

Progetto : Report del convegno: “UN MINUTO CHE VALE UNA VITA.” campagna di prevenzione dell’ aneurisma dell’aorta addominale nella città di Portici.

Il Convegno organizzato dal Comitato Medici per San Ciro, si è svolto nella sala conferenze del Santuario Diocesano Santa Maria Natività e San Ciro di Portici, sabato 19 gennaio 2013, come da invito. L’evento ha riscosso come sempre molti consensi, ricca è stata la partecipazione di pubblico, tra i partecipanti molti medici.

Dopo i saluti delle autorità e in particolare del Commissario Prefettizio del Comune di Portici S.E. Dr. Pasquale Manzo, del neo Direttore del Distretto Sanitario 34 di Portici, Dr. Salvatore Brancaccio e del vice presidente dell’Ordine dei Medici di Napoli, Dr. Vincenzo Schiavo; **il Dr. Bruno Provitera, ha aperto i lavori del convegno presentando il progetto condiviso dal comitato.** “Per quattro anni consecutivi abbiamo sostenuto progetti a tutela e a sostegno della promozione del diritto alla prevenzione grazie all’appoggio e all’impegno dell’intero Comitato “Medici per San Ciro” di Portici che sono onorato di rappresentare e che profondamente ringrazio.

Siamo giunti alla 5^a edizione di questo appuntamento annuale; il Comitato ha, infatti, trattato nel 2009 il “Diabete mellito e le sue complicanze”, nel 2010 “La malattia di Alzheimer”, nel 2011 “ La terapia del dolore cronico, oncologico e non, nel rispetto della dignità della vita e della dignità della persona”, nel 2012 “Un futuro senza cancro ... il ruolo della prevenzione”.

Anche quest’anno i medici di Portici, che hanno aderito a partire dal 2008 a “ Medici per San Ciro” di Grottaglie (TA) e Marineo (PA), nel rispetto dello spirito cristiano della professione medica e ispirati alle virtù teologali fede, speranza e carità, operandosi al sostegno del gemellaggio istituzionale e religioso avviato dalle rispettive amministrazioni, hanno adempiuto alle finalità di tale Comitato grazie all’impegno dei colleghi disponibili e alla adesione di nuovi colleghi che hanno condiviso il progetto e accolto ben volentieri lo spirito dell’iniziativa.

Il Comitato, in onore del Santo Patrono “Ciro”, ringrazia il Commissario Prefettizio Dr. Pasquale Manzo per il patrocinio ed il sostegno dell’Ente alla realizzazione dell’evento e ringrazia la disponibilità del Parroco Don Raffaele Galdiero, padre spirituale del Comitato e Presidente della Commissione Pastorale per i festeggiamenti Patronali, per aver inserito, anche quest’anno, l’ iniziativa ad apertura della settimana di preghiera che precede la celebrazione liturgica di San Ciro.

Felice di aver ben interpretato l’entusiasmo di ritrovarci dopo un anno ancora insieme, come membri attivi della nostra comunità e di condividere ancora lo spirito caritatevole degli aderenti al Comitato che si adoperano a costruire una comunità a servizio della pace, esprimo la mia gratitudine per aver potuto contare anche quest’anno sulla loro partecipazione che ha garantito la buona riuscita del progetto a dimostrazione che tutti abbiamo a cuore il bisogno di dare alla professione medica una marcia in più, donando amore e solidarietà, ai propri pazienti.”

E’ risaputo, dice Provitera, che le patologie cardiovascolari sono la prima causa di morte al mondo ed è **intenzione del Comitato Medici per San Ciro dare un contributo informativo sulla patologia e sensibilizzare la popolazione attraverso questo convegno pubblico e, gettare le basi per creare sul territorio Comunale di Portici quelle virtuose sinergie, tra sanità pubblica e privata e tra gli operatori sanitari specialisti in cardiologia, in chirurgia vascolare, in diagnostica per immagini e medici di medicina generale a lavorare in team in occasione della**

campagna di prevenzione dell'aneurisma dell'aorta addominale che partirà in città dal 20 gennaio al 2 febbraio 2013 con il fine di **contribuire a ridurre i rischi di morte improvvisa per rottura spontanea di un aneurisma dell'aorta addominale in soggetti apparentemente sani.**

1.ASPETTO SOCIO CULTURALE E SPIRITUALE DELLA MALATTIA

La malattia, oltre la malattia, intesa come punto di sofferenza e di debolezza umana è stata trattata teologicamente dal Mons. Don Raffaele Galdiero, padre spirituale del Comitato e Parroco del Santuario, il cui intervento si riporta integralmente:

“L’Occasione che ha dato origine al presente Convegno è la ricorrenza annuale della festa liturgica di S. Ciro, patrono di questa città e di voi signori medici. Come tutti sappiamo il Comitato “Medici per S. Ciro”, rende onore a questo Santo Medico in due momenti: oggi, attraverso questo convegno di riflessione di taglio scientifico che mette in evidenza l’importanza della cultura della prevenzione, e sabato prossimo attraverso la celebrazione della S. Messa delle ore 18.30 che pone in evidenza come “senza di Lui, il Signore, non possiamo far nulla”.

A me è stato chiesto di trattare, sia pur brevemente, l’aspetto socio-culturale e spirituale della malattia, campo vasto e complesso, che richiederebbe indubbiamente molto tempo per un serio approfondimento, perciò ho pensato di delimitare il campo della riflessione concentrando la mia e la vostra attenzione sulla dimensione della fragilità intimamente connessa con la malattia, ma in genere con la nostra umanità.

Fragilità, dunque: come definirla e percepirla? Emerge subito un significato chiaro: frangere, ossia spezzare, ridurre in frammenti. Fragile è dunque ciò che può spezzarsi. E’ uno stato o un limite della materia e degli organismi viventi. La fragilità è intimamente connessa alla creaturalità, che in un certo senso è la radice di tutte le fragilità umane che ci angustiano, e questa condizione può dirsi voluta dal Creatore, per tutti gli uomini e per ogni tempo. Perché? Forse perché soltanto chi è (in quanto creatura)“fragile” può realmente ed autenticamente percepire quei bisogni che lo spingono a mettersi in relazione con un’altra persona, e tra questi, il bisogno (assolutamente interiore) di qualcuno che gli venga incontro, lo accolga, lo sostenga e lo incoraggi, lo abbia a cuore, in una parola, desiderandone il vero bene, lo ami e si spenda per lui, colmandone la pochezza e facendogli avvertire o conseguire quella pienezza che lo rassicura ed appaga e diventa come il motore per tutta la sua esistenza. E perché soltanto chi è fragile, quando sperimenta nel suo impellente bisogno l’altrui amore per sé, scopre la gioia di avere valore, è liberato non dalla sua debolezza, ma dalla zavorra della “inutilità” della sua debolezza. In certo senso si fa “nuovo”, coglie d’averne un rilievo, diventa così capace, a sua volta, di apertura di cuore e di orizzonte.

Nelle fragilità umane, specialmente quelle connesse alla malattia, è possibile riconoscere una via di apertura al mistero dell’amore di Dio. Ora il tema teologico della debolezza (o dell’umiltà) di Dio è sempre stato studiato, specialmente nelle lettere di S. Paolo che arriva ad affermare con parole sconcertanti: <<quando sono debole è allora che sono forte, poiché la potenza di Dio si manifesta nella debolezza della croce>>.

