

3-ročné sledovanie pacienta po venózne autológnej náhrade pre infekčnú aneurysmu brušnej aorty

Pekař, M.^{1,2}, Pekařová, A.², Chovancová, T.^{1,3}, Pavlas, L.
¹, Mazur, M.¹

¹ Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava-Vítkovice

² FU, LF, Masarykova univerzita, Brno

³ Katedra chirurgických oborů, LF, Ostravská univerzita, Ostrava

XXII. Slovenský kongres cievnej chirurgie 5.-7.4.2018, Jasná

Infekčná výdut' brušnej aorty

- Subrenálny úsek brušnej aorty patrí k najčastejším oblastiam výskytu výdutí
- Najčastejšie infekčné agens:
Salmonella species (40%),
Stafylococcus aureus a Streptococcus species
- Adekvátna liečba zahŕňa resekciu výdute, extenzívny debridement, vaskulárnu rekonštrukciu a dlhodobú antibiotickú terapiu

Symptomatológia

- Väčšinou nebývajú symptómy žiadne
- Nešpecifické problémy z útlaku okolitých orgánov (nechutenstvo, meteorizmus, nauzea, pocit tlaku v bruchu, bolesti chrbta)

Diagnostika

Pri palpačnom vyšetrení brucha môže byť
niekedy hmatná pulzujúca rezistencia

Diagnózu potvrdí sonografia, angiografia, CT s
kontrastnou látkou, či MR

Možnosti invazívnej terapie

- vzhľadom k vysokému riziku ruptúry aneurysmy je indikované invazívne riešenie. U malých asymptomatických výdutí (4-5 cm) sa zvažuje indikácia s prihliadnutím k veku a komorbiditám pacienta. Symptomatické výdute operujeme vždy.
- poinfekčný stav vysoko zvyšuje riziko reinfekcie pri použití cudzorodého materiálu (stentgraft, protéza - strieborná, namáčaná v rifampicine). Náročnejšie, ale bezpečnejšie je použitie autológnej venóznej náhrady alebo arteriálneho homograftu (kryoštep).

Kazuistika

64-ročný muž

OA: HTN, hypothyreosis, ICHDKK II.st, stp.
trombolýze AIE a AIC I.dx., warfarinizácia,
chron. polyetážový vertebrogénny sy., stp.
operaci C chrbtice

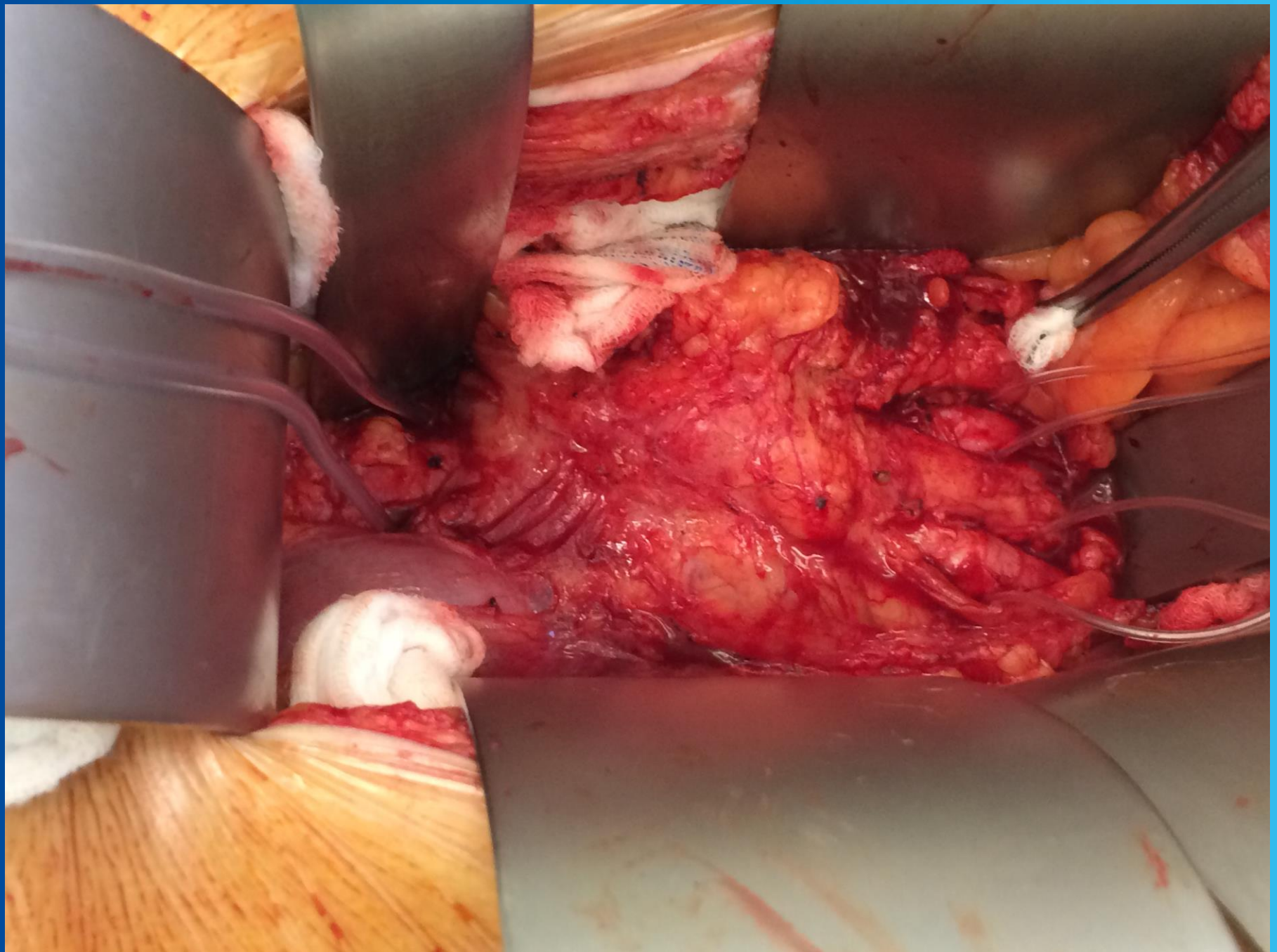
NO: prichádza opakovane do chirurgickej
ambulancie pre trvajúce bolesti brucha a LS
chrbtice.

