

Chirurgia dell'aorta toracica discendente

L. Canaud, C. Marty-Ané, P. Alric

La gestione delle patologie dell'aorta toracica è una delle sfide della chirurgia vascolare. L'introduzione delle tecniche endovascolari ha diversificato le modalità di gestione di queste patologie dell'aorta toracica, offrendo un'alternativa meno invasiva al trattamento delle lesioni più complesse. Tuttavia, l'approccio chirurgico resta indispensabile nell'arsenale terapeutico del chirurgo vascolare. La tecnica chirurgica per il trattamento degli aneurismi dell'aorta toracica discendente si è modificata poco. I risultati sono stati costantemente migliorati, in particolare il rischio di paraplegia, grazie al miglioramento della gestione medica e chirurgica di questi pazienti: utilizzo dell'assistenza circolatoria, drenaggio del liquido cefalorachidiano e valutazione e «ottimizzazione» medica dei pazienti nel preoperatorio. Inoltre, l'avvento del trattamento endovascolare ha indotto una morbidità specifica (endoperdite, collasso, infezioni, fistole). Queste complicanze richiedono, talvolta, una conversione chirurgica più complessa di una chirurgia primaria dell'aorta toracica. Con il crescente utilizzo del trattamento endovascolare dell'aorta toracica, sempre più pazienti presenteranno delle indicazioni di conversione chirurgica. D'altra parte, numerosi pazienti restano candidati a una chirurgia convenzionale a causa di criteri anatomici aortici che li rendono inleggibili per un trattamento endovascolare. Una buona conoscenza dell'approccio chirurgico convenzionale dell'aorta toracica resta, quindi, indispensabile. Questo capitolo tratta in un primo tempo gli aspetti generali della chirurgia dell'aorta toracica discendente: lesioni anatomiche, bilancio preoperatorio, vie d'accesso, controllo aortico, protezione contro gli effetti del clampaggio aortico e protezione midollare. La seconda parte si interessa alle particolarità chirurgiche in funzione della patologia considerata e, quindi, ai risultati contemporanei di questo approccio chirurgico.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Aorta toracica; Dissecazione; Aneurisma; Rottura traumatica dell'aorta toracica

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
Anatomia dell'aorta toracica	2
Rapporti dell'aorta toracica	2
Classificazione delle lesioni dell'aorta toracica discendente	2
■ Diagnosi e valutazione preoperatoria	2
Caratteristiche cliniche	2
Esami diagnostici	2
■ Indicazione operatoria	3
■ Vie d'accesso	3
Toracotomia posterolaterale sinistra	3
Via d'accesso anteriore	4
■ Ripristino vascolare	6
Aneurismi degenerativi dell'aorta toracica discendente	6
Aneurismi dissecanti dell'aorta toracica discendente	8
Dissecazioni acute di tipo B complicate	8
Rotture traumatiche dell'istmo aortico	9
Aneurismi infettivi	9
Coartazioni congenite dell'istmo aortico nell'adulto	9
Fistole aortoesofagee e aortobronchiali	9
Lesioni occlusive dell'aorta toracica nel corso della malattia di Takayasu	9
Chirurgia dell'aorta toracica dopo trattamento endovascolare dell'aorta toracica	10

■ Protezione midollare e viscerale durante la chirurgia dell'aorta toracica	10
Protezione midollare	10
Protezione miocardica	14
Protezione renale e viscerale	14
■ Risultati	14
■ Conclusioni	14

■ Introduzione

La gestione delle patologie dell'aorta toracica è una delle sfide della chirurgia vascolare. L'introduzione delle tecniche endovascolari ne ha diversificato le modalità, offrendo un'alternativa meno invasiva al trattamento delle lesioni più complesse. Tuttavia, l'approccio chirurgico resta indispensabile nell'arsenale terapeutico del chirurgo vascolare. La tecnica chirurgica per il trattamento degli aneurismi dell'aorta toracica discendente si è modificata poco dal primo successo di De Bakey e Cooley nel 1953^[1]. La gestione chirurgica di diverse patologie dell'aorta toracica è associata a una significativa morbidità postoperatoria neurologica, cardiaca, respiratoria e viscerale. Questa morbidità ha portato a elaborare delle strategie di protezione che hanno permesso di diminuire nettamente la mortalità e la morbidità di questa chirurgia.