Ma poniamoci un’ultima domanda, e mi avvio così alla conclusione: <<Come ha vissuto Gesù l’incontro con i fragili e la fragilità? Come ha vissuto questo incontro S. Ciro, fratello, amico e padre di tanti, cercato ancora dopo più di 1700 anni? Per rispondere a questo interrogativo ho cercato di andare “alla scuola della

pedagogia di Dio”e mi sono chiesto. <<come ha amato i fratelli Gesù’? E noi a nostra volta, come possiamo amarli, anche in quanto medici>>? Ne sono venute fuori alcune percezioni che mi sento in dovere di riproporvi. Innanzitutto le fragilità con cui Gesù si è incontrato appaiono in una gamma vastissima e molto spesso gravanti su persone socialmente irrilevanti, subordinate ed emarginate o reiette. Gesù inoltre non ha soltanto curato e guarito malattie del corpo (più o meno gravi, cliniche e non; addirittura, in tre casi, ha restituito alla vita dalla condizione di morte), ma ha anche incontrato situazioni d’inquietudine esistenziale e vocazionale, di malattia spirituale , di peccato. Nessuno è stato escluso, mai! Come hanno reagito all’incontro con Gesù i fragili che Lui ha amato? A tutti è stata data l’opportunità di una guarigione o forse meglio di un rinnovamento. Certo per coloro che sono stati sanati l’esistenza è cambiata, del tutto: non solo per la guarigione fisica, o per quella psichica o spirituale, ma anche e soprattutto perché la percezione diretta ed inequivocabile dell’amicizia di Gesù ha prodotto in loro una nuova speranza che prima non v’era, un desiderio ed insieme un bisogno di ripartire da capo.

Nella via che abbiamo brevemente cercato d’individuare fin qui, per la trasformazione delle nostre fragilità, credo che risieda il segreto dell’autentica felicità, o dell’atteggiamento della vita eterna e, quindi della gioia cristiana e della speranza, nel presente e nel futuro, per ogni generazione umana.

Vita eterna, infatti, ”non è semplicemente tempo senza fine, ma un altro piano dell’esistenza”; non è una lunga durata, ma l’espressione di una qualità dell’esistenza sperimentabile già nella nostra esistenza terrena. Essa è, in ogni momento e ovunque, “là, dove ci riesce di strare faccia a faccia con Dio.

Cari amici, appartenenti al Comitato “Medici per S. Ciro”, e non, invitandovi a tener presente nella vostra vita l’esempio coraggioso della vita del nostro Santo Patrono, vi auguro buon proseguimento di Convegno, e vi attendo con gioia tutti per la messa di sabato prossimo. Mons. Raffaele Galdiero

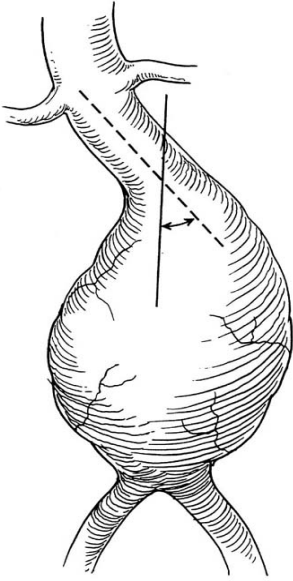
2. CHE COS’E’ L’ANEURISMA DELL’AORTA ADDOMINALE?

Interviene il Dr. Emilio Parrella, cardiologo ed ex dirigente medico dell’Ospedale Ascalesi di Napoli che tratta gli aspetti clinici dell’aneurisma dell’aorta addominale.

a)DEFINIZIONE:

l’aneurisma è una dilatazione permanente di un tratto arterioso, che comprende alterazioni strutturali di endotelio- tunica muscolare e sierosa di rivestimento; normalmente si considera aneurismatico un segmento arterioso quando il suo diametro raggiunge il doppio di quello considerato normale. Tale patologia può interessare tutte le arterie dell’organismo ma più frequentemente il distretto aortico, iliaco, femoro-popliteo e, a livello viscerale, le arterie splenica, renale e mesenterica superiore ed il tripode celiaco. Più raramente sono interessati i distretti carotideo e succlavio o qualsiasi altra arteria.

Nel caso di interessamento dell’aorta, si parla di aneurisma quando la dilatazione ha dimensioni superiori al 50% del diametro normale (corrispondente nel maschio adulto di 60 anni, a circa 2 cm e nella donna di stessa età a dimensioni lievemente inferiori).



b) FREQUENZA: il più frequente aneurisma è quello aortico o aortoiliaco sottorenale (85%); meno frequentemente l'aneurisma può interessare anche l'origine delle arterie renali. Ne è colpito il 3-6% della popolazione generale dai 65 ai 74 anni e più frequentemente il sesso maschile. La frequenza è aumentata, principalmente per il miglioramento delle tecniche diagnostiche e per l'allungamento della vita media dell'individuo.

c) CAUSE: la causa più frequente dell'aneurisma dell'aorta addominale è l'aterosclerosi anche se possono esservi altre cause tra cui pregressi traumi ed infezioni.

d) EVOLUZIONE NATURALE DELLA MALATTIA: l'evoluzione naturale dell'aneurisma è il progressivo aumento del suo diametro, con conseguente incremento del rischio di rottura. Maggiori sono le dimensioni dell'aneurisma e più rapida la sua crescita, più alto è il rischio di rottura. La rottura di un aneurisma del tratto aorto-iliaco o dei vasi viscerali è una evenienza drammatica che comporta la morte del paziente in elevata percentuale dei casi, anche se operati in urgenza.

Nella maggior parte dei casi all'interno dell'aneurisma possono formarsi trombi che si possono staccare ed essere trascinati dalla corrente sanguigna, andando ad occludere i vasi più piccoli (embolia) oppure questi stessi trombi possono organizzarsi provocando con il tempo l'ostruzione completa dell'aneurisma (trombosi); tali eventi si verificano piuttosto raramente negli aneurismi dell'aorta. Complicanze meno frequenti sono la fistolizzazione (loro apertura) in visceri dell'apparato digerente (ad esempio intestino) o in altri vasi venosi (ad esempio la vena cava); tali complicanze sono gravate da elevata mortalità.

Nella descrizione degli aspetti clinici, molto interessante è stata la correlazione, che il Dr. Parrella ha esposto su AAA e la vasculopatia aterosclerotica sistemica ed in particolare, con la coronaropatia, molto spesso sottesa ad essa e misconosciuta.

e) PROGNOSI

Il rischio di rottura spontanea dell'AAA è direttamente proporzionale al diametro massimo. Esso è stato valutato a 5 anni del 9% per diametro inferiore a 4,5 cm, del 35% per diametro fra 4,5 e 7 cm e del 75% per aneurismi maggiori di 7 cm di diametro. Solo il 15-20% degli aneurismi tendono a non incrementare di diametro nei controlli successivi.

Del restante 80% che progressivamente tendono ad aumentare, il 15-20% mostra un incremento di dimensioni maggiore di 0,5 cm / 6 mesi.

Costituiscono fattori di rischio della rottura dell'aneurisma il sesso femminile, lo stato di fumatore, una maggiore pressione arteriosa media ed un incremento > 0,5 cm/6 mesi¹¹.

Il rischio annuale di rottura per aneurismi con diametro fra 5 e 6 cm è dell'1% nei maschi e del 4% per le donne.

Per aneurismi di 6 cm o più è stato valutato essere 14% negli uomini e 22% per le donne¹².

