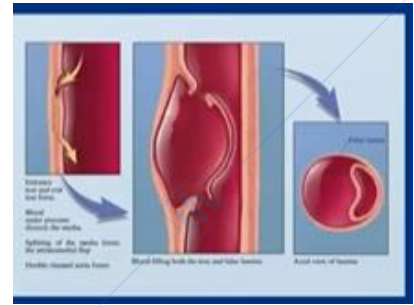
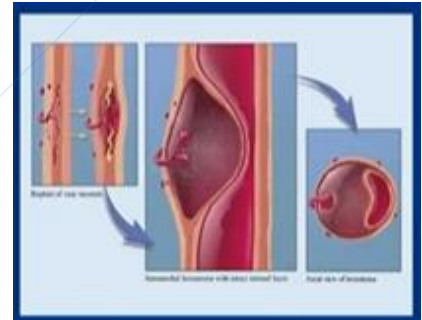


Dissecazione aortica

L'aorta è un tubo che parte dalla valvola, ma immaginiamoci di partire dal momento in cui l'aorta esce dal cuore, in cui io ho la valvola, se la rottura, la dissecazione, cioè la rottura della tunica media della parete dell'aorta avviene in corrispondenza dei lembi valvolari avrò una creazione di una parte che salta la valvola e quindi si crea un'insufficienza aortica acuta. Posso avere un'insufficienza aortica acuta per rottura dei lembi valvolari oppure per dissecazione della parete dell'aorta.

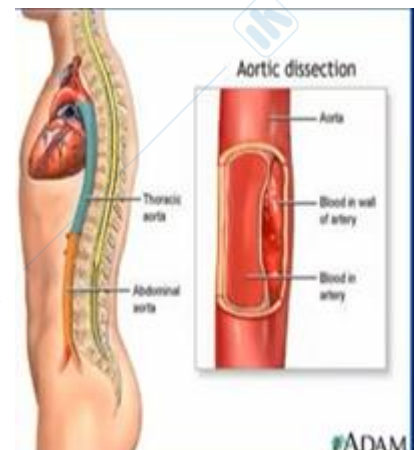


Questa dissecazione si crea in maniera improvvisa senza una reale preparazione e sintomi premonitori, la comparsa avviene con un **dolore improvviso, lacerante** che ha un quadro clinico diverso in base a dove avviene la rottura. In questo caso stiamo parlando di una rottura che avviene all'altezza dei lembi valvolari dell'aorta; quindi, compare con il quadro clinico di un'insufficienza aortica acuta, in altri casi può lacerazione una parete dell'aorta più avanti.



Non è una rottura, il sangue non esce, ma si crea un doppio lume.

Qual è il problema che posso avere? È che la lacerazione prosegue, prima ho un dolore retrosternale, nel caso in cui la dissecazione avvenga nella parte alta, poi può passare questo dolore, ma poi nel giro di qualche ora potrà tornare più in basso, con una progressione di slaminamento lungo l'aorta; **quindi, questa separazione (creazione di questo falso lume) progressiva porta all'interruzione del flusso in tutti i vasi che emergono dall'aorta.** Ho una situazione che mi porta alla morte nel giro di poco tempo; quindi, il paziente ha bisogno di una diagnosi pronta e va portato in chirurgia dove viene sostituito il tubo valvolare, non sostituisco solo la valvola con una protesi, ma avendo avuto uno slaminamento della parete dell'aorta, avrò delle strutture fatte con vari biomateriali che mi portano a ricostruire l'arco dell'aorta



o altri distretti, a seconda di dove avviene questa dissecazione. Un punto importante è il tempo, quindi avere una diagnosi in tempi brevi. Devo dimostrare che ho avuto una dissecazione dell'aorta ma non ho molto tempo per dimostrarlo.

Quali indagini potrei fare per fare la diagnosi di questa condizione?

Potrei fare **un'angiografia**, devi iniettare il mezzo di contrasto in vena e poi fare **una tac o risonanza magnetica** (nel caso di angiografia classica dovrei infilare il catetere e rischierei di fare peggio, può comunque succedere che il falso lume sia creato dal catetere)

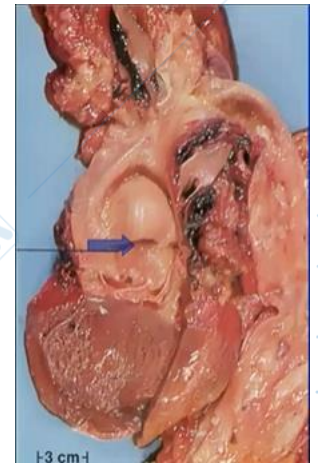
Ovviamente ho dei fattori che mi bloccano, per esempio il macchinario non libero, quindi perdo tempo. Se il sospetto è forte il paziente viene mandato direttamente in cardiocirurgia. Non posso fare altre indagini perché mi farebbero perdere tempo (l'eco non mi serve a nulla per esempio).

