

GLI ANEURISMI

PROF. ANNA FLORIO

DEFINIZIONE

ANEURISMA ARTERIOSO

Dilatazione permanente di un'arteria che presenta un incremento di almeno il 50% del suo diametro normale.

SVS-ISCVS
J Vasc Surg 1998

ANEURISMA FALSO

Per **aneurisma falso** s'intende una cavità contenente sangue in comunicazione con una arteria, ma nelle cui pareti non si dimostrano costituenti elastici e muscolari tipici di una arteria.

DEFINIZIONE

Per aneurisma s'intende la dilatazione permanente di una arteria dovuta ad alterazioni della parete con interruzione parziale dei suoi costituenti elastici e muscolari.

Per **aneurisma falso** s'intende una cavità contenente sangue in comunicazione con una arteria, ma nelle cui pareti non si dimostrano costituenti elastici e muscolari tipici di una arteria.

EZIOPATOGENESI

Gli aneurismi possono essere:

- **Congeniti**
- **Acquisiti**

Aneurismi Acquisiti

- Degenerativi
- Infiammatori
- Traumatici

ANEURISMI CONGENITI

Tipicamente rappresentati dagli aneurismi endocranici, comprendono non solo quelli presenti alla nascita, ma anche quelli la cui comparsa in età successiva è comunque riconducibile a debolezza congenita della parete arteriosa.

ANEURISMI DEGENERATIVI

Sono perlopiù di tipo arteriosclerotico, meno frequenti sono quelli di tipo fibrodisplasico e quelli dovuti alla necrosi della tunica media.

L'elemento fisiopatologico fondamentale è rappresentato in questo tipo di aneurismi da alterazioni della parete secondarie alle occlusioni dei capillari che danno origine ai vasa vasorum.

ANEURISMI MICOTICI

La migrazione di emboli settici può dar luogo ad una infezione che si localizza a livello della tunica media del vaso che poi si propagherà come arterite trasmurale; generalmente sono secondari ad endocardite batterica (streptococco 42% stafilococco 35%).

ANEURISMI INFIAMMATORI

Questi aneurismi sono quasi sempre localizzati a livello dell'aorta sottorenale con parete di spessore aumentato (2-3 cm) a superficie biancastra, lucida, tenacemente aderenti alla quarta porzione del duodeno, alla vena cava e ad alle strutture contigue. L'incidenza è dell'8% circa. L'eziologia sarebbe riconducibile ad una reazione infiammatoria ad una preesistente lesione arteriosclerotica.

ANEURISMI TRAUMATICI

Qualsiasi trauma (contusioni, lacerazioni parziali, compressione sul piano osseo) capace di compromettere l'integrità vasale senza determinante la rottura, ma solo una di minore resistenza della parete arteriosa alla pressione endoluminale, può produrre un aneurisma.

Altra possibilità è la formazione di una dilatazione aneurismatica poststenotica;

tipico è l'esempio della succlavia compressa da una costa cervicale sovranumeraria.

CLASSIFICAZIONE MORFOLOGIA

Sacciforme: provvisto di un colletto che mette in comunicazione il lume arterioso normale con la parete dilatata

Fusiforme: la dilatazione avviene in maniera uniforme lungo l'asse longitudinale del vaso

Dissecante: sono determinati dallo scollamento delle tuniche vasali con formazione di un nuovo lume nell'interno della parete arteriosa

Sedi

Gli aneurismi si possono formare in tutte le arterie

Aorta addominale : 65% dei casi (90% al di sotto della arterie renali)

Aorta toracica: 33% (7% a livello dell'arco, 10% aorta ascendente, 16% aorta discendente)

Aorta toraco-addominale 2% dei casi

Arterie periferiche: 70% arterie poplitee spesso bilaterali
20% arteria femorale

Altre localizzazioni: 10%

FISIOPATOLOGIA

Indebolimento progressivo della parete arteriosa secondo modalità diverse per ogni tipo descritto

Aumento della pressione endoluminale

L'incremento del volume aneurismatico è legato alle leggi fisiche di Bernoulli e Laplace

Sec. la prima: il sangue in movimento in corrispondenza della parete dilatata ha una velocità inferiore ed una pressione dinamica maggiore che sfianca la parete del vaso. Questo fenomeno trova conferma nella legge di Laplace secondo la quale la pressione laterale sulla parete è direttamente proporzionale al raggio.

Le modificazioni dell'energia cinetica e della tensione laterale provocano rallentamento della velocità di flusso con formazione di trombi parietali.

Aneurismi dell'aorta addominale

Gli aneurismi aterosclerotici costituiscono il 90% degli aneurismi osservati.

Incremento dell'elastasi cellulare determinato geneticamente particolarmente nelle fibrocellule muscolari lisce.

SEDE

- SOTTORENALE
- INFRARENALE

ANATOMIA PATOLOGICA

Frammentazione delle lamine elastiche della tonaca media, fibrosi intraparietale e perivasasale, deplezione di fibrocellule muscolari lisce deposizione di calcio, discontinuità dell'intima. Il lume è occupato da trombi pluristratificati.

