

Χειρουργική αντιμετώπιση αμφοτερόπλευρων ανευρυσμάτων κοινών λαγονίων αρτηριών (με αορτολαγόνια πρόθεση)

Δ.Κ. Παπαδημητρίου, Γ.Α. Πιπούλιας, Χ.Σ. Κώστογλου, Ε.Α. Ασλανίδου, Ι.Κ. Βλαχάκης, Κ.Χ. Καπούλας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα μονήρη ανευρύσματα των κοινών λαγονίων αρτηριών είναι σχετικά σπάνια και μάλιστα τα αμφοτερόπλευρα αποτελούν το 2% περίπου των ενδοκοιλιακών ανευρυσμάτων. Η αθηροσκλήρωση αποτελεί το συχνότερο αιτιολογικό παράγοντα. Η ρήξη αποτελεί τη συνηθέστερη επιπλοκή και συνοδεύεται από ιδιαίτερα υψηλή θνητότητα που υπερβαίνει το 50%. Τα περισσότερα ανευρύσματα των κοινών λαγονίων είναι ασυμπτωματικά και η αξονική τομογραφία προσφέρει επαρκείς πληροφορίες για τη θέση, τη μορφολογία και το μέγεθος του ανευρύσματος.

Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς με αμφοτερόπλευρο ανεύρυσμα των κοινών λαγονίων αρτηριών που αντιμετωπίστηκε με τοποθέτηση αορτολαγόνιας παράκαμψης. Παράλληλα αναφέρουμε τα σχετικά με την πάθηση βιβλιογραφικά δεδομένα.

Όροι ευρετηρίου: μονήρη ανευρύσματα, κοινές λαγόνιες αρτηρίες.

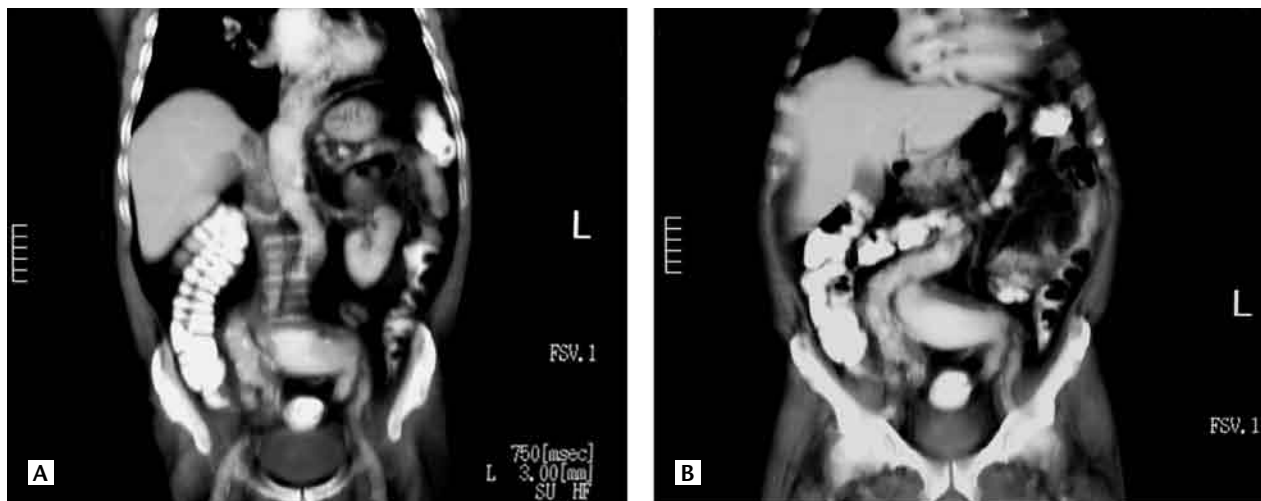
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα μονήρη ανευρύσματα των κοινών λαγονίων αρτηριών (ΚΛΑ) και μάλιστα τα αμφοτερόπλευρα είναι σχετικά σπάνια και αποτελούν το 2% των ενδοκοιλιακών ανευρυσμάτων¹. Η πρώτη αναφορά ανευρύσματος λαγονίου αρτηρίας έγινε το 1817 από τον Sir Astley Preston Cooper και η πρώτη περιγραφή επιτυχούς αντιμετώπισης λαγονίου αρτηρίας το 1827 οφείλεται στον Valentine Molt².