La scissione sposta la colonna di sangue, può essere piccolo o progressivo, parte per esempio da una zona in alto, con un dolore alto e poi il dolore prosegue lungo l'asse sagittale dell'aorta; quindi, è un **dolore migrante** (è diverso dal dolore cardiaco che è un dolore retrosternale)

Chi sono i pazienti potenzialmente a rischio?

Sono tutti quei pazienti che hanno un'arteriosclerosi diffusa in particolare ci sono delle forme congenite in cui ci sono dei danni nella sintesi del collagene, **creazione del collagene non molto robusto**.

Si crea un doppio lume, il sangue quindi interrompe il flusso ad alcuni vasi, per esempio ai vasi che vanno al cervello nel caso in cui diseca in un determinato punto.



A noi interessano i tipi di protesi tubo valvolari:

Abbiamo tubi valvolari diversi in base al punto dove avviene la dissezione. (solo tubo oppure tubo e valvola)

Classificazione di De Backey:

- tipo 1: Abbiamo tubi valvolari in cui si considera il tratto discendente e ascendente quindi si considera tutta l'aorta
- tipo 2: prende la parte ascendente
- tipo 3: in cui si preme la parte discendente.

Ci serve questa classificazione perché la ditta di protesi fa un catalogo, in base a dove deve avvenire la sostituzione.

Sono interventi molto delicati, devono ristabilire il flusso in una serie di organi, il punto critico è al livello in cui si alimentano i reni (distretto molto importante).

Abbiamo anche un'altra classificazione:

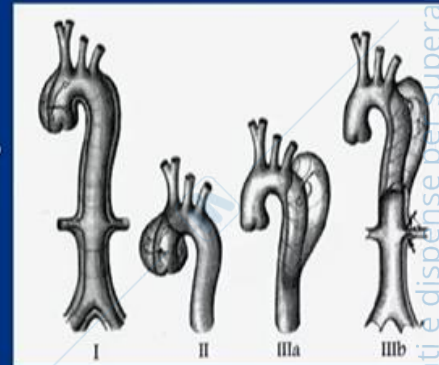
Classificazione di Stanford

Fattori predisponenti:

- Ipertensione (non possiamo considerare l'ipertensione perché molto persone lo sono)
- **Collagenopatie** (verrà fatta sicuramente una risonanza magnetica, per indagine di patologia)
- Gravidanza (raro, maggior lassità dei tessuti)
- Valvulopatie
- Abuso di cocaina

Classificazione di De Baeky

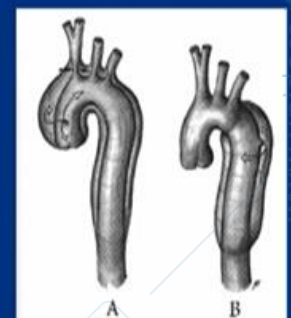
- **Tipo I:** dissecazione dal tratto ascendente al discendente
- **Tipo II:** dissecazione limitata all'arco a al tratto ascendente, senza coinvolgimento del tratto discendente
- **Tipo III:** dissecazione della sola aorta discendente



Classificazione di Stanford

Tipo A: interessamento aorta ascendente

Tipo B: interessamento arco aortico e/o aorta discendente, non l'ascendente



Il dolore progredisce ed è migrante, importante è lo studio delle associazioni, i sintomi possono comparire via via che ho la progressione, quindi possono essere molti diversi, in base ai vasi che partono dall'aorta che sono interessati a questa rottura, da un'interruzione dei vasi che fanno verso il rene oppure verso l'intestino (mal di pancia diffuso, ischemia intestinale)

Le rotture possono essere diverse e con conseguenze diverse in base a dove si verificano.

