

Chirurgia carotidea (tecniche chirurgiche)

J. Marzelle, C. Swaelens, F. Cochenec, P. Desgranges, E. Allaire, J.-P. Becquemin

Le tecniche di chirurgia carotidea sono, essenzialmente, endoarteriectomie e bypass. Una lesione limitata al bulbo carotideo si presta all'endoarteriectomia tramite arteriotomia longitudinale o eversione. Un eccesso di lunghezza è un argomento a favore dell'eversione. Delle lesioni alte sull'arteria carotide interna (ACI) e una piccola ACI sono degli argomenti a favore di una chiusura con patch. Al di fuori delle lesioni specifiche e degli insuccessi intraoperatori dell'endoarteriectomia, la migliore indicazione del bypass è l'esistenza di un'endoarterite che risale per un lungo tratto a monte a livello dell'arteria carotide comune.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Carotide interna; Bulbo carotideo; Endoarteriectomia; Eversione; Angioplastica; Bypass; Ateroma; Displasia; Restenosi; Radioterapia; Paraganglioma; Aneurisma

Struttura dell'articolo

■ Endoarteriectomie	1
Endoarteriectomia a cielo aperto	1
Chiusura	5
Endoarteriectomia per eversione	6
■ Bypass carotideo	9
Materiale	9
Tecnica	9
Utilizzo dello shunt	11
■ Tecniche particolari	12
Coiling e plicature	12
Displasia	13
Dissecazione	13
Aneurismi	13
Restenosi	13
Arteriti attiniche	13
Paragangliomi	14
■ Conclusioni	18

■ Endoarteriectomie

Endoarteriectomia a cielo aperto

Endoarteriectomia longitudinale (Fig. 1)

È la tecnica di base. Essa richiede l'assenza di un eccesso di lunghezza dell'arteria carotide interna (ACI), per evitare una plicatura serrata alla terminazione dell'endoarteriectomia sull'ACI. Per essere precisa, deve essere realizzata su un asse carotideo in perfetta rettilineità. Una volta clampate le tre carotidi, si realizza un'arteriotomia longitudinale, che inizia sulla faccia anteriore dell'arteria carotide comune (ACC), ad almeno 2 cm dalla sua terminazione e si incurva leggermente verso la faccia anteroesterna del bulbo, per proseguire longitudinalmente nell'asse dell'ACI. La lunghezza di questa arteriotomia e il suo livello preciso rispetto

alla biforcazione dipendono dal livello della lesione, che può essere palpata senza pericolo, una volta clampata l'ACI. Dalla lunghezza e dal livello dell'arteriotomia dipende il modo di chiusura descritto più avanti.

Arteriotomia

L'arteriotomia è iniziata a livello dell'ACC con un arterotomo (lama di 11) a monte della zona più patologica; essa è prolungata dal basso in alto con forbici di Potts. L'arteriotomia risale, quindi, sulla carotide interna al di là della placca, per controllare bene il suo arresto. Si deve badare a che il suo tragitto sia a distanza dalla commissura tra ACI e arteria carotide esterna (ACE), per evitare problemi al momento della sua chiusura. Una volta aperta l'arteria, il sequestro ateromatoso è esaminato per valutare il grado di stenosi e la struttura del sequestro.

La lunghezza dell'arteriotomia dipende dall'estensione delle lesioni, ma anche da una scelta tattica. L'ACI presenta, alla sua origine, un rigonfiamento quasi costante (bulbo carotideo) su una lunghezza di 1-2 cm, dopo il quale l'ACI si restringe per assumere il suo calibro normale di 4-6 mm. Se l'arteriotomia raggiunge o, a maggior ragione, supera l'estremità del bulbo carotideo, è raccomandata una chiusura con patch.

Nei casi in cui lo spessore della placca sulla carotide primaria prosegue per più di alcuni centimetri, piuttosto che prolungare l'arteriotomia verso il basso si realizza un'endoarteriectomia per eversione dell'ACC, che si seziona trasversalmente alla base del collo: il soprappiù di chiusura fissa la placca a monte.