Uno studio recente ha riportato una percentuale di rottura di 25,7% a 6 mesi per aneurismi con diametro superiore agli 8 cm.

f) TRATTAMENTO

Gli aneurismi fra 4 e 5,5 cm dovrebbero essere trattati conservativamente, sottoponendoli a periodici controlli ecografici. Fra questi, il trattamento chirurgico è da riservare a quelli sintomatici e che mostrano un rapido accrescimento al follow-up. L'intervento chirurgico appare vantaggioso quando un aneurisma asintomatico raggiunge i 5,5 cm di diametro.

Le variabili associate ad una maggiore mortalità ospedaliera sono risultate:

- l'età avanzata
- l'esperienza del centro ospedaliero
- l'esperienza del chirurgo

Ha inoltre precisato che il trattamento preoperatorio con bisoprololo dei pazienti con associata ischemia miocardica riscontrata con eco stress con dobutamina ha ridotto la mortalità ed il rischio di IMA peri-operatorio.

Non va dimenticato tuttavia che il riscontro di un AAA, anche di piccole dimensioni, implica un alto rischio d'eventi cardiovascolari globali e che alla luce di ciò il trattamento medico e la diagnostica d'eventuale coronaropatia associata devono essere particolarmente aggressivi.

g) FOLLOW UP E SCREENING

Gli AAA di dimensioni inferiori a 5,5 cm non trattati chirurgicamente devono essere sottoposti a controlli ambulatoriali periodici.

La metodica di scelta è l'ecografia, per la praticità, l'economicità e la diffusione.

Dai controlli periodici si avvierà il paziente alla chirurgia nel caso l'aneurisma raggiunga i 5,5 cm o mostri una velocità di accrescimento maggiore di 1 cm all'anno. Quando le dimensioni dell'aneurisma superano 5 cm è consigliabile passare alla **ANGIO TAC**, che rappresenta il **golden standard** per la valutazione delle dimensioni corrette dell'AAA.

La frequenza dei controlli ecografici può essere annuale, se l'AAA ha un diametro minore a 4 cm, semestrale per diametri fra 4 e 5 cm e trimestrale sopra i 5 cm.

3. IL RUOLO DEL MEDICO DI FAMIGLIA - nella prevenzione dell'aneurisma dell'aorta addominale

Interviene il Dr. Michelangelo Gherardelli, medico di base distretto 34 di Portici.

L'aneurisma dell'aorta addominale è una dilatazione localizzata permanente dell'arteria che ne indebolisce la struttura. **La rottura dell'aneurisma è un evento che causa 6000 morti ogni anno in Italia: in particolare, l'80% dei pazienti muore prima di giungere in ospedale, dove la mortalità degli interventi eseguiti in emergenza è del 50%.**

Un rischio che al contrario si riduce al 3%, quando il chirurgo vascolare può programmare l'intervento.

L'aneurisma dell'aorta addominale colpisce oltre 700.000 persone in Europa con circa 220.000 nuovi casi diagnosticati ogni anno.

In Italia 84.000 casi con circa 27.000 nuovi casi diagnosticati ogni anno. L'incidenza è stimata tra il 4% e l'8% negli uomini e tra lo 0,5% e l'1% nelle donne con più di 60 anni. L'appartenenza al **sexso maschile** costituisce, infatti, uno dei fattori di rischio, oltre al **fumo**, alla **dislipidemia**, alla **ipertensione arteriosa**

all'invecchiamento o a malattie come l'aterosclerosi, la **bronicopneumopatia cronica ostruttiva ed alcune malattie infettive.**

Questi dati, unitamente al continuo allungamento della vita media, prefigurano per il prossimo futuro una vera e propria "emergenza vascolare". Il contributo dei medici di famiglia è fondamentale per l'individuazione dei pazienti a rischio, che comprendono quelli aventi i requisiti, inclusi nel target individuato dalla Società Europea di Chirurgia Vascolare (ESVS), gli **over 60, maschi, portatori almeno di un fattore di rischio.**

Per quanto riguarda i sintomi la maggior parte degli aneurismi aortici non causano alcun sintomo; spesso vengono scoperti durante la routine di esami fisici, come sui raggi X per le malattie non correlate.

Quando i sintomi sono presenti possono includere:

- **Dolore all'Addome che si irradia posteriormente a livello lombare e tra la parte inferiore delle costole e i fianchi**
- **Una sensazione di pienezza dopo aver mangiato un piccolo pasto**
- **Nausea e vomito**
- **Una massa pulsante nell'addome**
- **La presenza di coaguli di sangue nel sistema arterioso periferico possono fare sospettare la presenza di un aneurisma.**
- **A volte una rottura improvvisa dell'aorta fa scoprire un aneurisma addominale senza preavviso. In questi casi il paziente collassa e muore per emorragia massiva all'interno dell'addome.**

Circa la prevenzione possiamo ridurre i rischi di un aneurisma aortico attraverso il controllo dei fattori di rischio per l'aterosclerosi, in sostanza:

- **Se si fuma, bisogna smettere subito**
- **Se si ha il colesterolo alto:** Seguire una dieta a basso contenuto di grassi e colesterolo. Se necessario, prendere farmaci per abbassare il colesterolo. Portare il colesterolo LDL ad un valore inferiore a 100 mg / dL, usando farmaci specifici, se necessario
- **Se si ha la pressione alta:** prendere antiipertensivi mantenendo la pressione del sangue nel range di normalità (140-80) e ridurre l'assunzione di sale
- **Se si è obesi, mantenere un normopeso e ridurre l'apporto calorico, inoltre, aiutarsi nell'esercizio fisico regolare per mantenere un peso ideale. Seguire una dieta ricca di frutta e verdura**
- **Se si ha il diabete:** Monitorare il livello di zucchero nel sangue periodicamente e seguire una dieta adeguata.

La prevenzione, secondo i medici di famiglia è un atto fondamentale della medicina moderna che va promosso e incentivato in un sistema sanitario equo che si prende cura non solo della malattia in sé ma della persona, anche quando è in apparente buona salute.

Per giungere alla diagnosi

- **Il medico di medicina generale chiederà notizie sulla storia familiare di malattie cardiache e vascolari ed in particolare tenterà di conoscere se ci sono stati casi di morte improvvisa in famiglia Il medico vi chiederà se si fuma. Il medico controllerà per il colesterolo alto, pressione alta e diabete.**
- **Il medico può sospettare un aneurisma aortico sulla base dell'esame fisico.**
- **Il medico può sentire il flusso anomalo di sangue nell'addome.**
- **In alternativa, il medico può vedere e sentire una massa pulsante nell'addome.**

- I medici consigliano l'**ecografia, per la diagnosi dell'aneurisma dell'aorta addominale**, un test attendibile, ripetibile, efficace.

I medici di famiglia in linea con la Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare (**Sicve**) ritengono che sia indispensabile promuovere iniziative come queste e di monitoraggio, in particolar modo sulla popolazione a rischio, specie quando la prevenzione avviene con un esame rapido e non invasivo per il paziente e relativamente poco costoso per il Sistema Sanitario Nazionale».

Da qui l'interesse per l'individuo e per la comunità di diagnosticare precocemente, in fase di pre-rottura, la patologia, per poter riparare l'aorta; ne deriva, infatti, un vantaggio "umano" del singolo, e della collettività e per essa del Servizio Sanitario Nazionale - che evita ingentissime spese nei tentativi, troppo spesso infruttuosi, di salvare i pazienti con rottura dell'Aneurisma Aortico Addominale.

