

Sicve: tradizionale e mininvasivo a confronto

*Quale l'approccio migliore per la cura della patologia arteriosa: tradizionale o mininvasivo? Il confronto sarà per la prima volta approfondito dagli **specialisti più competenti in materia** che si riuniranno a L'Aquila (28 settembre – 1 ottobre) al Congresso nazionale della SICVE, la **Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare**.*

Interventi mininvasivi, spesso in *day hospital*, degenze sempre più corte e ripresa delle normali attività in tempi brevi. E' questa una delle possibilità offerte ai pazienti che soffrono di malattia steno-ostruttiva (un restringimento delle arterie sino alla loro occlusione) o, all'opposto, malattia aneurismatica, (la dilatazione progressiva delle arterie sino alla loro rottura) dai progressi compiuti in chirurgia, grazie anche a tecniche sempre più raffinate e *device* ad alta tecnologia. Ma la chirurgia tradizionale per risolvere la 'patologia arteriosa', è ancora in molti casi insostituibile.

“L'intervento vascolare tradizionale e l'intervento endovascolare mininvasivo rappresentano due validi strumenti complementari in mano a noi specialisti per risolvere le diverse patologie arteriose, che, a causa della variabilità dell'estensione e della sede delle lesioni, risultano essere molto complesse” spiega **Domenico Palombo**, *Presidente SICVE, Direttore Unità Operativa di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare, Azienda Ospedaliera Universitaria 'San Martino', Genova*.

“Il chirurgo vascolare – sottolinea Palombo - è l'unico specialista cui spetta, per tradizione culturale e completezza tecnica, la gestione e la cura della malattia vascolare ed è l'unico che, data la sua conoscenza approfondita della patologia e delle tecniche sia tradizionali che mininvasive, ha in mano gli strumenti per poter decidere quale sia il trattamento migliore in base alle evidenze scientifiche ed alla tipologia dei quadri affrontati. Solamente studiando accuratamente il singolo “caso” è possibile scegliere la procedura d'intervento, la quale non necessariamente dovrà essere endovascolare, tranne in quelle circostanze accuratamente selezionate in cui questa metodica potrà essere risolutiva”.

Precisare meglio gli ambiti e le indicazioni dell'intervento endovascolare-mininvasivo e dell'intervento tradizionale vascolare è uno dei temi cardine del *IV Congresso nazionale della Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare (SICVE)*. In ogni distretto vascolare trattato la letteratura mette in luce l'esigenza di *Centri altamente qualificati* in grado di poter proporre entrambe le procedure.

DALLA TESTA: l'intervento sulle carotidi

Il trattamento chirurgico tradizionale in Centri qualificati ha ormai raggiunto risultati eccellenti, con complicanze maggiori inferiori all'1 per cento in presenza di una stenosi primitiva, cioè nel paziente mai trattato in precedenza. La cura endovascolare ha un tasso di complicanze neurologiche, causate prevalentemente dalla formazione di emboli, che sfiora il 6 per cento. Data la disparità ancora esistente tra i risultati della chirurgia tradizionale e quelli della angioplastica o PTA (Percutaneous Transluminal Angioplasty), le attuali linee guida, italiane ed internazionali, controindicano il trattamento endovascolare della stenosi carotidea, a patto che non ci si trovi di fronte a quadri anatomici particolari. Nel soggetto con stenosi carotidea sintomatica la scelta del tipo di trattamento, chirurgico tradizionale o endovascolare, si basa sulla valutazione di una serie di fattori tra cui ad esempio l'anatomia dell'arco aortico (segmento dell'aorta dal quale originano i vasi che nutrono la testa e gli arti superiori), della carotide e le condizioni generali del paziente.

AI PIEDI: il trattamento salvagambe delle arterie

Le lesioni arteriose degli arti inferiori (arterie iliache, femorali, poplitea ed i vasi di gamba) sono invalidanti per il 10 ed il 20 per cento della popolazione (1 – 2 su dieci) nella fascia d'età compresa tra i 60 ed i 70 anni, e per oltre il 20 per cento degli over 70. Il tentativo di rivascolarizzazione, cioè l'attuazione di procedure finalizzate ad aumentare l'apporto di sangue ai tessuti periferici, diviene dunque imperativo e prende il nome di *salvataggio d'arto*. Il successo clinico si basa sulla saggezza nella scelta dell'indicazione terapeutica. Per questo la TASC (TransAtlantic Inter-Society Consensus) del 2004, alla quale hanno partecipato esperti provenienti da tutto il mondo, ha dettato le linee guida tuttora valide sul ruolo della Chirurgia Endovascolare nel trattamento di queste lesioni. Secondo queste linee guida le procedure endovascolari sono il trattamento di scelta delle lesioni iliache estese meno di 3 cm, mentre risultano controindicate quando presentino una lunghezza superiore a 10 cm o quando le lesioni si estendono in basso alla femorale comune.

PASSANDO PER L'ADDOME: il trattamento delle arterie addominali

La malattia aneurismatica aortica è una condizione frequente, soprattutto per l'*aorta addominale*, riconoscibile nel 2-5 per cento dei maschi di età superiore ai 60 anni e nel 9 per cento dei soggetti di età superiore agli 80 anni. Nonostante le sostanziali differenze tra le possibilità di trattamento tra gli aneurismi dell'aorta addominale, quelli dell'aorta toracica e quelli dell'aorta toraco-addominale, la Chirurgia Endovascolare si associa a tassi di complicanze peri-operatorie (relative all'intervento ed ai *primi* 30 giorni dallo stesso) inferiori rispetto a quelli della chirurgia tradizionale. Anche la durata dei ricoveri risulta sensibilmente inferiore in caso di trattamento con tecnica endovascolare. Ma

contrariamente a quanto si verifica nel breve termine, un paziente operato con intervento classico è esposto a rischi di complicanze post-operatorie (*dopo* i 30 giorni dall'intervento) minori rispetto a quelli relativi all'intervento endovascolare dell'aneurisma. Il rischio di andare incontro a una complicanza nell'intervento chirurgico tradizionale è del 10% mentre con intervento mininvasivo il solo il rischio di una delle possibili complicanze, gli endoleaks (rigonfiamenti della sacca aneurismatica attorno all'endoprotesi, a causa di un'infiltrazione) sfiora il 20%, nel lungo periodo. Inoltre non tutti gli aneurismi aortici sono trattabili per via endovascolare. E', infatti, necessario che siano soddisfatti alcuni requisiti anatomici, quali la lunghezza, l'angolazione e le caratteristiche interne del colletto prossimale, ossia la zona di ancoraggio superiore dell'endoprotesi. Anche l'età e le condizioni generali del paziente sono fattori determinanti nella scelta della condotta terapeutica più opportuna.

“Le tecniche endovascolari e mininvasive rappresentano strumenti che si affiancano alle tecniche tradizionali chirurgiche e di cui il Chirurgo Vascolare dispone, in più rispetto al passato, per combattere la stenosi carotidea, arteriopatie periferiche ed aneurismi” conclude Palombo. “Nessuna battaglia può essere vinta se non dopo un'attenta e scrupolosa analisi delle varie strategie e, dove possibile, la creazione di alleanza e sinergie”.

Per ulteriori informazioni:

3

Valentina Alfieri

Ufficio Stampa OSC healthcare
tel. 02 43912386
fax. 02 700519125
cel. 346 0152728
e-mail: valfieri@oscbologna.com