

## Insufficienza respiratoria secondaria a compressione da aneurisma aortico

Si riporta il caso di una donna anziana ricoverata per ingravescente dispnea nel corso dell'ultima settimana. La radiografia del torace mostrava slargamento del mediastino superiore con aneurisma dell'aorta toracica e dell'arco aortico. In conseguenza dell'aneurisma dell'arco aortico era presente severa compressione del tronco arterioso polmonare, della vena e dell'arteria polmonare sinistra e, quindi, del bronco sinistro. Il quadro clinico dell'aneurisma aortico varia ampiamente, con una sintomatologia che origina dalla compressione degli organi vicini sino alla rottura del vaso. In questo ultimo caso, l'esordio della sintomatologia è rapidamente seguito dall'*exitus* se non sono prese adeguate misure in emergenza. Nella nostra esperienza, l'improvvisa comparsa di dispnea deve essere considerata, in soggetti anziani con radiografia toracica positiva, come potenziale predittore di aneurisma aortico.

### Respiratory failure from an aortic aneurysm

#### Summary

We report a old woman who was admitted to the hospital because of progressive shortness of breath over a week. Chest radiograph showed an enlargement of superior mediastinum with aneurysmal dilatation of the transverse aortic arch and thoracic aorta. The aortic arch aneurysm severely compressed the pulmonary artery trunk, the left pulmonary artery and vein, and the left main bronchus. Clinical symptoms of aortic aneurysm vary widely from symptoms resulting from its progressive rupture to those due to compression of surrounding organs. Furthermore, the onset of symptoms is frequently followed by a fatal outcome unless emergency measures are taken. In our opinion aortic aneurysm must be considered as a possible determinant of dyspnea or progressive shortness of breath when we evaluate old patients with aortic enlargements on chest radiography.

Musuraca G, Imperadore F, Terraneo C, et al. Respiratory failure from an aortic aneurysm. *Trends Med* 2005; 5(4):311-312.

© 2005 Pharma Project Group srl

**Gerardo Musuraca, Ferdinando Imperadore, Clotilde Terraneo\*, Massimiliano Maines, Pier Giuseppe De Girolamo°, Giuseppe Vergara**

Divisione di Cardiologia, Ospedale S. Maria del Carmine, Rovereto (TN), Italy;

\* Divisione di Cardiologia, Ospedale Policlinico di Monza, Italy;

° Divisione di Cardiologia, Ospedale S. Camillo-Forlanini, Roma, Italy

I sintomi clinici di un aneurisma aortico variano da quelli risultanti dalla sua progressiva rottura fino a quelli derivanti dalla compressione sugli organi circostanti<sup>1</sup>. La loro comparsa è frequentemente associata ad un esito fatale se non si provvede a una tempestiva correzione chirurgica<sup>2</sup>. Una donna di 82 anni era giunta in ospedale alla nostra osservazione per dispnea ingravescente da circa una settimana. La paziente aveva una anamnesi positiva per ipertensione arteriosa, pregresso infarto miocardico e stroke. Dieci anni prima era stata sottoposta a intervento chirurgico per un aneurisma dell'aorta addominale. All'arrivo in Pronto Soccorso veniva riscontrato un soffio sistolico 2/6, in regione mediosternale sinistra. Erano presenti rumori umidi bilateralmente alle basi polmonari. I polsi arteriosi erano presenti, simmetrici ma iposfigmici bilateralmente. La pressione arteriosa era 180/90 mmHg e la frequenza

✉ **Gerardo Musuraca**

Divisione di Cardiologia  
Ospedale "S. Maria del Carmine"