4. IL RUOLO DELLO SPECIALISTA IN DIAGNOSTICA PER IMMAGINI -La diagnosi

Interviene il Dr. Maurizio Lombardi, Angiologo responsabile dell'unità di ecografia diagnostica del Centro Diagnostico SAN Ciro.

La diagnosi è nel 75% dei casi casuale (visita, indagini ecografiche o radiologiche), può avvenire mediante visita medica (rilievo di massa pulsante) o mediante indagini diagnostiche eseguite anche per altri motivi (ad esempio ecografia, radiografia, TAC). L'ecografia B-mode dell'addome è il test diagnostico di scelta per individuare l'AAA. È un esame economico, diffusamente disponibile, non invasivo e possiede un'elevata sensibilità diagnostica(82-99%).

Poiché quindi gli AAA con diametro minore di 5 cm e gli AAA in soggetti in sovrappeso sono difficilmente identificabili all'esame obiettivo si comprende come l'ecografia dell'aorta addominale sia l'esame principale per identificare un AAA soprattutto nelle fasi iniziali. Da ciò emerge la necessità di non omettere mai una rapidissima osservazione dell'aorta addominale in tutte quelle occasioni in cui il paziente si avvicina ad una esplorazione ecografica sia di tipo internistico addominale, sia di tipo cardiologico ecocardiografico.

A tale riguardo ci preme sottolineare che nella comune pratica clinica è più frequente che il radiologo o l'internista Identifichino un AAA rispetto al cardiologo il quale è molto meno abituato ad esplorare di routine l'aorta addominale subito dopo un ecocardiogramma.

L'angioTAC addominale, standard o spirale, è l'**esame golden standard** per la miglior definizione anatomica delle dimensioni e per il timing ottimale all'intervento oltre che per fornire alcuni elementi essenziali per il chirurgo e per l'interventista come il colletto (distanza fra il punto di distacco delle renali e l'inizio della dilatazione aneurismatica) o la qualità della parete in alcuni punti strategici.

Inferiore alla TAC è considerata la RMN, che sembra possedere una sensibilità sovrapponibile alla TAC, ma è meno utile nell'evidenziare l'estensione soprarenale dell'aneurisma, fornendo meno informazioni su eventuali coinvolgimenti o altre patologie degli organi vicini. L'angiografia ha gli svantaggi di non fornire una misura esatta del diametro dell'aneurisma, di essere un esame invasivo e di comportare un rischio non indifferente di gravi complicanze; è comunque utile in quanto fornisce maggiori informazioni riguardo la presenza di una patologia a carico delle arterie delle gambe, di una concomitante patologia delle arterie renali e mesenteriche.

5. IL RUOLO DEL CHIRURGO VASCOLARE - Il Trattamento chirurgico

Interviene il prof dr. Carlo Ruotolo, Direttore UOSC Chirurgia Vascolare A.O.R.N. Antonio Cardarelli di Napoli. Che riallacciandosi agli interventi dei relatori che l'hanno preceduto esordisce affermando che la scelta della procedura chirurgica dipende da:

- Posizione dell'aneurisma
- Aspetto dell'aneurisma
- Salute del paziente

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO CHIRURGICO.

Non sempre l'aneurisma deve essere corretto chirurgicamente.

Il trattamento chirurgico/endovascolare rappresenta la strategia più efficace in quanto la terapia medica non è per lo più in grado di prevenire o limitare l'evoluzione della malattia e le eventuali complicanze della patologia alle quali abbiamo fatto prima menzione.



Il trattamento nella maggior parte dei casi ha lo scopo di prevenire la rottura. Tale pratica deve essere rivolta a quegli aneurismi che presentano maggior rischio di rottura, trombosi, embolizzazione, pur essendo necessario fare un bilancio del rapporto rischio/beneficio, considerando l'età e la previsione di vita, lo stato e la funzionalità di tutti gli organi ed apparati, con particolare attenzione a quelli renale, cardiaco, cerebrale e respiratorio.

Inoltre, il trattamento è sempre indicato qualora l'aneurisma causa sintomi (dolore addominale e/o lombare, segni di compressione delle strutture circostanti, embolia e/o trombosi).

In presenza di aneurisma rotto o in fase di imminente rottura l'intervento urgente è a maggior ragione indicato in maniera assoluta seppur gravato da rischi molto più alti rispetto al trattamento in elezione.

Pertanto, la decisione se correggere o meno un aneurisma e con quale metodica avviene dopo la valutazione dei caratteri dell'aneurisma stesso e dello stato di salute generale del paziente. In definitiva per giungere alla decisione dell'intervento è necessaria una valutazione multidisciplinare che coinvolge non solo il chirurgo ma anche altre figure professionali.

Se alla fine dell'iter diagnostico non si ritiene il paziente suscettibile di trattamento e/o in caso di rifiuto del trattamento chirurgico da parte del paziente, è raccomandata comunque una sorveglianza dell'aneurisma stesso, stando bene attenti alla comparsa di eventuali sintomi che possono essere indice della sua evoluzione e comunque mediante indagini quale quella ecografica da eseguirsi a scadenze definite dallo specialista.

Nel caso di AAA, attualmente l'indicazione al trattamento in elezione si pone per aneurismi di diametro superiore ai 5,5 cm. Tuttavia l'intervento è indicato anche per aneurismi di diametro minore in particolari situazioni: rapido accrescimento, aspetti morfologici indicanti un rischio incrementato di rottura. Inoltre, il trattamento è sempre indicato qualora determini sintomatologia (dolore addominale e/o lombare, segni di compressione delle strutture circostanti, embolia e/o trombosi). In presenza di aneurisma rotto o in fase di rottura

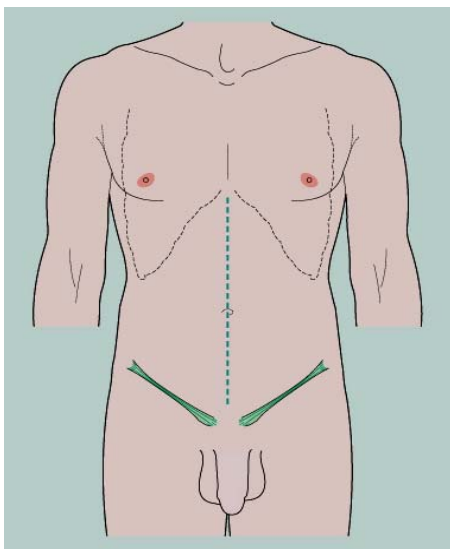
l'intervento urgente è a maggior ragione indicato in maniera assoluta se pur con rischi molto più alti che se eseguito in elezione.

