

ne, non rispondono o rispondono molto poco ai trattamenti convenzionali costituendo una valida risorsa per la soluzione di un problema di notevole rilevanza sia economica che sociale. E' necessario, tuttavia, per la validazione della tecnica, un ulteriore approfondimento circa i meccanismi d'azione, una migliore standardizzazione dei protocolli e una migliore definizione delle implicazioni medico-legali.

ENDOLEAK DI I TIPO DOPO TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE DI ANEURISMA SOTTORENALE. CASE REPORT

S. Parsapour Moghadam, A. Morbidelli, A. de Troia, A. Serras, M. Cugnasca, F. Perona*

*U.O. Chirurgia Vascolare Prima, Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano; * Servizio di Radiologia Interventistica, Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano*

Introduzione. L'endoleak è una delle complicanze più frequenti nel trattamento endovascolare degli aneurismi dell'aorta addominale con un tasso di incidenza del 16%. L'endoleak di I tipo (43%) nelle sue varianti prossimale e distale rappresenta uno dei maggiori fattori che predispongono al fallimento della procedura e alla rottura dell'aneurisma.

Riportiamo di seguito un caso di Endoleak tipo I dopo il trattamento endovascolare di un aneurisma dell'aorta addominale in una paziente ad alto rischio operatorio e affetta da neoplasia epatica.

Case Report. Paziente di 82 anni, ipertesa, non udente, piastrinopenica (59000) con due neoplasie epatiche e sottoposta a termoablazione e chemioembolizzazione; portatrice di aneurisma dell'aorta addominale sottorenale. Vari controlli TC addome, eseguiti, per la patologia epatica avevano evidenziato aumento del diametro dell'aneurisma di 1 cm circa in 6 mesi. All'ingresso l'aneurisma misurava poco più di 5 cm e oltre alla piastrinopenia, nota, si rilevavano: anemia, valori alterati della funzionalità epatica (SGOT 218, SGPT 76, Colinesterasi 2025). Inoltre all'Ecocardiografia: stenosi valvolare aortica, prolasso e insufficienza mitralica, dilatazione atriale sinistra e ipertensione polmonare. All'esame angiografico preoperatorio si rilevava angolazione del colletto prossimale dell'aneurisma, di 50 gradi, e lieve angolazione dell'origine dell'arteria iliaca sx. Dopo la valutazione anestesiológica (ASA 3) si è proceduto a posizionamento di endoprotesi aorto-bisiliaca con accesso femorale bilaterale (chirurgico dx e per cutaneo sx). Al controllo angiografico eseguito immediatamente dopo la procedura si rilevava un endoleak di I tipo. La procedura è stata complicata dall'emorragia in sede di accesso percutaneo che ha richiesto la revisione chirurgica e da una linforraggia inguinale destra. Al controllo angio TC, eseguita in 6 giornata post-operatoria, e a distanza di 1 mese, veniva confermato tale reperto anche se di dimensioni nettamente inferiori e senza ulteriori aree di opacizzazione della sacca. La paziente veniva dimessa e si programmarono dei controlli TC seriati per la valutazione dell'evoluzione dell'endoleak.

Discussione e conclusioni. La selezione dei pazienti e del Graft dovrebbe tenere conto di molti fattori (diametro, lunghezza e angolazione dei colletti) per minimizzare il rischio di endoleak di I tipo. Secondo alcuni studi riportati in letteratura i pazienti che presentano un'angolazione < a 40 gradi hanno un outcome migliore mentre pazienti con un'angolazione superiore a 60 gradi hanno un rischio di complicanze tra il 54% e 70%. L'indicazione chirurgica in questa paziente è stata posta per le dimensioni dell'aneurisma e per il suo rapido aumento. In particolare la scelta dell'approccio endova-

scolare è stata determinata dell'elevato rischio di una via laparotomia sia per la piastrinopenia sia per l'epatopatia descritta.

FISTOLA AORTO CAVALE E TROMBOSI CAVALE NEOPLASTICA DOVUTA A RICORRENZA LOCALE DI CARCINOMA RENALE

E.M. Marone, C. Brioschi, Y. Tshomba, M.R.L. Moura, F. Setacci, B. Catenaccio, R. Chiesa

Cattedra di Chirurgia Vascolare, Università Vita-Salute, IRCCS H. S. Raffaele, Milano

Introduzione. La fistola aorto cavale è una rara complicanza delle neoplasie che coinvolgono il retroperitoneo e la vena cava inferiore (VCI). Questa entità necessita di un'attenta pianificazione chirurgica per trattare la fistola, la trombosi neoplastica della vena cava inferiore e la neoplasia retroperitoneale.