Nell'aneurisma infiammatorio la parete è ispessita; la flogosi interessa tutte le tonache; vi è inoltre proliferazione intimale, frammentazione delle lamine elastiche e perdita di fibrocellule muscolari lisce nelle media. Focolai flogistici intorno ai piccoli vasi.

L'evoluzione dell'aneurisma dell'aorta addominale è caratterizzata da incremento del diametro antero-posteriore e trasversale.

L'evento terminale è la rottura.

CLINICA

Asintomatici

Diagnosticati occasionalmente in corso di visita o di accertamenti per altre patologie,

Sintomatici

Dolore spesso lieve, in sede lombare che si irradia verso il basso fino alla radice della coscia per compressione delle radici nervose. La compressione degli ureteri può dare la sintomatologia di una colica renale.

Sintomi di arteriopatia cronica ostruttiva periferica.

Sintomi tipici della "claudicatio abdominis" per interessamento dell'arteria mesenterica inferiore con concomitante insufficienza dei circoli collaterali di supplenza.

DIAGNOSI

ESAME OBIETTIVO

Ispezione

tumefazione allungata a maggiore asse longitudinale in sede mesogastrica e/o nei quadranti sinistri dell'addome con pulsazione sincrona con il polso che solleva il piano cutaneo.

Palpazione

la tumefazione presenta:

- superficie liscia
- dimensioni variabili
- consistenza duro-elastica
- a limiti netti
- pulsatilità sincrona con il polso
- espansibilità in tutte le direzioni
- non spostabile sul piano cranio-caudale
- non dolorabile

Ascoltazione

presenza di soffio sistolico

Diagnosi

- La biforcazione aortica è a livello dell'ombelicale trasversa
- L'aorta scoliotica può essere scambiata per aneurismatica
- Pulsazioni trasmesse da tumefazioni pancreatiche
- Pulsazione presente in individui molto magri o lordotici
- Se i margini laterali dell'aneurisma convergono al di sotto dei margini costali si può presumere che l'aneurisma sia limitato alla aorta sottorenale

