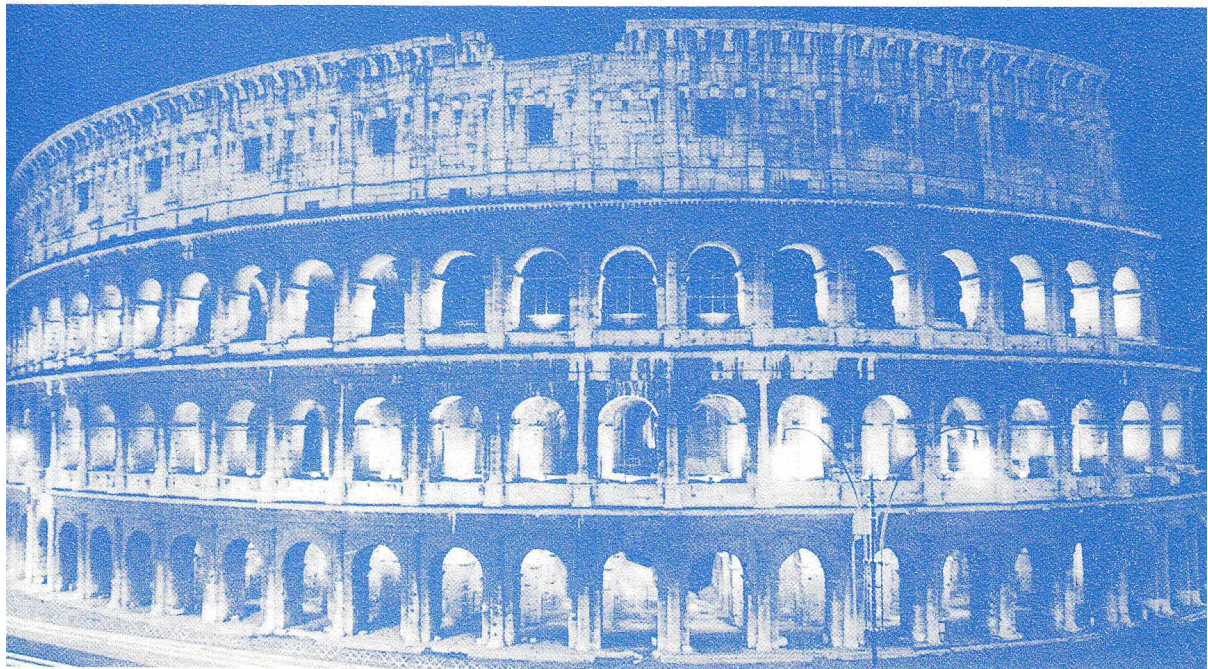


SOCIETÀ
ITALIANA
DI
CHIRURGIA

94° Congresso
SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA

Roma, 25-29 Ottobre 1992



EDIZIONI MINERVA MEDICA

TORINO 1992

IL PROGRAMMA 26:
SCREENING EPIDEMIOLOGICO CONDOTTO
SULLA POPOLAZIONE DI UNA CITTÀ DELLA LOMBARDIA
IN SOGGETTI DI SESSO MASCHILE DI ETÀ COMPRESA
TRA 65 E 85 ANNI PER LA INDIVIDUAZIONE DI ANEURISMI
DELL'AORTA ADDOMINALE.
SIGNIFICATO E RISULTATI PRELIMINARI

De Amicis P., Piglionica M. R., Abbritti F., Mingazzini P. M.,
Maggi F.*, Catapano A.*, Biasi G. M.

*Università degli Studi di Milano
Istituto di Chirurgia Generale e Cardiovascolare
*Istituto di Scienze Farmacologiche
Ospedale Bassini - Cinisello Balsamo (MI)
Cattedra di Chirurgia Vascolare Divisione Chirurgia Vascolare*

INTRODUZIONE

La malattia aneurismatica dell'aorta addominale è una patologia in aumento negli ultimi decenni. Essa infatti rappresenta negli USA la 13° causa di morte con 15.000 decessi/anno (6).

Varie serie autoptiche dimostrano un'incidenza di malattia aneurismatica compresa fra 1.8 e 6.6 %; mentre per quanto riguarda i nuovi casi, sempre da ricerche condotte negli USA, vengono scoperti da 15 a 37 aneurismi per 100.000/ab/anno, con marcata differenza per le diverse fasce di età.

