Aneurismi dell’aorta addominale - La terapia

Data 02 settembre 2007
Categoria cardiovascolare

Una messa a punto su alcuni aspetti critici degli aneurismi dell'aorta addominale. In questa terza parte si parlerà della terapia.

Esiste una terapia medica degli aneurismi dell’aorta addominale?

Alcuni studiosi canadesi hanno utilizzato il propanololo per prevenire la dilatazione degli aneurismi in un RCT in doppio cieco su oltre 500 pazienti con piccoli aneurismi asintomatici (diametro 3 - 5 cm) . Il protocollo prevedeva una ecografia ogni 6 mesi e l’intervento se il diametro superava i 5 cm. Alla fine dello studio (2,5 anni) la mortalità globale fu simile in entrambi i gruppi cosi’ come la frequenza di interventi chirurgici. Tuttavia si ebbe una elevata percentuale di drop-outs (quasi il 40%) nel gruppo propanololo a causa degli effetti collaterali; se ci si limita a considerare la frequenza dell’intervento chirurgico ai pazienti che continuarono il trattamento attivo, essa fu minore nel gruppo propanololo (35 interventi versus 55, p = 0,02). La somministrazione del betabloccante non migliorava quindi la prognosi dei piccoli aneurismi, ma riduceva il ricorso alla chirurgia nei pazienti che tolleravano il trattamento. Tuttavia, almeno teoricamente, tutti i farmaci che agiscono riducendo la pressione arteriosa potrebbero essere utili nel ridurre il rischio evolutivo verso la rottura.

Uno studio caso-controllo su oltre 15.000 pazienti (età > 65 anni) ricoverati per aneurisma (in fase di rottura o non) ha cercato di far luce sulla questione. Dopo aver aggiustato i dati per vari fattori confondenti gli autori hanno trovato che l'uso degli aceinibitori era associato ad una riduzione del rischio di rottura del 18% (IC95% dal 10% al 26%). Al contrario questo effetto protettivo non era evidente per altri farmaci antipertensivi compresi tiazidici, alfa e beta - bloccanti, calcioantagonisti e sartani.
Ovviamente trattandosi di uno studio osservazionale questi risultati vanno interpretati con cautela. Si può ipotizzare che gli aceinibitori riducano il rischio di rottura di un aneurisma indipendentemente dall'effetto ipotensivo? Se fosse così si potrebbe spiegare perchè gli stessi risultati non sono stati osservati con gli altri antipertensivi. Una risposta però dovrebbe venire da studi di tipo randomizzato e controllato progettati ad hoc.

Quale terapia chirurgica?

Gli AAA possono essere trattati o con l'intervento tradizionale a cielo aperto (aneurismectomia e successivo by-pass aorto-aortico) oppure con un intervento per via endovascolare (attraverso l'arteria femorale) con l'inserimento di una endoprotesi. Per stabilire quale dei due approcci sia preferibile sono stati effettuati i due studi EVAR .

Nello studio EVAR 1 sono stati arruolati poco più di 1.000 pazienti (età > 60 anni)che avevano un AAA del diametro di 55 mm o più, randomizzati a intervento chirurgico classico oppure a quello con endoprotesi. L'end-point principale dello studio era la mortalità totale, end-point secondari erano la mortalità specifica, le complicanze post-operatorie, i costi e la qualità di vita. Dopo un follow-up di 4 anni la mortalità totale non differiva tra i due gruppi mentre quella specifica (cioè dovuta all'aneurisma) era minore nel gruppo endoprotesi (4% vs 7%; p = 0,04). Tuttavia le complicanze post-operatorie nei 4 anni erano più frequenti nel gruppo endoprotesi (41% vs 9%; p < 0,0001). A 12 mesi la qualità di vita era simile nei due gruppi. Gli autori concludono che il trattamento endovascolare non porta a vantaggi per quanto riguarda la mortalità e la qualità di vita, costa di più ed è gravato da un maggior numero di complicanze post-operatorie e di reinterventi, anche se migliora la mortalità specifica.

Del resto già nello studio DREAM, su oltre 350 pazienti, si era visto che il vantaggio in termini di sopravvivenza, evidenziato nel primo anno post-operatorio con l'approccio endovascolare, non si manteneva a due anni .

Nello studio EVAR 2 sono stati arruolati 366 pazienti con aneurisma di 55 mm o più che però avevano delle controindicazioni al trattamento chirurgico classico, randomizzati ad endoprotesi oppure a nessun intervento. A 4 anni di follow-up non si osservò nessuna differenza tra i due gruppi per la mortalità totale e neppure per quella correlata all'aneurisma. Anche la qualità di vita non differiva tra i due bracci.

In conclusione nei pazienti operabili l'intervento chirurgico tradizionale sembra preferibile perchè nel lungo termine le complicanze post-operatorie sono minori; con l'intervento per via endovascolare, pur essendoci una riduzione della mortalità specifica, non si ha nessun vantaggio su quella totale. L'intervento di endoprotesi può essere proposto ai pazienti che lo preferiscano e che vogliono evitare l'intervento a cielo aperto, dopo averli informati che potrebbero andar incontro ad un maggior numero di complicanze post-operatorie o di reinterventi nel lungo termine. Nei pazienti che hanno delle controindicazioni all'intervento l'endoprotesi non sembra portare a vantaggi sostanziali rispetto al non intervento, comunque questo dato va preso con cautela in quanto la casistica arruolata nell'EVAR 2 era abbastanza limitata e, forse, insufficiente ad evidenziare differenze tra i due gruppi.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 15/11/2026 alle ore 11:0 | Pagina 1 di 2

E' interessanti riportare anche le conclusioni a cui giunge una revisione sistematica della letteratura:

1. la riparazione di aneurismi di calibro inferiroe ai 5,5 cm non ha dimostato di migliorare la sopravvivenza

2. l'intervento per via endovascolare è associato ad una minor mortalità operatoria rispetto all'intervento a cielo aperto, ad una mortalità simile nel medio termine mentre non sono noti i dati a lungo termine

3. la riparazione per via endovascolare non ha dimostrato di migliorare la sopravvivenza nei soggetti in cui l'intervento a cielo aperto è controindicato

4. sono necessari dati a più lungo termine per paragonare le due metodiche

5. sono necessari altri studi per paragonare la riparazione endovascolare con l'osservazione in pazienti ad elevato rischiooperatorio

RenatoRossi

Referenze

1. Journal of Vascular Surgery 2002 Jan; 35: 72
2. Hackam D et al. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and aortic rupture: a population-based case-control study. Lancet 2006 Aug 19; 368:659-665
3. EVAR trial participants. Endovascular aneurysm repair versus open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1): randomised controlled trial. Lancet 2005 Jun 25; 365.2179-2186
4. EVAR trial participants. Endovascular aneurysm repair and outcome in patients unfit for open repair of abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 2): randomised controlled trial. Lancet 2005 Jun 25; 365: 2187-2192.
5. Jan D. Blankensteijn JD et al. or the Dutch Randomized Endovascular Aneurysm Management (DREAM) Trial Group. Two-Year Outcomes after Conventional or Endovascular Repair of Abdominal Aortic Aneurysms. N Engl J Med 2005 Jun 9; 352:2398-2405
6.Lederle FA et al. Systematic Review: Repair of Unruptured Abdominal Aortic Aneurysm. Ann Intern Med 2007 May 15; 146:735-741