Endoarteriectomia

Il piano di endoarteriectomia può presentarsi spontaneamente sui margini dell'arteriotomia, altrimenti deve essere iniziato con una spatola. Quando è possibile, si ha interesse a scegliere un piano non troppo esterno, il che facilita l'arresto del sequestro distalmente. Si inizia il distacco della placca con l'estremità appiattita della spatola, alla terminazione della carotide primitiva. Si passa, in seguito, la spatola verso il basso. Una volta iniziato il piano di endoarteriectomia su uno dei margini, è importante ritrovare lo stesso piano sul margine opposto:

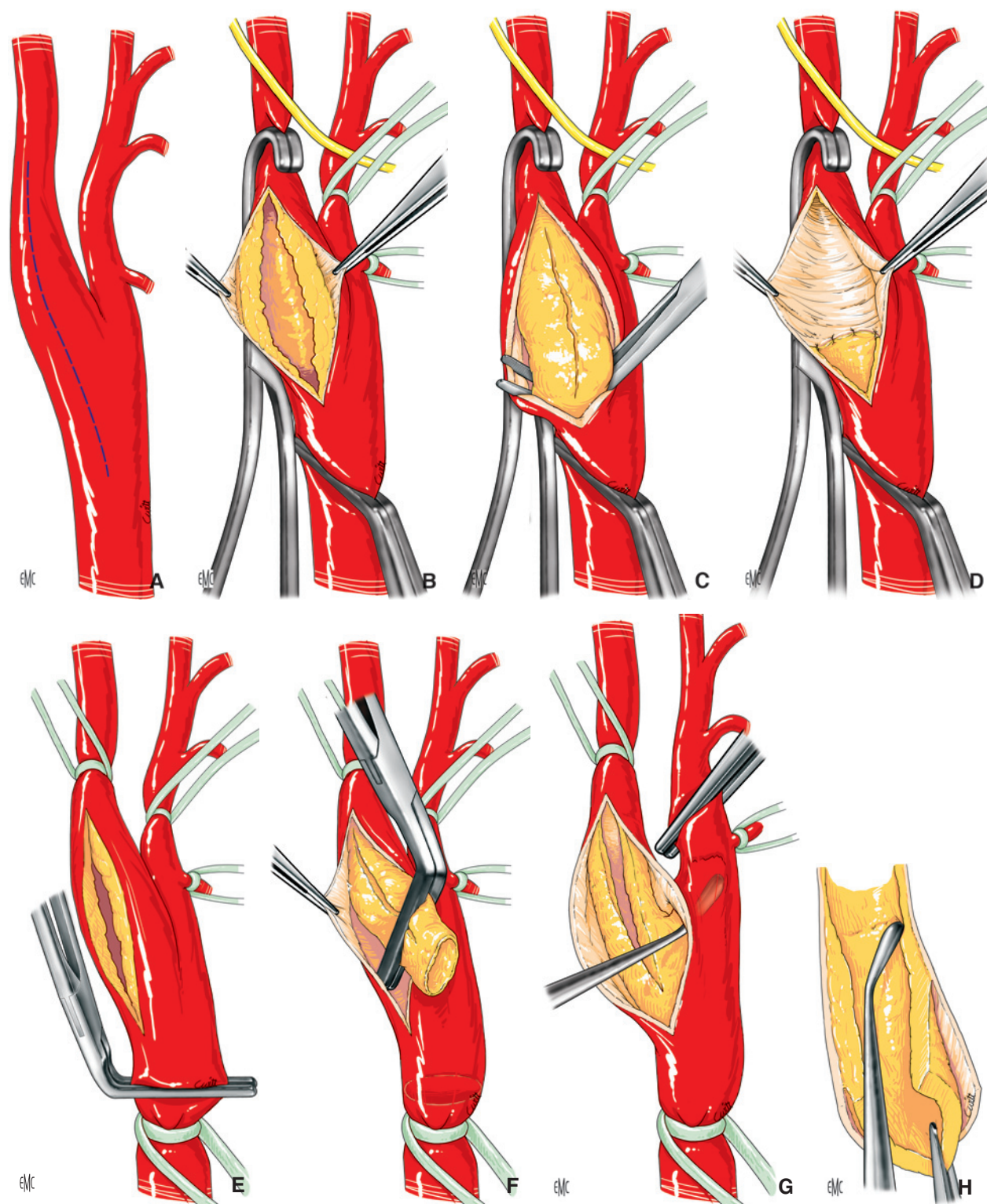


Figura 1. Endoarteriectomia longitudinale.

A. Tracciato dell'arteriotomia.

B. Piano di endoarteriectomia.

C. Endoarteriectomia circonferenziale dell'arteria carotide comune (ACC), che sarà seguita da una sezione con forbici di Potts.

D. Fissazione di un eventuale scalino con punti in filo monofilamento 6 o 7/0 annodati all'esterno.

E, F. La sezione del sequestro può anche essere realizzata mediante frammentazione con una pinza.

G. Endoarteriectomia semicirca dell'arteria carotide esterna, eventualmente declampata.

H. Endoarteriectomia dell'arteria carotide interna seguendo la linea di arresto del sequestro; in caso di scalino o di scollamento, l'intima sarà fissata a punti staccati in filo monofilamento come in D.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4284803>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4284803>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)