Caso clinico. SA, maschio, 57 anni, giunto alla nostra osservazione per dolore addominale associato ad importante calo ponderale. In anamnesi nefrectomia destra per carcinoma renale 10 anni fa. La TC addome con mdc mostrava una massa retroperitoneale, compatibile con processo eteroformativo, coinvolgente l'aorta addominale sottorenale e infiltrante la VCI che risultava trombizzata caudalmente alla lesione. Si evidenziava inoltre un tramite fistoloso aorto-cavale, confermato con angio-RM e angiografia dell'aorta addominale. L'intervento chirurgico è stato eseguito mediante laparotomia sottocostale per via transperitoneale. La fistola aorto cavale, localizzata in prossimità del residuo del peduncolo renale destro, è stata isolata e suturata. La VCI è stata legata prossimalmente e distalmente alla massa neoplastica e asportata insieme ad essa. L'istologia della lesione era compatibile con carcinoma scarsamente differenziato con componenti anaplastiche e sarcomatoidi, riferibile a carcinoma renale. Il decorso postoperatorio si è svolto regolarmente. Alla dimissione il paziente si trovava in buone condizioni cliniche, si alimentava regolarmente e riferiva attenuazione della sintomatologia dolorosa addominale.

Discussione. La fistola aorto cavale rappresenta un problema clinico importante e necessita di diagnosi e trattamento chirurgico precoci. Nei pazienti con coinvolgimento neoplastico dei grossi vasi retroperitoneali può rendersi necessaria una resezione vascolare che permette una migliore radicalità o palliazione. La scelta dell'intervento chirurgico dipende dal tipo di tumore, dalla sua estensione, dall'entità del coinvolgimento cavale e dallo sviluppo di una circolazione venosa collaterale adeguata. Nonostante l'intervento chirurgico, la sopravvivenza di questi pazienti è limitata dalla progressione della patologia neoplastica. La chirurgia rimane comunque l'unico mezzo per migliorare la sopravvivenza e offrire palliazione.

Discussione e conclusioni. La fistola aorto cavale è una rara complicanza dei tumori del retroperitoneo che necessita di un precoce intervento chirurgico, sia per la problematica neoplastica, sia per la problematica emodinamica. La chirurgia vascolare ha un ruolo importante nella resezione di neoplasie coinvolgenti i grossi vasi retroperitoneali in quanto la resezione della VCI in pazienti selezionati è una valida procedura che consente una migliore radicalità chirurgica e palliazione dei sintomi.

I FILTRI CAVALI REMOVIBILI: NOSTRA ESPERIENZA PRELIMINARE

E. Martelli, R. Gandini*, N. Pienabarca, F. Accocca, G. De Vivo

*Cattedra di Chirurgia Vascolare, *Cattedra di Radiologia, Università degli Studi Tor Vergata, Roma*

Introduzione. L'impiego dei filtri cavali (FC) nella prevenzione dell'embolia polmonare (EP) in pazienti con trombosi venosa profonda (TVP), nonostante la riconosciuta validità in caso di manifeste controindicazioni alla terapia anticoagulante, pone ancora oggi delle problematiche riguardanti soprattutto il trattamento dei pazienti in giovane età e la relativa manutenzione dei FC temporanei. Scopo di quest'analisi retrospettiva è valutare la sicurezza e i risultati di un nuovo FC del tipo removibile (ALN), sulla base della nostra preliminare esperienza.

Materiali e metodi. Abbiamo preso in considerazione l'arco temporaneo gennaio-dicembre 2002 durante il quale a 12 pazienti affetti da TVP è stato impiantato un FC removibile del tipo ALN. Le procedure sono state effettuate in anestesia locale con metodica percutanea trans-giugulare, brachiale o femorale, avvalendosi sempre di una cavografia preliminare e di una di controllo. Il follow-up medio è stato di 5 mesi e si è basato su periodici controlli TC a 1, 3, 6 mesi.

Risultati. La ratio uomini:donne era 7:5, l'età media 32 anni. Il razionale al posizionamento di un FC consisteva nella controindicazione alla terapia anticoagulante (5 pazienti, 42%), nella profilassi dell'EP in pazienti politraumatizzati con fratture del bacino e/o del piatto tibiale (3 pz, 25%), nella prevenzione dell'EP post-partum (2 pz, 16.7%) o per recenti episodi di EP (2 pz, 16.7%). L'approccio percutaneo è stato transgiugulare in 4 pazienti (33.3%), transfemorale sinistro in 3 (25%), transfemorale destro in 2 (16.7%) così come transbrachiale in altrettanti (16.7%). Il FC è stato posizionato a livello sottorenale in 8 pazienti, (66%) e soprarenale nei restanti 4 (33%). Durante la fase di rilascio, dalla cavografia di controllo si è potuta documentare un'angolazione del FC stesso, tuttavia <10%. Al follow-up non si sono verificate né migrazioni o angolazioni maggiori del FC né perforazioni o trombosi della vena cava. Nonostante il posizionamento del FC, si è verificato un episodio di EP che ha comportato il ricovero del paziente in terapia intensiva. Con successo sono stati rimossi 4 (33%) FC in un tempo variabile da 20 a 56 giorni. In un paziente la rimozione si è rivelata più indaginosa del previsto a causa della parziale adesione del FC al vaso.

Discussione e conclusioni. Il filtro removibile ALN può essere facilmente rilasciato e posizionato senza particolari rischi di migrazione. Si è rilevato sicuro ed efficace nella prevenzione dell'EP. Può essere rimosso facilmente e con successo, caratteristiche queste che estendono la sua applicabilità ai pazienti giovani e il posizionamento anche in sedi considerate finora atipiche, come il livello soprarenale.