Αναφέρουμε περίπτωση ασθενή μας με αμφοτερόπλευρα ανευρύσματα κοινών λαγονίων που πρόσφατα αντιμετωπίστηκε στο Τμήμα μας καθώς και τα σχετικά βιβλιογραφικά δεδομένα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ασθενής ηλικίας 70 ετών προσέρχεται σε ημέρα γενικής εφημερίας με συμπτωμα-



Εικόνα 1 (Α, Β). Οβελιαίες τομές του αορτολαγονίου άξονα και των ανευρυσμάτων. Αξονική τομογραφική αγγειογραφία (MPR – πολυεπίπεδος ανασχηματισμός).

τολογία φλεγμονώδους ενδοκοιλιακής πάθησης (εκκολπωματίτις αριστερού ημίσεως του παχέος εντέρου).

Η κλινική εξέταση αποκαλύπτει ευαισθησία στην ψηλάφηση στο κάτω αριστερό τεταρτημόριο της κοιλίας, με συνυπάρχουσα σφύζουσα ενδοκοιλιακή μάζα που καταλαμβάνει την κάτω κοιλία. Δεν παρατηρούνται περιτοναϊκά σημεία και οι περιφερικές σφύξεις είναι φυσιολογικές και στα δύο κάτω άκρα.

Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία αποκαλύπτει ευμεγέθη ανευρύσματα αρχόμενα από τον αορτικό διχασμό και επεκτεινόμενα μέχρι τις εκφύσεις των έσω λαγονίων (με έντονη δολίχωση ιδίως του αριστερού λαγονίου άξονα, μέγιστης διαμέτρου δεξιά 3,5cm και αριστερά 5,2cm) και φυσιολογική την κοιλιακή αορτή και τις έξω λαγονίες αρτηρίες (εικόνα 1).

Αποφασίζεται επεμβατική αντιμετώπιση με ανοικτή χειρουργική επέμβαση υπό γενική αναισθησία και μέση υπερυπομφάλιο λαπαροτομία. Στο αντιμεσεντερικό χείλος του σιγμοειδούς επισημαίνεται η παρουσία εκκολπωματίτιδας σε αποδρομή. Παρασκευάζεται η υπονεφρική κοιλιακή αορτή (ΚΑ) και η κάτω μεσεντέριος αρτηρία (ΚΜΑ). Με διάνοιξη των κολοπαραϊακών αυλάκων παρασκευάζονται οι δεξιά και αριστερή, έξω και έσω λαγονίες αρτηρίες. Με αποκλεισμό της ΚΑ άνωθεν της έκφυσης της ΚΜΑ και σύγκλιση των έξω και έσω λαγονίων αμφοτερόπλευρα αναστομώνεται τελικοτελικά στην ΚΑ διχλωτή πρόθεση 22/11 (Dacron με επικάλυψη αργύρου). Το δεξί σκέλος της πρόθεσης αναστομώνεται τελικοτελικά στην τελική

μοίρα της δεξιάς κοινής λαγονίου αρτηρίας (επαναιμάτωση έξω/έσω λαγονίων δεξιά). Το αριστερό σκέλος του μοσχεύματος αναστομώνεται τελικοτελικά στην αριστερή έσω λαγονίου αρτηρία. Η επαναιμάτωση της αριστερής έξω λαγονίου αρτηρίας επιτυγχάνεται με την προσθήκη ευθέος συνθετικού μοσχεύματος 10mm που αναστομώνεται κεντρικά τελικοπλάγια στο αορτικό τμήμα του διχλωτού μοσχεύματος και περιφερικά τελικοτελικά στην έξω λαγονίου αρτηρία (εικόνα 2).