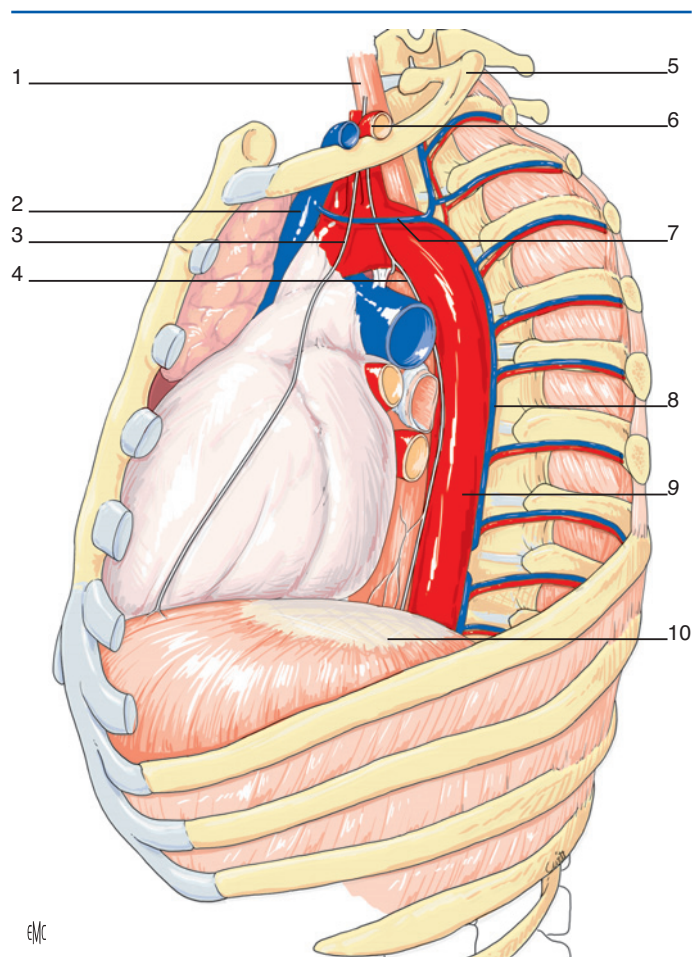


Figura 1. Sezione anatomica: vista laterale sinistra del mediastino. 1. Esofago cervicale; 2. vena cava superiore; 3. nervo frenico sinistro; 4. nervo vago sinistro; 5. clavicola sinistra; 6. arteria succlavia sinistra; 7. prima vena intercostale; 8. vena emiazygos superiore; 9. aorta toracica discendente; 10. cupola diaframmatica sinistra.

Anatomia dell'aorta toracica (Fig. 1)

L'aorta toracica discendente si estende dall'arteria succlavia sinistra al diaframma. Essa fa seguito all'arco aortico e continua con l'aorta addominale. L'aorta toracica inizia a livello del fianco sinistro della quarta vertebra dorsale e termina sulla faccia anteriore della decima. Nella parte superiore, ancora molto arcuata, l'aorta toracica corrisponde al versante sinistro del rachide dorsale; a poco a poco, essa si avvicina alla linea mediana, che raggiunge quasi a livello della sua porzione inferiore. Nell'insieme, essa è, quindi, diretta in basso, a destra e in avanti. Noi esamineremo più avanti l'anatomia della vascolarizzazione midollare.

Rapporti dell'aorta toracica

Posteriormente, l'aorta toracica poggia sul rachide dorsale, separata dal legamento vertebrale comune anteriore da un tessuto cellulare spesso alcuni millimetri, nel quale decorrono, con delle venule, le terminazioni della piccola azygos e del tronco delle vene intercostali superiori sinistre. Il dotto toracico risale quasi verticalmente tra l'aorta e la colonna vertebrale. È dalla faccia posteriore dell'aorta che nascono le arterie intercostali.