L'incidenza di nuovi casi è infatti praticamente nulla al di sotto dei 40 anni, è di circa 2/100.000 nella decade fra i 40 e 50 anni e raggiunge addirittura i 283 nuovi casi per 100.000/ab/anno per soggetti al di sopra degli 80 anni(5).

Negli anni scorsi il progressivo aumento dell'incidenza degli aneurismi dell'aorta addominale era stato attribuito ad una più diffusa consapevolezza della malattia, ed alla maggiore utilizzazione di esami diagnostici quali ecografia e tac, che sono particolarmente affidabili nella diagnosi di aneurismi dell'aorta addominale. Lavori più recenti, mettendo a confronto casistiche autoptiche degli anni '60 con quelle degli anni '80, hanno dimostrato invece un sicuro aumento dell'incidenza di aneurismi, non giustificato solamente dai miglioramenti diagnostici.(4,8)

Un elemento di basilare importanza nel motivare uno screening sulla popolazione è dato dal fatto che la malattia aneurismatica dell'aorta addominale è generalmente asintomatica o scarsamente sintomatica sino al momento della rottura, ciò è confermato dalle sempre più frequenti diagnosi accidentali in seguito ad ecografia o tac effettuati per altre cause.

La rottura dell'aneurisma rappresenta d'altronde la conclusione più frequente della storia naturale di questa malattia. Possiamo stimare che la metà di tutti gli aneurismi dell'aorta addominale si romperanno se non trattati(2). Il rischio di rottura aumenta con il suo diametro, infatti a conferma della legge di Laplace, l'aumento medio di diametro degli aneurismi dell'aorta addominale di 3 cm è di 0.22 cm/anno(1), mentre per aneurismi di 4-5 cm esso è di 0.5-0.8 cm/anno(7,3)

Per la determinazione dei diametri aortici è stato scelto il metodo ecografico in quanto è ormai da più parti dimostrato l'assoluta attendibilità della metodica, associata ad un basso costo di esecuzione ed alla totale non invasività del metodo.(5) Abbiamo utilizzato un'apparecchiatura Ecocolordoppler modello Acuson 128, dotato di sonde lineari e settoriali da 3 - 5- e 7 MHz, che ci ha consentito sempre di valutare correttamente il diametro esterno dell'aorta, lo spessore parietale e il lume residuo. L'indagine è stata condotta con scansioni longitudinali e trasversali con lo scopo di evidenziare e quindi escludere false dilatazioni dovute a curvature o ginocchi delle arterie. L'aorta è stata indagata a partire dall'emergenza delle a. renali comprese fino alla sua biforcazione alle a.iliache; in presenza di aneurismi e/o di dilatazioni isolate delle iliache, l'esame è esteso a quest'ultime, alle arterie femorali e, in considerazione dell'incidenza di aneurismi multipli riscontrati in letteratura in questa sede, all'a. poplitea. Questioni deontologiche, pur disgiunte dallo scopo del Programma 26 vero e proprio, ci hanno consigliato di eseguire un esame Ecocolordoppler anche dei tronchi sovraortici in quei pazienti che, all'anamnesi o all'obiettività clinica, siano risultati portatori di una patologia aterosclerotica significativa in questo distretto.

RISULTATI

Sono stati complessivamente sottoposti a studio ecografico dell'aorta addominale sottorenale 527 pazienti con il riscontro dei seguenti valori:

Aorta con diametro inferiore o uguale a 20 mm.:	416 (78.9%)
Aorta con diametro compreso tra 20 e 30 mm.:	91 (17.3%)
Aorta con diametro superiore a 30 mm.:	20 (3.8%)

Nelle diverse fasce di età invece i valori sono risultati così suddivisi:

Pazienti di 65 anni, (149)	
fino a 20 mm.:	115 (77.2%)
20 - 30 mm.:	29 (19.5%)
oltre 30 mm.:	5 (3.3%)

Pazienti di 75 anni, (348)	
fino a 20 mm.:	280 (80.4%)
20 - 30 mm.:	54 (15.5%)
oltre 30 mm.:	14 (4.1%)

Pazienti di 85 anni, (30)	
fino a 20 mm.:	21 (70%)
20 - 30 mm.:	8 (26.6%)
oltre 30 mm.:	1 (3.4%)

Questi risultati sono in accordo con la Letteratura Internazionale; dobbiamo solo segnalare che tra i pazienti di 75 anni segnalati come portatori di A.A.A. sono compresi 4 pazienti precedentemente operati per la stessa patologia, e che quindi

sono stati considerati, ai fini dell'incidenza, come aneurismatici.