TIPOLOGIE DI TRATTAMENTI

Attualmente le possibilità di trattamento dell'aneurisma dell'aorta addominale, per cui esista l'indicazione al trattamento, sono rappresentate da:

A) INTERVENTO CHIRURGICO TRADIZIONALE

attraverso l'incisione chirurgica dell'addome, si procede alla sostituzione dell'aorta aneurismatica con una protesi sintetica. Tale metodica rappresenta l'approccio più classico utilizzato da decenni per il trattamento di tale patologia che dà buoni risultati e del quale si conoscono validità e limiti nel tempo; tale procedura è gravata da complicanze che possono portare a morte il paziente, la cui incidenza si è attualmente ridotta al di sotto del 5%, ma che aumenta proporzionalmente con l'aumentare dei fattori di rischio (età avanzata, compromissione degli apparati cardiaco, respiratorio, cerebrale, renale). A seguito dell'intervento, anche in assenza di complicanze, il malato frequentemente necessita per l'intervento di trasfusioni e di ricovero post-operatorio in terapia intensiva



COMPLICANZE DEL TRATTAMENTO CHIRURGICO TRADIZIONALE

L'intervento può comportare, anche se eseguito nel pieno rispetto e conoscenza delle strategie e tecniche chirurgiche più attuali e standardizzate, molteplici complicanze, distinguibili in precoci e tardive.

a) Complicanze precoci (INTRAOPERATORIE/POSTOPERATORIE IMMEDIATE)

- Emorragia durante l'intervento o subito dopo, che può essere più o meno grave, e che frequentemente comporta la necessità di emotrasfusione (con i rischi infettivi connessi) e di reintervento. Nei casi di emorragia grave immediata o nel precoce decorso post-operatorio, le ripetute trasfusioni possono determinare danni polmonari e/o renali talora irreversibili.
- Improvvisi ed imprevedibili aritmie o arresti cardiocircolatori, talora tali da provocare la morte del paziente. Angina o infarto del miocardio che può essere anche mortale.
- Complicanze gastrointestinali rappresentate da infarto intestinale che può rendere necessaria la resezione di un tratto più o meno esteso di intestino e/o la esecuzione di colostomia (ano artificiale) talvolta definitiva, da occlusione intestinale che può essere dovuta o a paralisi protratta dell'intestino o torsioni o briglie aderenziali che bloccano l'intestino stesso. Le suddette complicanze in molti casi obbligano ad un intervento chirurgico.
- Splenectomia (asportazione della milza) per il verificarsi di lesioni della milza.

- Embolia o trombosi dell'albero arterioso periferico o della protesi. Tale complicanza può determinare quadri che vanno dalla ischemia intestinale alla ischemia di uno o entrambi gli arti inferiori; tali evenienze richiedono interventi aggiuntivi con lo scopo di ripristinare la circolazione agli organi colpiti o talora di asportare tali organi (resezione di tratti dell'intestino o amputazione di arto).
- Deiscenze, sepsi e raccolte ematiche o linfatiche in sede di ferite chirurgiche che non sempre regrediscono con adeguato trattamento medico e/o chirurgico.
- Insufficienza renale acuta (incidenza tra il 3 e il 12%) che può comportare la necessità di una dialisi transitoria o permanente.
- ischemia cerebrale (ICTUS).
- Complicanze respiratorie (atelettasia, polmonite, versamento pleurico) che possono richiedere tracheotomia e trattamenti medici intensivi.
- Trombosi venosa profonda ed embolia polmonare.
- Colecistite acuta o pancreatite acuta.
- MOF, cioè una grave e talvolta mortale insufficienza multiorgano (fegato, rene, polmone...).
- Rarissimamente paralisi degli arti inferiori e degli sfinteri anche permanenti (paraparesi o paraplegia), per la presenza di arterie midollari con anomalie anatomiche di origine e decorso.
- Altra complicanza non mortale ma non rara, che può incidere sulla qualità di vita, è rappresentata dai disturbi della funzione sessuale (eiaculazione retrograda, impotenza erettile). Tale disturbo può essere permanente.

b) Complicanze tardive (ANCHE A DISTANZA DI ANNI)

- Laparocèle (ernia sulla cicatrice chirurgica) che può necessitare di intervento chirurgico.
- Trombosi protesica, ovvero l'occlusione della protesi con improvviso arresto del flusso sanguigno a valle che può avere luogo anche a distanza di tempo (anche anni) e per la quale può rendersi necessaria anche l'amputazione o la effettuazione di interventi di by-pass.
- Infezione protesica: tale evento è raro ma particolarmente grave specie nel distretto aorto/iliaco; si può manifestare a distanza di anni e può essere legato a infezioni anche banali e contratte successivamente rispetto all'intervento chirurgico quali talune dell'apparato respiratorio, urinario, o del cavo orale. Tale evenienza frequentemente comporta un altro intervento chirurgico di sostituzione della protesi con materiale sintetico analogo o con materiale biologico (tessuti autologhi od omologhi, vene o arterie). Talvolta possono formarsi delle fistole ovvero delle comunicazioni tra protesi e strutture circostanti (duodeno, vena cava ecc....) con gravi emorragie che necessitano di intervento chirurgico immediato o stati infettivi anche mortali.
- Pseudoaneurismi: dilatazioni dell'aorta o di altre arterie sulle quali è stata suturata (cucita) la protesi o distacco della protesi dalle arterie su cui è stata suturata. In tali situazioni può essere necessaria la sostituzione di parte o tutta la protesi precedentemente impiantata con altro materiale sintetico analogo o, ad esempio, con tessuti autologhi (vene).
- Durante l'intervento si potrebbe rendere necessario e non rinviabile il trattamento di altre patologie concomitanti il cui riscontro può verificarsi

anche al momento dell'esecuzione dello stesso (ad esempio neoplasie del tratto gastrointestinale, urogenitale, calcolosi della colecisti, ernie, stenosi di arterie viscerali); inoltre durante l'intervento possono verificarsi situazioni che possono condurre a variazioni della tecnica operatoria proposta.

Si ribadisce che quanto esposto emerge dallo stato attuale dell'arte e pertanto possono verificarsi altri eventi attualmente non descritti.

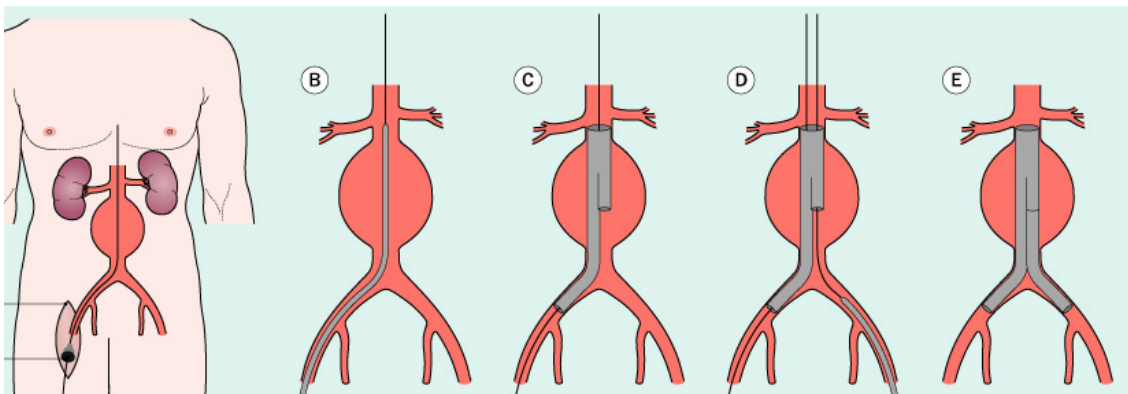
DOPO L'INTERVENTO

- E' fondamentale che il paziente esegua la terapia consigliata, che non è rappresentata solo dall'utilizzo dei farmaci prescritti ma anche da un adeguato stile di vita tenendo presente che, se si tratta di patologia aterosclerotica, questa interessa tutti i distretti vascolari (cuore, cervello, reni, arti) ed ha alta potenzialità evolutiva, per cui necessita di controlli periodici.
- È opportuno che il paziente esegua nel tempo periodici controlli dell'intervento, secondo modalità e frequenza indicata dallo specialista.
- Il paziente può condurre una vita normale sia lavorativa, sia di relazioni sociali che di attività fisica compatibilmente con l'età e le eventuali malattie associate.

B) TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE

Avviene attraverso il posizionamento, sotto controllo di apparecchiature radiologiche, di una endoprotesi all'interno dell'aorta che viene introdotta attraverso le arterie femorali o le arterie iliache, mediante piccoli tagli all'inguine o sulla parte bassa dell'addome. Raramente a seguito dell'intervento possono essere necessarie trasfusioni e/o ricovero in terapia intensiva.

Il trattamento endovascolare è sicuramente meno traumatizzante per il paziente della chirurgia tradizionale e risulta vantaggioso, in quanto riduce la severità dell'intervento chirurgico ed i rischi connessi con l'apertura dell'addome e favorisce una più rapida degenza. ma non può essere sempre eseguito perché richiede alcune caratteristiche di forma dell'aneurisma e dei vasi vicini sui cui la protesi deve essere ancorata o fissata e dei vasi utilizzati per introdurre la protesi. Tale trattamento è gravato da una mortalità inferiore a quella del trattamento in chirurgia aperta, anche se questa non è stata ancora esattamente quantificata, ma aumenta proporzionalmente con l'aumentare dei fattori di rischio (età avanzata, compromissione degli apparati cardiaco, respiratorio, cerebrale, renale). Essendo un trattamento di più recente utilizzo, non si conoscono con certezza le sue complicanze oltre i cinque anni dall'intervento, pur non significando ciò necessariamente una evoluzione sfavorevole.



COMPLICANZE DEL TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE

l'intervento può comportare, anche se eseguito nel pieno rispetto e conoscenza delle strategie e tecniche chirurgiche più attuali e standardizzate, molteplici complicanze, distinguibili in precoci e tardive. Le principali delle quali sono, anche se non le uniche:

a) Complicanze precoci (DURANTE O SUBITO DOPO LA PROCEDURA)

- impossibilità di completare la procedura per vari motivi: a) impossibilità di procedere con lo strumento che introduce la protesi fino alla zona ove la stessa deve essere posizionata (per calcificazioni o tortuosità delle arterie di accesso, rottura delle arterie di accesso o della stessa aorta, ecc.); b) dislocazione della protesi che si trova ad essere posizionata in posizione diversa da quella necessaria (protesi dislocata all'interno della sacca aneurismatica o che occlude importanti arterie, etc.); c) distacco di trombi con eventuali embolie. In tutti questi casi, ove non sia possibile procedere alla correzione di tali complicanze con metodiche endoluminali si deve procedere alla immediata effettuazione dell'intervento chirurgico tradizionale ed alla riparazione delle conseguenti complicazioni;
- non completo contatto dell'endoprotesi nei tratti di arteria sana sui quali l'endoprotesi è fissata con conseguente passaggio di sangue nella sacca aneurismatica che tenderà nel tempo ad ingrossarsi (**endoleak**); tale evenienza può essere corretta immediatamente o può rendere necessaria l'osservazione nel tempo;
- rifornimento della sacca aneurismatica da parte di alcune arterie che originano dalla stessa e che comunque il più delle volte tendono a chiudersi con il tempo;
- tossicità o reazioni allergiche impreviste al mezzo di contrasto utilizzato per la procedura endoluminale, che possono determinare conseguenti danni alla funzione del rene o reazioni allergiche di varia gravità fino al rarissimo shock anafilattico che può comportare la morte;
- rarissimamente sono stati descritti episodi di paralisi degli arti inferiori e degli sfinteri anale e vescicale (paraparesi o paraplegia), che possono essere transitori o permanenti, la cui causa non è ancora dimostrata (possibile occlusione delle arterie lombari o delle arterie ipogastriche);
- di uguale eccezionale rarità il verificarsi di una dissecazione dell'aorta, compreso il tratto toracico fino al cuore, con grave pericolo di vita.

b) Complicanze tardive (ANCHE A DISTANZA DALLA PROCEDURA)

- ingresso di sangue nella sacca aneurismatica originato dalla apertura di arterie che originano dall'aneurisma e che non sono state occluse dalla trombosi che si verifica nella sacca aneurismatica dopo il posizionamento dell'endoprotesi;
- dislocazione della protesi dalla sua originaria posizione, con conseguente ingresso del sangue nell'aneurisma in modo massivo con possibile rottura dell'aneurisma e/o occlusione di arterie importanti;
- incremento delle dimensioni dell'aneurisma fino alla possibile rottura pur non essendo presenti rifornimenti ematici della sacca aneurismatica.

- perforazioni o danneggiamenti dei componenti della protesi con conseguente ingresso del sangue nella sacca dell'aneurisma e quindi conseguente rischio di rottura;
- occlusione di un tratto di protesi per angolatura con deficit di irrorazione a carico di un arto inferiore.
- raramente infezioni che possono coinvolgere arterie di cui si è resa necessaria la riparazione per complicanze insorte durante la procedura iniziale.
- rarissimi casi di infezione sono stati descritti o a livello dell'inguine o a livello della stessa endoprotesi.

DOPO L'INTERVENTO

- E' indispensabile, al fine di prevenire tali complicanze, che il paziente si sottoponga a periodici controlli clinici, ecografici e radiologici decisi dallo specialista. In tal modo dai dati della letteratura è desumibile che il rischio di rottura è inferiore all'1% all'anno e nella maggior parte dei casi tali complicanze possono essere prevenute con trattamenti poco invasivi o in casi rari, con conversione in chirurgia aperta.
- E' fondamentale che il paziente esegua la terapia consigliata, che non è rappresentata solo dall'utilizzo dei farmaci prescritti ma anche da un adeguato stile di vita tenendo presente che, se si tratta di patologia aterosclerotica, questa interessa tutti i distretti vascolari (cuore, cervello, reni, arti) con alta potenzialità evolutiva e pertanto necessita di controlli periodici.
- Il paziente può condurre una vita normale sia lavorativa sia di relazioni sociali sia di attività fisica compatibilmente con l'età ed eventuali malattie associate.

Si comprende che la riparazione endovascolare è meno invasiva. Questo lo rende una scelta migliore per i pazienti più anziani e fragili.

Pazienti più giovani e più sani possono essere i migliori candidati per la chirurgia addominale.

Terminata la relazione del Dr. Ruotolo si è aperto un dibattito tra i medici presenti in sala ed il Primario, su alcuni casi clinici, che ha permesso di definire alcuni aspetti importanti della malattia circa la prognosi e la terapia più idonea in alcuni casi.

6. IL RUOLO DEL TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO E DI CITTADINANZA ATTIVA . Interviene l'avv. Fabrizio Miele del quale si riporta l'intervento integrale: "Il Tribunale dei Diritti del Malato di Cittadinanzattiva ONLUS ringrazia il Comitato Medici per San Ciro, il dr. Provitera, Don Raffaele Parroco del Santuario dedicato al medico "San Ciro", per aver consentito all'associazione di intervenire sulla comunicazione, informazione e prevenzione riferiti all'interessante tema "UN MINUTO CHE VALE UNA VITA": aneurisma addominale.