A sinistra, l'aorta toracica è ricoperta unicamente dalla pleura parietale e protrude nella cavità pleurica; questa prominente è molto pronunciata in alto, dove essa continua la prominente sottopleurica dell'arco aortico, si attenua in basso e poi scompare. Nel tessuto che ricopre la pleura decorrono delle vene che dipendono dal sistema pleurico e dei nervi che provengono dal tronco del nervo simpatico.

Anteriormente, l'aorta toracica è in rapporto diretto con l'esofago, che decorre inizialmente lungo il fianco destro del vaso,

che incrocia, in seguito, la sua faccia anteriore e che la supera a sinistra. L'aorta e l'esofago sono divisi da un tessuto cellulare che forma la guaina dell'esofago. Tra l'aorta e l'esofago, si insinua la pleura sinistra, che forma uno sfondato aorticoesofageo sinistro.

Al di sopra del punto dove la faccia anteriore dell'aorta toracica è incrociata dall'esofago, l'aorta costeggia gli elementi del peduncolo del polmone sinistro, cioè, dall'alto in basso, l'arteria polmonare, il bronco sinistro e le vene polmonari. È a questo livello che il nervo vago destro viene a poggiare sulla faccia anteriore dell'aorta, ridotto a quattro o a cinque filamenti che discendono anastomizzandosi. Dal momento che l'esofago perfora il diaframma al di sopra del punto dove l'aorta attraversa il muscolo e davanti ad esso, una porzione della faccia anteriore del vaso, dell'altezza di 2-3 cm, corrisponde ai pilastri del diaframma.

A destra, l'aorta toracica è ricoperta dalla pleura destra, sotto la quale la si può vedere nella parte inferiore, mentre la pleura, che si insinua tra l'aorta e l'esofago, forma lo sfondato aortoesofageo destro. Questa faccia destra dell'aorta toracica discendente è costeggiata posteriormente, su tutta la sua estensione, dalla grande vena azygos, applicata contro la colonna vertebrale.

Nel canale diaframmatico, l'aorta si impegna sotto il tunnel aponeurotico, formato dalla riunione dei due pilastri; posteriormente, essa è in rapporto con la prima e la seconda vertebra lombare. Il dotto toracico e una rete venosa dipendente dal sistema delle azygos passano, insieme all'arteria, nello iato diaframmatico.

Classificazione delle lesioni dell'aorta toracica discendente (Fig. 2)

Nel settore chirurgico, gli aneurismi degenerativi dell'aorta toracica discendente sono classificati in tre tipi, in funzione della loro estensione:

- tipo A: dall'arteria succlavia sinistra a T6;
- tipo B: da T6 al diaframma;
- tipo C: dall'arteria succlavia sinistra al diaframma.

■ Diagnosi e valutazione preoperatoria

Caratteristiche cliniche

Numerosi pazienti con un aneurisma dell'aorta toracica sono asintomatici al momento della diagnosi. I sintomi compaiono, di solito, in maniera tardiva nel quadro della compressione da parte dell'aneurisma di strutture adiacenti o al momento della comparsa di una rottura dell'aneurisma.

La comparsa di dolori toracici deve sempre far sospettare una rottura dell'aneurisma o la comparsa di una dissecazione. Essi possono essere sordi, a volte con dei parossismi, oppure una sensazione di pesantezza. Possono essere precordiali o dorsali. La compressione degli elementi vicini può anche rivelare un aneurisma voluminoso: disfagia per compressione dell'esofago, disфония per stiramento del nervo ricorrente, atelettasia per compressione bronchiale e dolori per compressione delle radici nervose dorsali. Un accidente vascolare cerebrale o un'ischemia viscerale o degli arti inferiori possono derivare dall'embolizzazione di un trombo dell'aneurisma o di un'aorta che presenta delle lesioni ateromatose gravi tipo ulcera arteriosa.

Esami diagnostici

Radiografia polmonare

Una radiografia toracica può scoprire un allargamento dell'aorta discendente, il cui bordo sinistro diviene visibile. Un'immagine obliqua anteriore sinistra permette un esame migliore dell'aorta toracica discendente.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4284805>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4284805>

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