I TUMORI DEL GLOMO CAROTIDEO

A. Odero jr, R. Curci, R. Felisi, G. Bianchi, P. De Amicis

Cattedra di Chirurgia Vascolare, Università degli Studi di Pavia, U.O. di Chirurgia Vascolare, Ospedale Maggiore, Lodi

Introduzione. I tumori del glomo carotideo, seppur rari, rappresentano l'unica patologia che interessa questo organo di origine epitelioide. La malignità di queste neoplasie è rappresentata principalmente dalla inesorabile crescita con compressione delle strutture vasculo-nervose del collo (nel 10% dei casi è presente deficit di almeno 1 nervo cranico) o produzione di neuropeptidi ormonali; la metastatizzazione ai linfonodi regionali è rara (5-10%). Clinicamente si manifesta come massa pulsante laterocervicale (non espansiva) accompagnata da dolore locale, tinnito, ronzii, raucedine o disfagia e sincope. La diagnosi viene confermata con ECD, angiografia, TC, e RM: tali metodiche sono in grado di definirne estensione e i rapporti con le strutture nervose adiacenti; l'angiografia è in grado di definirne la vascolarizzazione. I grossi tumori possono

essere aggrediti in prima istanza mediante l'embolizzazione cui deve seguire l'escissione chirurgica in tempi brevi; la radioterapia preoperatoria risulta poco utile considerando la spiccata radioresistenza. L'approccio chirurgico è a tutt'oggi gravato da un'elevata morbilità, principalmente neurologica periferica, e da importanti sanguinamenti intraoperatori.

Materiali e metodi. Nella nostra esperienza sono stati trattati 5 paragangliomi dal 1994 ad oggi. In due casi si è proceduto all'embolizzazione preoperatoria mediante gelfoam e particelle di Dacron con cateterismo selettivo dell'arteria glomica o della faringea ascendente. I tumori embolizzati erano classificabili in un caso di gruppo II tipo II e nell'altro gruppo III e tipo II.

Risultati. L'embolizzazione preoperatoria ha garantito una diminuzione delle perdite ematiche e dei tempi chirurgici. Nella paziente di gruppo III si è verificata la compromissione temporanea dell'ipoglosso e del laringeo superiore. La mortalità è stata nulla.

Discussione e conclusioni. Il trattamento di queste rare lesioni, quando supportato da uno studio accurato della morfologia e del coinvolgimento dei vasi carotidei associato all'embolizzazione preoperatoria, è efficace e gravato da un ridotto tasso di complicanze, sovrapponibile a quello della chirurgia carotidea.

IL RUOLO DELL'ECOCOLOR DOPPLER NEL LINFEDEMA DEGLI ARTI

C. Murru, G. Illomei

Gruppo Mediterraneo Ricerca Chirurgica, Cagliari

Introduzione. Nella diagnostica del linfedema degli arti la metodica Ecocolor Doppler (ECD), pur sempre accanto ai rilievi clinici e linfoscintigrafici, sta conquistando spazi crescenti. L'esame ECD può fornire dati morfologici e funzionali circa le vie linfatiche, i linfonodi e dati inerenti ai tessuti affetti dalla linfoasi. L'accuratezza dello studio ECD del circolo venoso (spesso coinvolto nella genesi dell'edema), nonché d'altre cause edemigene (cisti, aneurismi ecc.) fa di questa metodica non invasiva, ripetibile e affidabile un complemento strumentale molto utile per la gestione diagnostico-terapeutica del linfedema.

Materiali e metodi. Il nostro è uno studio preliminare su 10 pazienti affetti da linfedema. La metodica ECD nell'arto linfedematoso segue una procedura sovrapponibile a quell'applicata nello studio delle malattie arteriose e venose. La sonda da noi utilizzata ha una frequenza piuttosto alta 7.5-10 MHz. Si è proceduto prima a una valutazione ecografica degli strati cutanei e sottocutanei, sovra-fasciali e sotto-fasciali, per assumere informazioni di tipo morfologico; poi si è utilizzato il color-doppler, eventualmente power-doppler, per evidenziare i flussi artero-venosi della sede in esame. Lo studio ecografico delle porzioni dell'arto interessate da un edema ha reso possibile una valutazione quali-quantitativa del tessuto sopra-sotto-fasciale. È stato possibile rilevare la presenza di accumuli di fluido nei tessuti, la loro sede, estensione, conformazione e la loro depressibilità con la sonda. Si è inoltre calcolata la distanza esistente fra la fascia superficiale (e/o profonda) e il derma, per quantizzare l'entità dello strato edematoso in punti di repere prestabiliti ai fini del monitoraggio della eventuale terapia, o semplicemente per seguire nel tempo l'evoluzione di un quadro di linfedema. Si è valutata la presenza di tessuto fibrotico, iperrecogono e poco o nulla influenzabile dalle compressioni ab estrinseco. Ancora si è andati a ricercare una possibile ectasia dei principali collettori linfatici dell'arto. Un'indagine ECD degli arti inferiori, in caso di edema, non può prescindere dalla