San Giovanni Bosco a cui è dedicato l'omonimo ospedale in Napoli suggerisce: "Si faccia economia in tutto, ma si faccia in modo che agli ammalati nulla manchi" Il Tribunale dei diritti del Malato richiama l'applicazione degli articoli della Carta Europea dei diritti (prevenzione art. 1, informazione art 3, qualità art 8, sicurezza art 9, consenso art 4), della Carta Costituzionale (art. 2,3 e 32) , della legge istitutiva del SSN (l. 833/78 art 14) e infine della legge di revisione (d.lgs. 502/92 art 14) che disciplinano i compiti dell'ASL e del Distretto finalizzati alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche con l'attivazione di un

efficace sistema di informazione. L'Azienda Sanitaria inoltre deve individuare le modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Ed ecco, quindi, necessaria una buona comunicazione per informare i cittadini utenti del SSN di conoscere in modo appropriato come prevenire le malattie fisiche e psichiche.

Il Tribunale dei diritti del Malato di Cittadinanzattiva plaude alla meritevole iniziativa assunta dall'Associazione Medici per San Ciro in collaborazione con professionisti volontari dei centri convenzionati i quali offriranno screening gratuiti per la prevenzione di questa grave patologia; tale iniziativa inoltre tutela efficacemente il diritto alla prevenzione previsto dalla Carta Europea dei diritti del malato, dalla Costituzione Italiana e dalle leggi istitutive del SSN.

Quindi le prestazioni appropriate a prevenire malattie sono meritorie e vanno promosse e sostenute da istituzioni nazionali, regionali, comunali e dai convenzionati al SSN.

Il Tribunale dei Diritti del Malato chiede ai volontari professionisti dell'Associazione San Ciro e dei centri convenzionati di ripetere ciclicamente queste lodevoli iniziative sollecitando il SSN a migliorare la comunicazione e l'informazione sulla prevenzione in quanto sussistendo la possibilità di diagnosticare tempestivamente per categorie di persone a rischio l'aneurisma dell'aorta addominale, che in situazioni di urgenza non lascia molte speranze di sopravvivenza, è possibile ridurre il rischio di morire "in un minuto".

Il Tribunale dei Diritti del Malato suggerisce di prendere spunto dall'iniziativa promossa dal SICVE (Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare) che promuove e sostiene la campagna di screening dell'aneurisma dell'aorta addominale attraverso ogni efficace forma di comunicazione per informare appropriatamente i cittadini sulla necessità di prevenire i rischi conseguenti da tale patologia.

A tal proposito proponiamo un tavolo di lavoro costituito dal Distretto, dai centri convenzionati con il SSN, dal Comune e dalle organizzazioni rappresentative dei cittadini per concertare e favorire ripetute campagne di prevenzione con offerta di screening gratuiti dell'aneurisma al fine di informare i cittadini sulla necessità della prevenzione attraverso una appropriata ed efficace comunicazione con tutti i mezzi utili quali: facebook, twitter, manifesti, call center, sito ASL e di distretto, sito dei centri convenzionati, volantini, posta elettronica e lettere da inviare a casa ai cittadini di età superiore ai sessant'anni. Grazie TdM di Cittadinanza Attiva -

7. IL CALENDARIO DELLA CAMPAGNA DI PREVENZIONE PROMOSSA DAL COMITATO MEDICI PER SAN CIRO.

Il Dr. Provitera, illustra la campagna di Prevenzione dell' aneurisma dell'aorta addominale dal titolo: "UN MINUTO CHE VALE UNA VITA" ai convenuti. Lo screening sul territorio partirà da domani 20 gennaio e terminerà il 2 febbraio 2013. Prevede la possibilità di accedere gratuitamente al test ecografico dell'addome presso il Camper diagnostico del centro S. Ciro disponibile domenica 20 gennaio in Piazza San Ciro area antistante la Chiesa e domenica 27 gennaio 2013 in Via L. Da Vinci, angolo Viale Bernini dalle ore 9,00 alle ore 13,00. Oltre alle postazioni mobili i pazienti over 60, interessati all'iniziativa, potranno recarsi presso i seguenti centri accreditati: Centro Diagnostico San Ciro di Via Libertà, 270; Cardioservice di via Galilei, 13, Centro diagnostico cardiovascolare, di Via Amendola,1 e il Centro Cardiologico Vesuviano, di Corso Garibaldi, 159 a partire

dal 20 gennaio al 2 febbraio 2013, tutti i giorni escluso il sabato, in possesso di un coupon che sarà distribuito ai medici di famiglia a cura del Comitato; i pazienti, esibendo presso tali strutture sanitarie il coupon potranno effettuare il test gratuitamente. La campagna di prevenzione coinvolgerà anche i medici di famiglia.

I coupon omaggio permetteranno ai pazienti (over 60 con almeno 1 fattore di rischio fumo – ipertensione – dislipidemia – diabete), **selezionati dai medici di famiglia**, di poter sostenere un test ecografico dell'addome gratuito, per la diagnosi precoce dell'aneurisma dell'aorta addominale, presso uno dei centri accreditati partner del progetto.

Buona parte dei coupon sono stati distribuiti in sede congressuale ai medici, e ai cittadini over 60 convenuti. I rimanenti coupon saranno messi a disposizione dei medici di Portici che ne faranno richiesta, fino ad esaurimento scorte, telefonando al 366 6873068. Oppure rivolgendosi alla CRI di Portici, con sede a Corso Garibaldi, a Cittadinanzattiva, presso Piazzale Gradoni o ancora al Distretto Sanitario 34 di Via Libertà che si occuperanno di distribuirli, per conto del Comitato, ai medici che ne faranno richiesta

8. LA COMUNICAZIONE E LA SENSIBILIZZAZIONE DELLA POPOLAZIONE

Il sig. Domenico Monte, Presidente del Comitato Locale della CRI – Portici e il Dr. Luigi Snichelotto, Presidente della Proloco- Portici, si sono dichiarati disponibili a collaborare non solo nella distribuzione dei coupon omaggio per conto del comitato per concorrere nella comunicazione dell'iniziativa promossa in città, quando anche nell'affiancamento alle attività di screening che si svolgeranno con il camper diagnostico domenica 20 e 27 gennaio.

Dichiarano inoltre di essere disponibili a sostenere con le istituzioni cittadine, il Comitato medici per San Ciro, la Commissione pastorale per i festeggiamenti Patronali a tessere con la Proloco rapporti di collaborazione con le CRI dei territori citati, nel gemellaggio religioso ed istituzionale di Portici, Marineo , Grottaglie ed ancora attraverso le loro organizzazioni di stringere rapporti con Atena Lucana e Vico Equense, anche loro città accomunate dallo stesso Santo Patrono Ciro.

Terminato il dibattito i medici intervenuti concordano sulle seguenti conclusioni -

- **Il Comitato medici per san Ciro in affiancamento ai centri cardiologici impegnati nello screening “Un minuto che vale una vita” teso ad individuare i pazienti affetti da A.A.A redigeranno un elenco dei test effettuati, chiedendo al Direttore del Distretto sanitario 34 l'attivazione del registro distrettuale di questa patologia**
- **Il team medico (cardiologi, angiologi, chirurghi vascolare, medici di famiglia) aderente al progetto suggeriscono un protocollo diagnostico e terapeutico per la gestione clinica semplificata di tale malattia che è sostanzialmente quella riconosciuta dalla SICVE.**
- **In presenza di una ectasia dell'aorta addominale si impegnano ad attuare un protocollo diagnostico teso ad individuare con una ricerca minuziosa la coronaropatia**
- **I pazienti positivi al test, cioè con un diametro dell'aorta superiore ai 3 cm, saranno sottoposti ad un follow up di 5 anni di intesa con il medico di medicina generale a cui sarà affidato e seguirà il seguente percorso diagnostico-terapeutico:**

1) Inquadramento di eventuale patologia generale o vascolare concomitante
Utile da un punto di vista clinico per decidere se orientarsi verso il gesto chirurgico tradizionale o l'endoprotesi che sarà consigliabile in caso di importante patologia combinata.