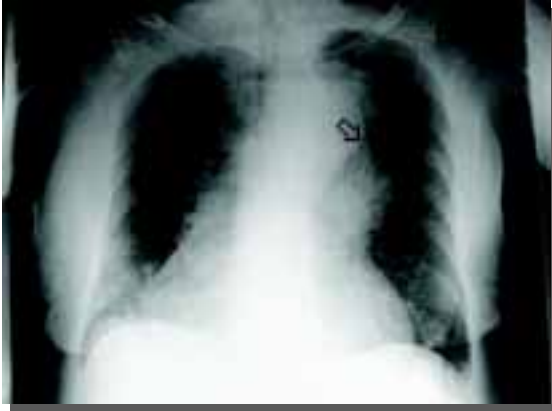
C.so Verona 4

38068 Rovereto -TN-

Tel 00390464453456 Fax 00390464420428

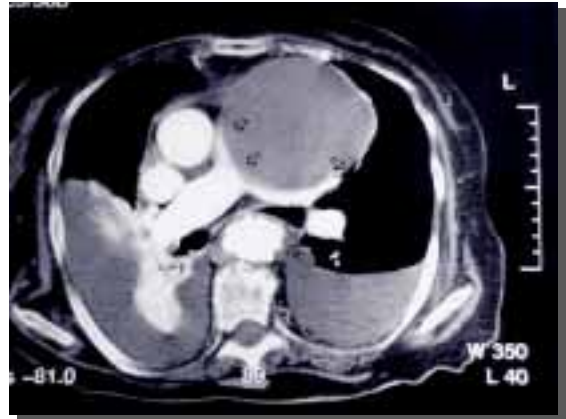
E-mail:musuraca@yahoo.it

**Figura 1.** Radiografia del torace. Si rileva un marcato allargamento del mediastino superiore con dilatazione aneurismatica dell'arco aortico e dell'aorta toracica. La finestra aorto-polmonare è completamente abnorme (freccia) ed la silhouette cardiaca è ingrandita.



cardiaca di 94 battiti al minuto. La saturazione ossimetrica era dell'81% all'emogasanalisi. Una radiografia del torace evidenziava un marcato allargamento del mediastino superiore con dilatazione aneurismatica a carico dell'arco aortico e dell'aorta toracica (figura 1). La Tomografia assiale computerizzata eseguita subito dopo mostrava un gigantesco aneurisma aortico ad aspetto sacculare, di dimensioni 10 x 10 cm in corrispondenza dell'arco, seguito da marcata ectasia dell'aorta toracica (fino a 5 cm nell'asse trasverso), con presenza di cospicua trombosi murale. Non vi erano segni sospetti per dissezione. L'aneurisma dell'arco aortico comprimeva severamente il tronco dell'arteria polmonare, l'arteria e la vena polmonare di sinistra, e il bronco di sinistra. Inoltre era evidente un cospicuo versamento pleurico bilaterale (figura 2). La paziente sviluppò progres-

**Figura 2.** Tomografia assiale computerizzata con mezzo di contrasto. Si evidenzia un aneurisma gigante dell'arco aortico (10 x 10 cm) e marcata ectasia dell'aorta toracica (fino a 5 cm in asse trasverso), con ampia trombosi murale (freccia). L'aneurisma dell'arco aortico comprime severamente il tronco polmonare, l'arteria polmonare sinistra (freccia) e la vena polmonare omolaterale, e il bronco principale sinistro. Inoltre è evidente un cospicuo versamento pleurico bilaterale. La trombosi murale è anche presente a livello dell'aorta toracica (freccia).



sivamente una grave insufficienza respiratoria, verosimilmente dovuta sia a ipoperfusione di entrambi i campi polmonari che a ipoventilazione del polmone sinistro. Non fu sottoposta a intervento cardiocirurgico di emergenza a causa delle severe condizioni cliniche e decedette nel giro di 48 h. La possibilità di una compressione delle strutture bronco-vasali da parte di un aneurisma aortico dovrebbe essere sempre tenuta in considerazione di fronte a un quadro clinico di dispnea ingravescente. **TiM**

## Bibliografia

1. Duke RA, Barrett II MR, Payne SD, *et al.* Compression of left main bronchus and left pulmonary artery by thoracic aortic aneurysm. *AJR* 1987; 149:261-263.
2. Saitoh T, Wanibuchi Y, Terada Y, *et al.* A thoracic aortic aneurysm with respiratory failure caused by the mechanisms of stenosis of the left bronchus and ipsilateral pulmonary artery. *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi* 1989; 37:2553-2557.