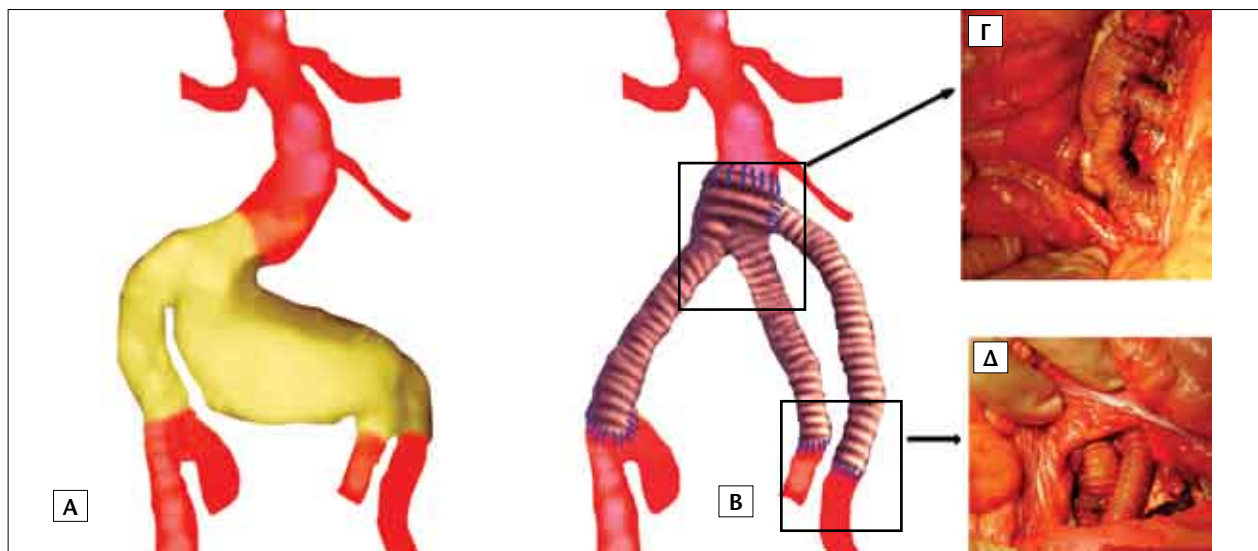
ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ανευρύσματα των ΚΛΑ συνήθως συνυπάρχουν με τα ΑΚΑ και αντιμετωπίζονται μαζί. Μονήρη ανευρύσματα των ΚΛΑ είναι σχετικά σπάνια. Η συχνότητά τους στο γενικό πληθυσμό είναι 0,03%, αποτελούν το 2% των ενδοκοιλιακών ανευρυσμάτων και μόλις το 0,6% των αορτολαγονίων ανευρυσμάτων εντοπίζεται μόνον στις κοινές λαγονίες αρτηρίες.

Το 90% περίπου προσβάλλει άνδρες μεγαλύτερους των 70 ετών και το 50% των ΚΛΑ είναι αμφοτερόπλευρα².

Κύριος αιτιολογικός παράγων είναι η αθηροσκλήρωση, με σπανιότερα αίτια την κύηση, τις νόσους του κολλαγόνου (σύνδρομο Ehlers-Danlos), φλεγμονές και ιατρογενή τραύματα^{1,3}.

Είναι συνήθως ασυμπτωματικά και ενίοτε εκδηλώνονται με συμπτωματολογία από συμπίεση παρακείμενων σπλάγχχνων (ουρητήρες, πεπτικός σωλήνας, οσφυϊκά



Εικόνα 2. Σχηματική απεικόνιση (Α) του αορτολαγονίου άξονα και των ανευρυσμάτων και (Β) της αορτολαγονίας παράκαμψης. Οι φωτογραφίες (Γ: κεντρική αναστόμωση & Δ: περιφερικές ΑΡ αναστομώσεις) απεικονίζουν τα εντός των πλαισίων τμήματα του σχήματος (Β).

νεύρα)⁴. Επιπλέον, από ρήξη, περιφερικές εμβολές ή θρόμβωση. Το ποσοστό ρήξης ανέρχεται σε 10-70% στην 5ετία και δεν υπάρχει σαφής συσχέτιση μεγέθους ανευρύσματος και ρήξης⁵. Η ρήξη (που ενδέχεται σπάνια να συμβεί σε παρακείμενο κοίλο σπλάγχο όπως στην ουροδόχο κύστη, τον εντερικό σωλήνα ή τις λαγόνιες φλέβες¹) συνοδεύεται από ιδιαίτερα υψηλή θνητότητα που αγγίζει το 52%^{1,6}.

Διαγιγνώσκονται συνήθως κατά τη διάρκεια απεικονιστικού ελέγχου και σπανιότερα από την κλινική εξέταση. Τα μικρά ανευρύσματα (<3cm) παρακολουθούνται με υπερηχοτομογραφία ή αξονική τομογραφία⁴. Ο ρυθμός αύξησης της διαμέτρου τους είναι ιδιαίτερα βραδύς, με το 37,5% να μην εμφανίζουν αύξηση της διαμέτρου ενώ τα μεγαλύτερα των 3cm συνήθως αυξάνονται κατά 1-2,5mm κατ' έτος⁵.

Γενικά ανευρύσματα ΚΛ ≤3cm παρακολουθούνται και ≥4cm πρέπει να αντιμετωπίζονται επεμβατικά⁴. Η αξονική τομογραφία και η μαγνητική τομογραφία προσφέρουν πλέον αξιόπιστες πληροφορίες, σε σχέση με το υπερηχοτομογράφημα, για την ακριβή θέση και το μέγεθος του ανευρύσματος, ενώ η αγγειογραφία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ένδειξη επεμβατικής αντιμετώπισης⁴.