Ad esempio una severa BPCO orienta verso l'endoprotesi, una stenosi dell'arteria renale orienta verso una angioplastica con stent prima del gesto diretto sull'aneurisma. Un'importante arteriopatia ostruttiva iliaca orienta verso un bypass aortobifemorale anche prima che le dimensioni dell'AAA raggiungano 5,5 cm. Un'importante malattia ostruttiva dei tronchi sopraaortici ci obbliga a scelte temporali delicate e non standardizzabili. Malattie sistemiche gravi come neoplasie o malattie ematologiche tendono naturalmente ad orientare verso un approccio conservativo.

2) Screening non invasivo o invasivo per eventuale concomitante patologia coronarica sintomatica o asintomatica

Questa parte può essere eseguita tranquillamente nel tempo quando la diagnosi di AAA viene eseguita prima dei 5,5 cm e durante la monitoraggio seriata delle dimensioni dell'aneurisma. **Nel caso che la prima diagnosi avvenga per valori di diametro > 5,5 si procede, in assenza di coronaropatia conclamata, a test da sforzo o ad eco stress in caso di incertezza o impossibilità di eseguire uno stress massimale.**

Se il test da sforzo è negativo si procede all'intervento se le informazioni ANGIO TAC sono sufficienti per il chirurgo.

Se ci si orienta verso l'endoprotesi il passaggio attraverso l'angiografia è obbligato e in tal caso si tende ad eseguire anche la coronarografia con indicazione allargata. In presenza di coronaropatia manifesta vi è la tendenza ad eseguire sempre una coronarografia e angiografia dell'aorta contemporanea.

3) Studio diretto non invasivo con ecografia e TAC o invasivo con angiografia

Il passaggio dall'ecografia alla TAC è motivato dalle dimensioni dell'AAA.

Quando queste raggiungono all'Eco i 5 cm si passa alla ANGIOTAC che darà generalmente 2-3 mm in più del diametro massimo misurato all'eco.

L'esecuzione dell'ANGIO TAC per diametri nettamente minori è motivata dalla ricerca di eventuali altre localizzazioni (toracica, soprarenale) della malattia aneurismatica o da una cattiva qualità delle immagini ecografiche.

Come abbiamo già visto in caso ci si orienti verso l'endoprotesi il passaggio attraverso l'angiografia è obbligato e questo è il motivo che porta ad eseguire assai spesso la coronarografia a fini precauzionali.

4) Strategia d'intervento

Il riscontro di una coronaropatia significativa porta preferenzialmente ad intervenire con angioplastica o bypass prima su questa che sull'aneurisma.

La presenza d'importante patologia coronarica combinata non trattabile porta a preferire un gesto meno traumatico come l'endoprotesi rispetto all'intervento tradizionale.

Vi sono naturalmente delle limitazioni anatomiche all'endoprotesi come un colletto troppo corto o la presenza di patologia stenotica o tortuosità iliaca.

L'età avanzata può rappresentare una preferenza per l'endoprotesi, ma ciò dipende anche dall'età biologica e non anagrafica del soggetto e dalla fragilità generale del paziente.

La copresenza di una vasculopatia carotidea critica sintomatica porta ad intervenire prima sulla carotide, soprattutto se con angioplastica e stent, poi sull'AAA.

5. All'ingresso vengono eseguiti i seguenti esami diagnostici:

- esame clinico generale e cardiologico;
- ECG, Rx Torace, esami ematologici per lo studio della funzionalità renale, epatica e della crasi ematica;
- eco-color doppler dell'aorta addominale, renali e iliache che valuta il diametro dell'aneurisma, l'eventuale coinvolgimento delle arterie iliache, la presenza di stenosi delle arterie renali, la distanza del colletto dell'aneurisma dall'emergenza delle arterie renali, la pervietà dell'arteria mesenterica superiore;
- Eco-color doppler cardiologico, tronchi sopraaortici e arti inferiori per la ricerca di patologia concomitante;
- ANGIO TAC toraco-addominale con mdc, con tagli non superiori a 3-4 mm, se l'ecografia ha confermato il diametro > 5 cm;
- test da sforzo o provocativo (ecostress con dipiridamolo o dobutamina) per identificare un'eventuale coronaropatia silente sottostante;
- coronarografia quando indicata e angiografia aorta addominale in contemporanea.

6. I criteri per intervenire chirurgicamente o con endoprotesi sono i seguenti:

- diametro dell'aneurisma $\geq 5,5$ cm;
- diametro dell'aneurisma < 5,5 cm se sintomatico per dubbio d'imminente rottura;
- diametro dell'aneurisma < 5,5 cm ma con marcato incremento recente delle dimensioni, > 0,5 cm/6 mesi o >1 cm/anno.

7. A tutti i pazienti che devono eseguire chirurgia dell'AAA, in assenza di controindicazioni, viene prescritta una terapia con betabloccanti, la quale riduce in modo significativo il rischio d'eventi periprocedurali.

Se ci troviamo di fronte ad AAA di diametro < 5,5 cm e in assenza di documentazione certa d'importante aumento di diametro nei sei mesi/anno precedenti, la nostra osservazione sarà mirata principalmente all'inquadramento generale e alla coronaropatia associata, che andrà trattata con grande energia allo scopo di "preparare il paziente" ad un probabile futuro trattamento chirurgico o interventistico dell'AAA.

Il trattamento medico aggressivo implica quindi costantemente un trattamento antiaggregante, una normalizzazione piena della pressione arteriosa, il raggiungimento di obiettivi di LDL < 100 mg/dl e l'uso di una statina anche in presenza di normale colesterolemia, una correzione completa di tutti gli elementi della sindrome metabolica se presenti.

Tale comportamento virtuoso, potrà sicuramente avere secondo noi, lo scopo di ridurre significativamente la mortalità e morbilità coronarica che è molto elevata in questi pazienti.

8.Criteri che sconsigliano di intervenire in alcun modo sono:

- età anagrafica molto avanzata;
- condizioni generali molto compromesse;
- neoplasie;
- difetti coagulativi;
- creatinina > 3 mg/dl;
- estensione renale e soprarrenale della dilatazione.

9.Criteri che orientano preferibilmente verso la chirurgia generale:

- assenza di grave BPCO o di coronaropatia importante;
- presenza di un colletto sottorenale ≥ 3 cm;
- tutti i motivi tecnici che escludono la fattibilità di un'endoprotesi e che consentirebbero una chirurgia generale (diametro max > 7cm, diametro del colletto > 2,8 cm, trombi adesi al colletto, diametro iliaca distale < 7mm, tortuosità iliaca).

Alle ore 13,30 il Dr. Provitera chiude i lavori del convegno, ringrazia i relatori ed il pubblico partecipante, si impegna a dare ampia diffusione dei contenuti della giornata di lavoro dedicata all'aneurisma dell'aorta addominale attraverso il sito www.medipersanciro.org e inviando per conoscenza ai medici di medicina generale del territorio, all'ordine dei medici di Napoli, al Direttore Sanitario dell'ASL NA3 sud e al Commissario Prefettizio del Comune di Portici affinché possa essere pubblicato sui loro siti istituzionali ed essere di impegno ognuno per la sua parte.

21 gennaio 2013

Il Presidente del Comitato
Dr. Bruno Provitera