

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**Ψευδοανεύρυσμα κοιλιακής αορτής
μετά από καρδιακό καθετηριασμό****Σ. Γιαννακάκης, Αν. Ψύλλας, Δ. Σίσκος, Γ. Βουλαλάς, Σ. Γούλας,
Σ. Μακρής, Γ. Παπαχαλαράμπος, Χρ. Μαλιτζός****ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση μιάς πολύ σπάνιας περίπτωσης ψευδοανευρύσματος του υπονεφρικού τμήματος της κοιλιακής αορτής, το οποίο αναπτύχθηκε μετά από στεφανιογραφία. Αναζήτηση στη βιβλιογραφία δεν οδήγησε στην ανεύρεση παρόμοιας περίπτωσης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας ηλικίας 76 ετών προσήλθε στην Αγγειοχειρουργική Κλινική για αντιμετώπιση διαγνωσμένου με CT κοιλίας ανευρύσματος του άπω ημιμορίου της υπονεφρικής κοιλιακής αορτής, το οποίο απεικονιστικά έφερε τους χαρακτηριστικές ψευδούς ανευρύσματος. Η διάμετρός του ήταν 5,3 εκ. Από το ιστορικό αναφέρεται στεφανιογραφία προ 2 ετών με αρνητικό για ανεύρυσμα υπερηχογράφημα κοιλίας κατά την ίδια χρονική περίοδο. Ο ασθενής υποβλήθηκε επιτυχώς σε αντιμετώπιση με την ενδαγγειακή μέθοδο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής είχε ανεπίπλεκτη μετεγχειρητική πορεία. Την 3η μτχ. ημέρα έλαβε εξιτήριο σε καλή κατάσταση. Στο follow up 6 μηνών μετεγχειρητικά (1ου και 6ου μηνός) δεν παρατηρείται ενδοδιαφυγή ή άλλη επιπλοκή και ο σάκκος είναι σφραγισμένος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο καρδιακός καθετηριασμός εκτός από τις συνήθεις του επιπλοκές από τα στεφανιαία αγγεία, τη λειτουργία της καρδιάς και από τις αρτηρίες εισόδου σπάνια μπορεί να συνοδευθεί από τη δημιουργία ψευδούς ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής. Όταν είναι δυνατή η ενδοαυλική αντιμετώπιση, αυτή πρέπει να προτιμάται εφόσον οι ασθενείς αυτοί συχνά παρουσιάζουν υψηλό περιεγχειρητικό κίνδυνο.

Λέξεις κλειδιά: Ψευδοανεύρυσμα, κοιλιακή αορτή, καρδιακός καθετηριασμός, στεφανιογραφία.

ΣΚΟΠΟΣ

Η ανάδειξη μιας σπάνιας επιπλοκής που θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει στη διαφορική του διάγνωση ο αγγειοχειρουργός, ειδικά σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σχετικά πρόσφατα σε στεφανιογραφικό έλεγχο.



Εικόνα 1. Προ-εγχειρητική CTA.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για άνδρα 76 ετών που προσήλθε για προγραμματισμένη αντιμετώπιση ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής.

Σε απεικονιστικό έλεγχο με CT αγγειογραφία παρατηρείται σακκοειδές ανεύρυσμα του άπω ημιμορίου του υπονεφρικού τμήματος της κοιλιακής αορτής με διαστάσεις 5,2 X 5,3 εκ., προσθιοπίσθια και εγκάρσια διάμετρο, αντίστοιχα.

Από το ιστορικό αναφέρεται κάπνισμα με διακοπή προ 30 ετών, υπέρταση υπό αγωγή και κολπική μαρμαρυγή υπό αγωγή. Ο ασθενής πάσχει επίσης από στεφανιαία νόσο, χειρουργηθείσα προ 16 ετών (bypass δύο αγγείων) και προ 2ετίας υπέστη έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ο καρδιολογικός έλεγχος που ακολούθησε περιέλαβε και στεφανιογραφία κατά την οποία αναδείχθηκε απόφραξη του ενός από τα δύο φλεβικά μοσχεύματα. Σε υπερηχογραφικό έλεγχο κοιλίας την ίδια χρονική περίοδο, δεν ανευρέθηκε ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής ενώ δεν αναφέρεται κάκωση κοιλιακής χώρας ή οσφύος.