Un caso può prenderne essere la rottura dell'aorta all'interno del pericardio (membrana che ricopre il cuore), si riempie di sangue in pressione, il cuore si dilaterà peggio, in particolare la parte destra del cuore che presenta una parete più sottile, avrò quindi una ridotta portata. Questo può essere confuso con un infarto miocardico (con difetto di portata della pompa cardiaca) perché ho un dolore improvviso dolore cardiaco in una persona anziana. Quindi prima di capire che si tratta di dissezione passa del tempo. È necessario fare varie indagini per prendere la direzione giusta

Cosa devo andare ricercare?

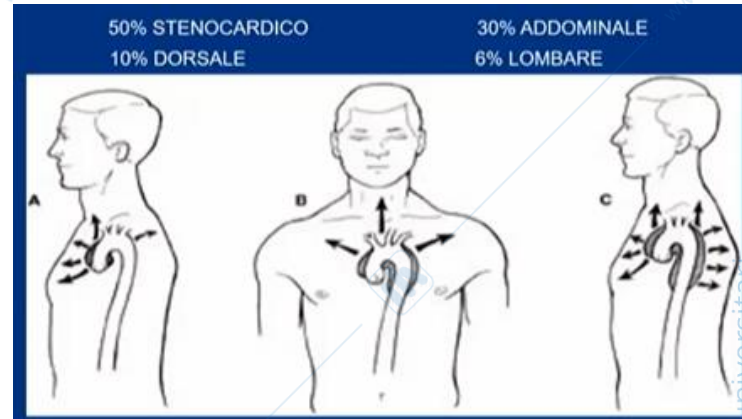
- Aumento pressione, attivazione del simpatico
- Difetto di polsi a uno dei due, se la dissecazione è passata potrei aver perso il polso in uno dei due polsi
- Soffio diastolico
- Difetti neurologici (perché interrotto flusso nella carotide)
- Insufficienza cardiaca congestizia
- Soffio pericardico

Sono molte le situazioni che si possono verificare, non ho solo un reperto che mi guida

In base al tempo che ho a disposizione potrò fare vari esami (iter diagnostico):

- Analisi del sangue
- Eco transtoracica (rischio di non vedere)
- **Risonanza magnetica con contrasto**
- **Ecografia trans esofagea** (sonda dentro l'esofago, lo faccio se non mi ritarda troppo la cosa)
- Angiografia, non si fa più, perché ho il rischio di formare un falso lume.

La mortalità è tempo dipendente, il rischio è massimo nelle prime ore. La dissezione va sempre risolta chirurgicamente.



Abbiamo tre dolori toracici potenzialmente mortali:

- **dolore dissezione aortica**
- **Dolore Ischemia miocardica**
- **Dolore embolia polmonare** (si è staccato un coagulo che era presente nella vena della gamba, un grosso coagulo e quando arriva all'atrio dentro, poi ventricolo destro e poi si intercala dell'arteria polmonare arrivando fino al polmone, si può bloccare (se è grosso) a cavallo del polmone e arteria polmonare e mi può bloccare quindi completamente l'afflusso di sangue al polmone e quindi al ventricolo sinistro, si crea quindi un sovraccarico al ventricolo dentro, che deve vincere una pressione a cui non è abituato e potrebbe andare quindi in ischemia. È un dolore intenso, si perde subito conoscenza. Questa è un'embolia polmonare massiva. La presentazione clinica dipende da quanto è grosso questo coagulo, si va dalle forme massive in cui il coagulo è grande, alle forme asintomatiche perché i coaguli che partono sono molto piccolo, dobbiamo essere comunque sospettosi, perché il primo può essere piccolo ma il secondo no.

Riassumendo:

Il ventricolo si sovraccarica in base al tipo di difetto valvolare che ho, ho una risposta diversa risposta nel ventricolo nel caso di stenosi e nel caso sia insufficienza (aumento di volume nel caso di un'insufficienza dovuto a un sovraccarico di volume, aumento di spessore nel caso di una stenosi dovuto ad un sovraccarico di pressione). Gli obiettivi sono gli stessi cioè trovare il momento giusto per operare dopo aver monitorato costantemente. Gli indicatori che seguirò sono diversi in base al tipo sovraccarico: da una parte seguirò gli indicatori relativi all'area della valvola (è quella che mi condiziona l'intervento), dall'altra la dilatazione della camera. Ci sono dei fattori che mi fanno anticipare l'intervento per esempio un dolore anginoso, opero quindi per risolvere la stenosi e anche per la cardiopatia ischemica. Devo valutare il costo rischio- beneficio, inoltre va tenuto presente che la valvola ha una durata. Gli interventi vengono fatto con una lesione sternale.