Τα αμφοτερόπλευρα ανευρύσματα πρέπει να αντιμετωπίζονται με αορτολαγονία παράκαμψη (αορτοδιμηνιαία), με τελικοτελική την κεντρική αναστόμωση και προσπάθεια διατήρησης της αιματικής ροής της έσω λαγονίου^{4,5}.

Η ενδαγγειακή αντιμετώπιση που ενδείκνυται κυρίως

στα ετερόπλευρα ανευρύσματα των λαγονίων απευθύνεται σε ασθενείς υψηλού κινδύνου και με ανάγκη διατήρησης της αιματικής παροχής τουλάχιστον σε μια έσω λαγονία^{6,7,8}. Αυτονόητα βέβαια η ενδαγγειακή αντιμετώπιση προϋποθέτει κατάλληλη μορφολογία (ανατομικές προϋποθέσεις όπως κεντρικός και περιφερικός αυχένας ≥10mm, γωνίωση ≥90ο και εφόσον απαιτείται «δυνατότητα αποκλεισμού» της έσω λαγονίου).

Στον ασθενή μας αποφασίσθηκε η αντιμετώπιση με «κλασική» χειρουργική αντιμετώπιση, που επέτρεψε τη διατήρηση της αιμάτωσης και των δύο έσω λαγονίων αρτηριών.

Η μετεχειρητική περίοδος ήταν ομαλή και ο ασθενής είναι υπό παρακολούθηση.

ABSTRACT

Bilateral common iliac artery aneurysms treated with elective aortoiliac bypass

Papadimitriou DK, Pitoulias GA, Kostoglou CS, Aslanidou EA, Vlahakis IK, Kapoulas KC
Vascular Surgery Department, 2nd Surgery Clinic
Aristotle University of Thessaloniki

Solitary common iliac artery aneurysms are rare. Bilateral common iliac artery aneurysms occur in 2% of all abdominal aneurysms. Atherosclerosis is the most

frequent etiologic factor of isolated common iliac artery aneurysms. Rupture is the most usual complication and the associated mortality of emergent repair is as high as 50%. In the majority of common iliac artery aneurysm cases, the patients are asymptomatic and contrast enhanced computed tomography offers valuable information for the exact location, anatomic morphology and aneurysm's size.

We present a case of a 70-year-old male patient with bilateral common iliac artery aneurysms that was treated with elective aortoiliac bypass and a short report of the relative literature data.

Key words: *solitary, isolated, aneurysm, common iliac artery.*

Διεύθυνση αλληλογραφίας:

Δρ Γεώργιος Α. Πιτούλιας
Αγγειοχειρουργικό Τμήμα Β΄ Χειρουργικής Κλινικής ΑΠΘ
Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς»
Εθνικής Αμύνης 41, 546 35, Θεσσαλονίκη
E-mail: pitulias@med.auth.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Brunkwall J, Hauksson H, Bengtsson H, Bergqvist D, Takolander R, Bergentz SE. Solitary aneurysms of the iliac arterial system: An estimate of their frequency of occurrence. *J Vasc Surg* 1989; 10:381-4.
2. Krupski W, Selzman CH, Florida R, Strecker PK, Nehler MR, Whitehill TA. Contemporary management of isolated iliac aneurysms. *J Vasc Surg* 1998; 28:1-13.
3. Richardson J, Greenfield LJ. Natural history and management of iliac aneurysms. *J Vasc Surg* 1988; 8:165-71.
4. Ernst H, Stanley J. Current therapy in vascular surgery. Philadelphia: Mosby; 2001.
5. Santilli SM, Wernsing SE, BA, Lee ES. Expansion rates and outcomes for iliac artery aneurysms. *J Vasc Surg* 2000; 31:114-21.
6. Haimovici H. Isolated iliac artery aneurysms. In: Haimovici's Vascular Surgery. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2004. p. 763-6.
7. Van Sambeek MRHM, Van Urk H. Endovascular treatment of isolated iliac artery aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1998; 15:91-2.
8. Veith FJ, Lipsitz EC, Ohki T, Suggs WD, Cynamon J, Rozenblit AM. Endovascular grafts in the treatment of isolated iliac aneurysms. In: Haimovici's Vascular Surgery. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2004: 767-74.



Λεπτομέρεια από σπουδή σε παιδικό κεφάλι του Albrecht Dürer (1506).