Επιπρόσθετα από το ιστορικό αναφέρεται πλαστική βουβωνοκλήλης προ 5ετίας και τέλος αιμορραγία κατώτερου πεπτικού προ ενός έτους. Κατά τη νοσηλεία που απαιτήθηκε ο ασθενής υποβλήθηκε σε ενδοσκοπικό έλεγχο όπου και ανακαλύφθηκαν αιμορραγούντες πολύποδες παχέος εντέρου, οι οποίοι αφαιρέθηκαν ενδοσκοπικά ενώ ο ασθενής ελέγχθηκε και με CT κοιλίας στην οποία απεικονίσθηκε για πρώτη φορά ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής διαμέτρου 4,7 εκ. και συνεστήθη συντηρητική αγωγή και 6μηνη παρακολούθηση. Στο πρώτο υπερηχογραφικό έλεγχο η διάμετρος ήταν 4,9 εκ. και στο δεύτερο 5,3 εκ. ενώ οι χαρακτήρες του ανευρύσματος

ήταν αυτοί του ψευδούς, τόσο στο υπερηχογράφημα όσο και στη CT αγγειογραφία.

Συγκεκριμένα οι παρατηρήσεις που συνηγορούν στην απεικονιστική διάγνωση του ψευδοανευρύσματος ήταν (Εικόνα 1):

- σακκοειδής διαμόρφωση
- εντοπισμένο ασυνήθιστα σε μικρό μήκος και άμεσα προ του αορτικού διχασμού
- επεκτεινόμενο μόνο επί του δεξιού πλαγίου του τοιχώματος
- διατήρηση του αθηρωματικού αορτικού δακτυλίου στον αληθή αυλό
- και τέλος δεν υπήρχε σαφής δομή αορτικού τοιχώματος στο τοίχωμα του ανευρύσματος.

Λόγω του αυξημένου καρδιολογικού κινδύνου, της ηλικίας του ασθενούς και της σαφούς πλήρωσης των ανατομικών ενδείξεων αποφασίσθηκε αντιμετώπιση του ανευρύσματος με την ενδοαυλική μέθοδο (EVAR). Λόγω της πολύ μικρής διαμέτρου του αληθούς αορτικού αυλού (14mm) και της άμεσης γειννίασης του με τον αορτικό διχασμό δεν ήταν δυνατή η τοποθέτηση αορτολαγόνιας διχαλωτής ενδοπρόθεσης (απαιτείται min. διάμετρος 18 mm) και συνεπώς επιλέχθηκε η τοποθέτηση αορτομονολαγόνιου μοσχεύματος δεξιά τύπου «Medtronic Endurant» (Εικόνα 2) με αποκλεισμό της αριστερής κοινής λαγονίου με «occluder» (Εικόνα 3). Τέλος, διενεργήθηκε και μηρομυριαία παράκαμψη με μόσχευμα PTFE 8mm από τη δεξιά προς την αριστερή μυριαία αρτηρία.

Ο ασθενής άμεσα μετεγχειρητικά είχε ψηλαφητές τις περιφερικές αρτηρίες σε όλες τις προσιτές θέσεις. Η μη. πορεία ήταν ομαλή και εξήλθε την 3η μετεγχειρητική ημέρα με πλήρη αντιπηκτική αγωγή με κουμαρινικά λόγω γνωστής κολπικής μαρμαρυγής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο ασθενής δεν παρουσίασε μετεγχειρητικά πυρετό, ενώ υποβλήθηκε σε έλεγχο με CT αγγειογραφία ένα μήνα μετά την επέμβαση και απεικονίσθηκε επιτυχής αποκλεισμός του ψευδοανευρύσματος, απουσία ενδοδιαφυγής και καλή βατότητα του cross over bypass (Εικόνα 4).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Βιβλιογραφικά, η επιπλοκή της δημιουργίας ενός ψευδοανευρύσματος κοιλιακής αορτής μετά καρδιακό καθετηριασμό είναι εξαιρετικά σπάνια. Ο πιθανός μηχανισμός δημιουργίας είναι η είσοδος κάποιου σύρματος



Εικόνα 2. Διεχειρητική εικόνα C-Arm από την τοποθέτηση της αορτομονολαγόνιας πρόθεσης ΔΕ.



Εικόνα 3. Διεχειρητική εικόνα C-Arm από την τοποθέτηση του "occlude" στην αριστερή κοινή λαγόνια αρτηρία.

καθητηριασμού εντός των στιβάδων του αθηρωματικού αορτικού τοιχώματος με επακόλουθο τη δημιουργία τοιχωματικού αιματώματος. Αυτό με το γνωστό μηχανισμό της τοπικής στροβιλώδους ροής του αίματος μεταπίπτει παθολογοανατομικά σε ένα ψευδές ανεύρυσμα με σαθρό τοίχωμα χωρίς αληθείς χιτώνες με μεγαλύτερο κίνδυνο ρήξης από ένα αντίστοιχο αληθές. Λόγω του ότι η προηγηθείσα στεφανιογραφία σε ασθενή με έντονη αορτική αθηρωμάτωση παραπέμπει σε ασθενή συνήθως υψηλού κινδύνου, θα πρέπει να προτιμάται η ενδοαυλική αντιμετώπιση ανάλογα βέβαια και με την πλήρωση των ανατομικών κριτηρίων τοποθέτησης.