INDAGINI STRUMENTALI E RADIOLOGICHE

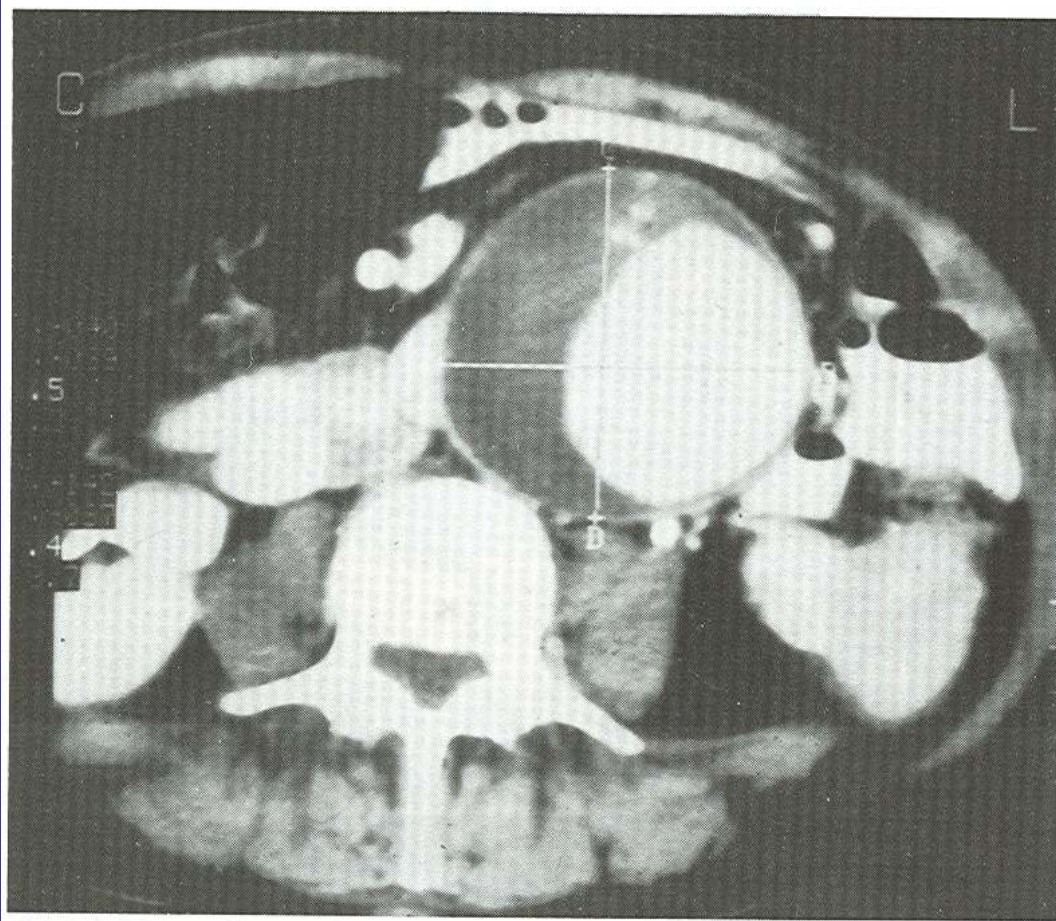
Rx diretta addome in due proiezioni

Ecografia

TC e TC multislice

Angio-RM

Angiografia



COMPLICANZE

Embolia

Trombosi

Rottura

SEDI DI ROTTURA

RETROPERITONEO

PERITONEO LIBERO

ORGANI CAVI

TERAPIA

Chirurgica

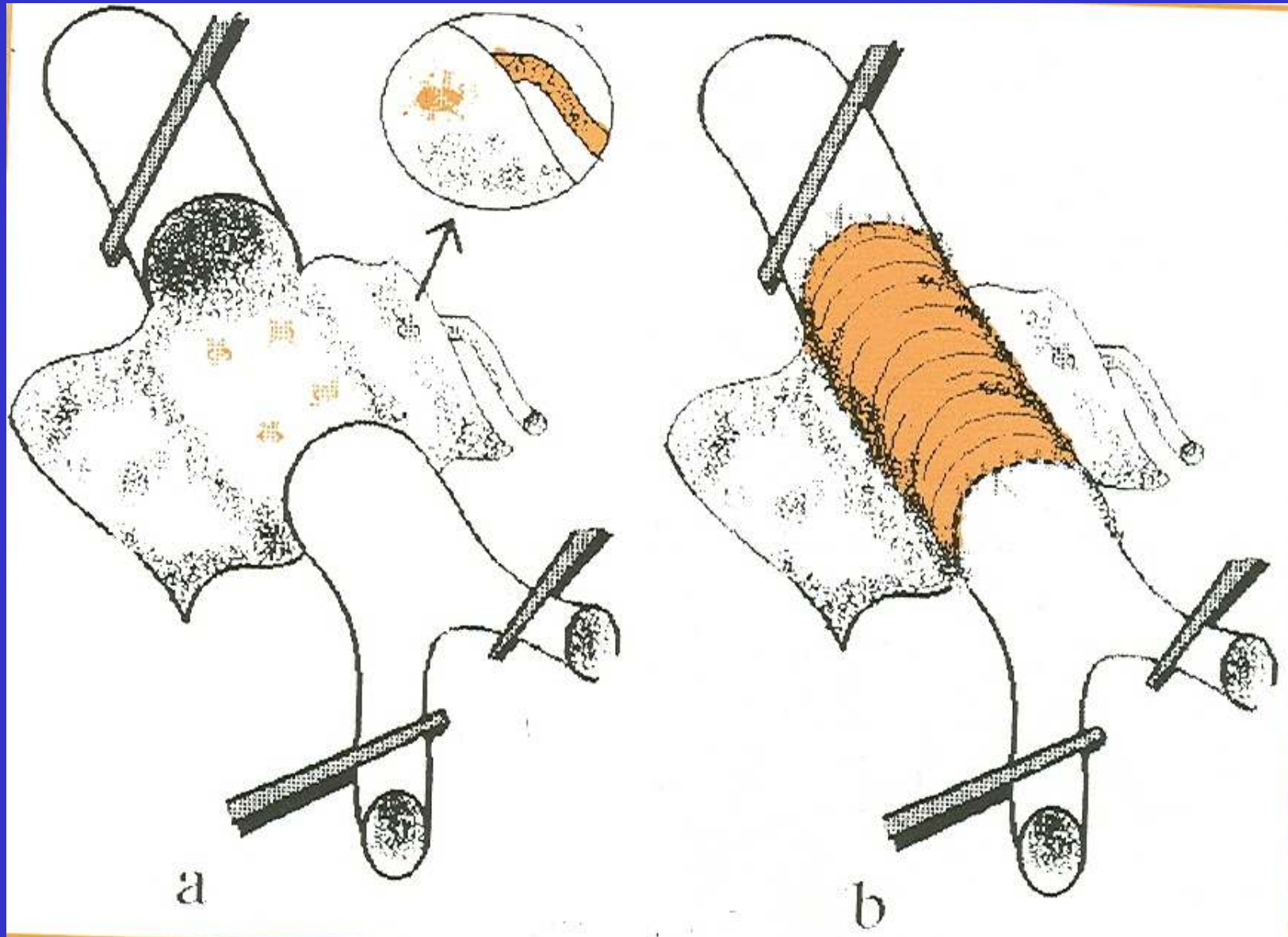
Endovascolare

IL TRATTAMENTO CHIRURGICO DEGLI ANEURISMI

-APERTURA ANEURISMA

-SOSTITUZIONE CON PROTESI DELL'AORTA

-RICOSTRUZIONE DI ARTERIE CONTIGUE O IN CONTINUITA'
CON L'ANEURISMA AFFETTE DA LESIONI OSTRUTTIVE



GLI ANEURISMI DELLE ARTERIE PERIFERICHE SI PRESENTANO :

-IN FORMA ISOLATA

-ASSOCIATI A LOCALIZZAZIONI AORTICHE

-BILATERALI O MULTIPLI, SPESSO SIMMETRICI