Anche dai nostri dati emerge l'incremento percentuale dell'incidenza in misura direttamente proporzionale all'età. Fa eccezione la fascia di età degli ottantacinquenni che risulta però numericamente troppo ridotta per essere attendibile.

Per quanto concerne invece i fattori di rischio, da noi considerati, abbiamo ottenuto globalmente i seguenti valori:

FUMO:	12.7%
IPERTENSIONE:	16.9%
DIABETE:	5,9%
OBESITA':	6.4%
DISLIPIDEMIA:	13.3%

Nei pazienti portatori di aneurisma abbiamo invece riscontrato i seguenti valori:

FUMO:	15%
IPERTENSIONE:	40%
DIABETE:	5%
OBESITA':	10%
DISLIPIDEMIA:	15%

Dall'analisi di questi risultati appare evidente come, fatta forse eccezione per i valori di pressione arteriosa, non esista alcuna correlazione tra presenza dei più comuni fattori di rischio della malattia aterosclerotica e lo sviluppo di una patologia aneurismatica. Anche questo dato, del resto, è in accordo con i dati della Letteratura.

Ben diversa è invece la correlazione tra presenza di aneurisma e patologia arteriosclerotica a carico dei tronchi sovra aortici: un soffio carotideo è stato riscontrato nel 21% dei pazienti e tra questi ben il 35%, successivamente sottoposto a studio ecocolordoppler dei TSA, è risultato portatore di una stenosi carotidea emodinamicamente significativa o sintomatica e per questo sottoposto ad intervento di TEA carotideo. Questo dato è comunque da intendersi ancora come riduttivo in quanto è dimostrato che una significativa percentuale di lesioni carotidee non adito ad alcun riscontro clinicamente obiettivabile.

DISCUSSIONE

Uno degli scopi principali che si prefigge lo studio in oggetto è quello di definire la reale incidenza degli aneurismi nella popolazione, per questo infatti le statistiche autoptiche non possono essere completamente attendibili, giacche' i soggetti sottoposti ad autopsia sono un gruppo selezionato, colpito da morte improvvisa, nella cui patogenesi spesso figura, ad esempio, la malattia aterosclerotica avanzata come causa di morte.

Ugualmente non possono essere attendibili le statistiche basate sulla diagnosi riportata sui certificati di morte, spesso

imprecisi, e che possono attribuire lo stesso decesso da rottura di aneurisma aortico ad altre cause, come ad esempio un generico collasso cardiocircolatorio.

L'utilizzazione, come nel nostro studio, di diagnostica con ultrasuoni, condotta da colleghi esperti, fornisce viceversa dei dati sicuramente accurati sulla malattia.

Abbiamo limitato lo screening ad individui di sesso maschile, data la maggiore incidenza in questi della malattia. Negli Stati Uniti è riferita infatti una frequenza 4 volte maggiore quale causa di morte nei maschi rispetto alle femmine(6), una proporzione simile è stata riscontrata anche in Australia.

Abbiamo poi scelto di esaminare soggetti in età avanzata, dal momento che la frequenza di aneurisma dell'aorta addominale cresce notevolmente con gli anni: dai 55-64 anni sino agli 85 e oltre vi è infatti un aumento di 10 volte nelle morti dovute ad aneurismi dell'aorta addominale.(2)

D'altronde, anche se lo studio condotto su una popolazione di età più avanzata può fornire una maggiore incidenza di diagnosi di aneurisma dell'aorta addominale, il beneficio del trattamento, quale aspettativa di vita sarebbe senz'altro minore; sarebbe inoltre maggiore la percentuale di soggetti le cui condizioni generali potrebbero scongiurare comunque il trattamento chirurgico.

Il beneficio della chirurgia elettiva sarà invece maggiore nei soggetti più giovani, con massima aspettativa di vita dopo trattamento chirurgico con la più bassa mortalità operatoria (4).