Συμπερασματικά, ο αγγειοχειρουργός που συχνά εργάζεται σε νοσοκομειακό περιβάλλον με αιμοδυναμικό εργαστήριο με μεγάλο όγκο ασθενών, καλό θα είναι να έχει στη διαφορική του διάγνωση και την κλινική οντότητα του ψευδοανευρύσματος της κοιλιακής αορτής που συνιστά επιπλοκή μετά καρδιακό καθετηριασμό.

ABSTRACT

Interesting case of treatment of false aneurysm of the abdominal aorta after coronary arteriography

Giannakakis S, Psyllas A, Siskos D, Voulalas G, Goulas S, Makris S, Papacharalampous G, Maltezos CH

Vascular Surgery Clinic, KAT Hospital, Athens, Greece

AIM: The presentation of a very rare case of pseudoa-



Εικόνα 4. Εικόνα CTA, 1 μήνα μετεχειρητικά.

neurysm of the infrarenal part of the abdominal aorta which developed after coronary arteriography. Search of the bibliography failed to reveal any similar case.

MATERIALS-METHODS: A 76 year old male patient was referred to the Vascular Surgery clinic for treatment of a diagnosed, by abdominal CT, aneurysm of the distal half of the infrarenal abdominal aorta, which conveyed imaging characteristics of a false aneurysm. Its maxi-

mum diameter was 5.3cm. According to his medical history the patient underwent coronary arteriography 2 years ago and at the time his abdominal U/S examination was negative for aneurysm. The patient was treated successfully with EVAR.

RESULTS: Postoperative course was uneventful and the patient was discharged on the 3rd postoperative day. During the 1st follow up with CT angiography the aneurysmal sac was totally excluded and there were no signs of endoleaks of any type, nor any other complication.

CONCLUSION: Catheterization for coronary arteriography, besides its usual complication related to coronary vessels, heart function and the access site, can rarely be related to the development of false aneurysm of the abdominal aorta. When endovascular treatment is feasible, it should be preferred since these patients are often characterized as high perioperative risk patients.

Key words: *abdominal pseudoaneurysm, coronary artery*

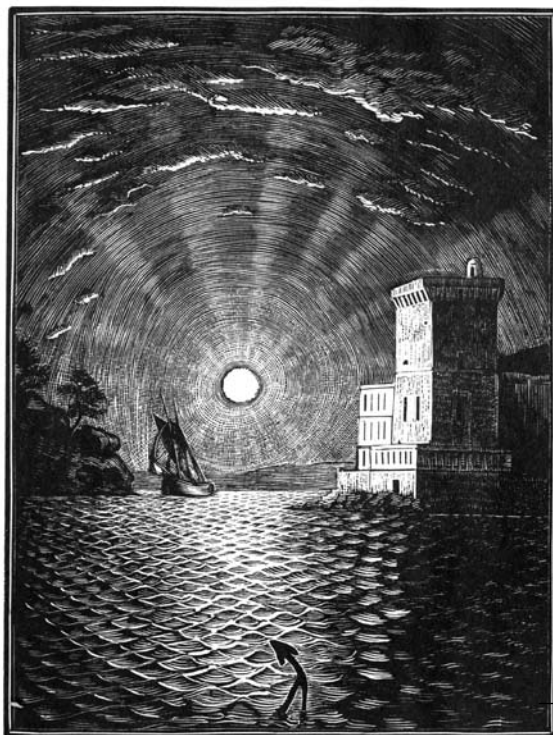
catheterization.

Διεύθυνση αλληλογραφίας

Δρ. Σωτήρης Γιαννακάκης
Αγγειοχειρουργός
Επιμελητής Β, Αγγειοχ. Κλινική Γ.Ν.Α. ΚΑΤ
Τηλ.: 2106280243, 6932768668
E-mail: sotirisgiannakakis@yahoo.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Brinster DR, McKee DM, Olsen DM, Berman SS, Rodriguez-Lopez JA. Endovascular treatment of a thoracic aortic pseudoaneurysm after previous repair. *Ann Thorac Surg* 2006 Jul; 82 (1):308-10
2. Bole PV, Cortes LE, Munda RT, Devanesan J, Purdy RT. Repair of a false aneurysm of the abdominal aorta. *J Trauma* 1975 Mar; 15 (3):255-9.
3. Mitchell JH, Dougherty KG, Strickman NE, Mortazani A, Krajcer Z. Endovascular repair of paraanastomotic aneurysms after aortic reconstruction. *Tex Heart Inst J* 2007; 34(2):148-53.



ΓΑΛΑΝΗΣ ΔΗΜ.
(1879-1966)
«Δειλινό», 1943,
19,4x14,5 εκ.,
ΞΥΛΟΓΡΑΦΙΑ