Nella ricerca di un compromesso tra le considerazioni sopradette abbiamo stabilito: 65 anni quale età di riferimento ("Programma '26": soggetti nati nel 1926 e sottoposti a screening nel 1991, data di inizio del nostro studio, all'età di 65 anni), considerando anche il fatto che gli individui che a tale età non dimostrano un aumento del diametro dell'aorta addominale sono probabilmente esenti dal rischio di sviluppare successivamente un aneurisma dell'aorta addominale.

Un'estensione che ci proponiamo di applicare al nostro studio riguarda lo screening dei familiari di soggetti affetti da aneurisma dell'aorta addominale: una maggiore incidenza familiare della malattia è stata già prospettata da anni(6,2). Vogliamo dunque sottoporre ad ecografia i fratelli ed i figli dei portatori di aneurismi.

Un'altra categoria di notevole interesse sono soggetti selezionati attraverso il nostro studio, che presentano una dilatazione dell'aorta, ma non ancora un vero e proprio aneurisma, prendendo come definizione di aneurisma un aumento di diametro dell'aorta sottorenale pari o superiore ad una volta e mezzo il diametro a livello dell'energia delle arterie renali(3). Questi soggetti vengono infatti avviati a periodici controlli, in modo da consentire un intervento in elezione nel momento in cui la dilatazione aneurismatica raggiunga una dimensione tale da richiederlo.

Nella nostra esperienza questa evenienza si è verificata in casi.

In conclusione riteniamo di non associarci alle considerazioni piuttosto ciniche che sono state riportate sugli screening attuati nella popolazione per aneurisma dell'aorta addominale

(7) e cioè che "la diagnosi ed il trattamento di una malattia atta a produrre una morte rapida, improvvisa e poco costosa in individui in età di pensione, e quindi a carico della società è chiaramente un controsenso economico".

Consideriamo invece che il nostro studio, già nei risultati preliminari, mostri la possibilità di evitare in un rilevante numero di casi la morte dei soggetti e di risparmiare complicati e costosi interventi in emergenza, che offrono altresì esito incerto e minore aspettativa di vita.

RIASSUNTO

Il lavoro riporta i risultati ottenuti con uno studio eseguito su di una popolazione maschile non selezionata, di età compresa tra i 65 e gli 85 anni, per la prevenzione della malattia aneurismatica dell'aorta addominale sottorenale.

I pazienti sono stati sottoposti ad una visita angiologica completa e quindi ad un esame eco color doppler dell'aorta.

E' stata valutata l'incidenza della malattia aneurismatica nelle varie fasce di età e la sua correlazione con i fattori di rischio per la malattia arteriosclerotica. La presenza di un aneurisma aortico è stata rilevata nel 3.8% dei pazienti esaminati, in accordo con i dati della letteratura. Tra i vari fattori di rischio comuni, solo l'ipertensione arteriosa, sembra essere presente con percentuale maggiore nei soggetti aneurismatici rispetto ai pazienti sani.

BIBLIOGRAFIA

- 1) COLLIN J., ARAUJO L., WALTON J.
How fast do very small abdominal aortic aneurysms grow?
Eur J Vasc Surg, 1989, 3:15-17
- 2) COLLIN J
Epidemiological aspects of abdominal aortic aneurysm
Eur J Vasc Surg, April 1990, vol.4, N°2, 113-116
- 3) GLIMAKER H., HOLMBERG L., ELVIN A., NYBACKA O., ALMGREN B., BJORCK C.G. and ERIKSSON I.
Natural history of patients with abdominal aortic aneurysm
Eur J Vasc Surg, 1991, 5, 125-130
- 4) JENKINS AMCL., RUCKLEY CV., NOLAN B.
Ruptured abdominal aortic aneurysm
Br J Surg, 1986, 73: 395
- 5) QUILL D.S., COLGAN M.P., SUMNER D.S.
Ultrasonic screening for the detection of abdominal aortic aneurysms
Surgical Clinics of North America, august 1989, vol.69, N°4: 713-720
- 6) REILLY J.M. and TILSON M.D.
Incidence and etiology of abdominal aortic aneurysms
Surgical Clinics of North America, August 1989, Vol.69, N°4: 705-711
- 7) STERPETTI A.V., SCHULTZ R.D., FELDHAUS R.J., PEETZ D.J., FASCIANO A.J., Mc GILL J.E.
Abdominal aortic aneurysm in elderly patients. Selective management based on clinical status and aneurysm expansion rate.
Amer J Surg, 1985, 150:772-6