Terapia

- Pre nejasnú etiológiu problémov hospitalizovaný k diferenciálnej diagnostike na internom oddelení
- V priebehu 11 dní od prvého klinického vyšetrenia stanovená diagnóza infekčného AAA (pôvodca: Salmonella Enteritidis sk.D)
- Pacient cielení zaliečený ATB a následní v stabilizovanom stave naplánované operačné riešenie
- Resekcia infekčnej aneurysmy, obojstranne odber v. femoralis superficialis, žilová autológna aortobiilická náhrada
- Dĺžka výkonu 420 minút, pooperačne observácia na JIP
- 14. pooperačný deň pacient v stabilnom stave prepustení do ambulantnej starostlivosti s dlhodobou ATB terapiou (Zinnat 2 mesiace), nastavený na Warfarin, kompresné punčochy minimálne na 2 mesiace.

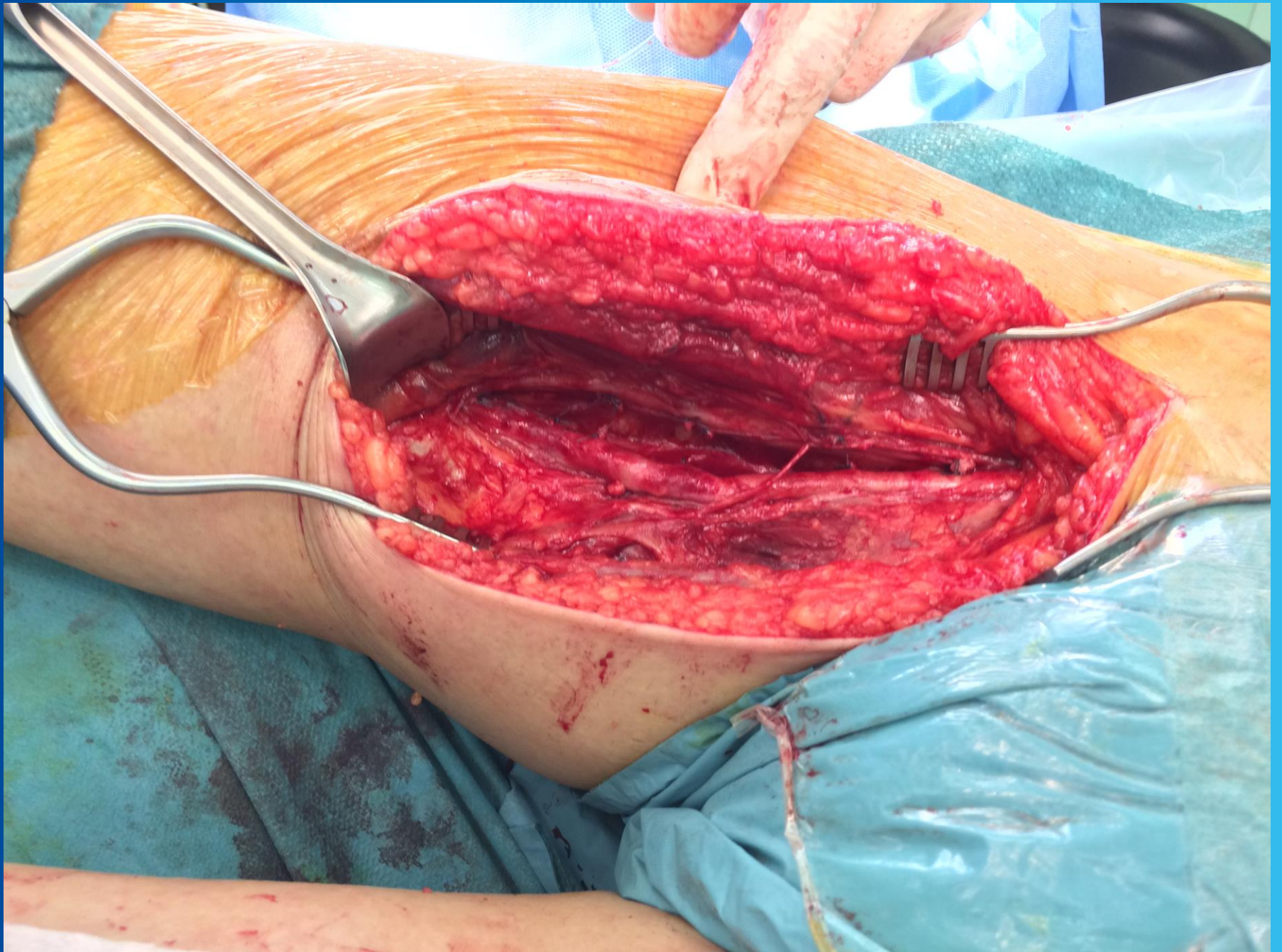
3-ročné sledovanie

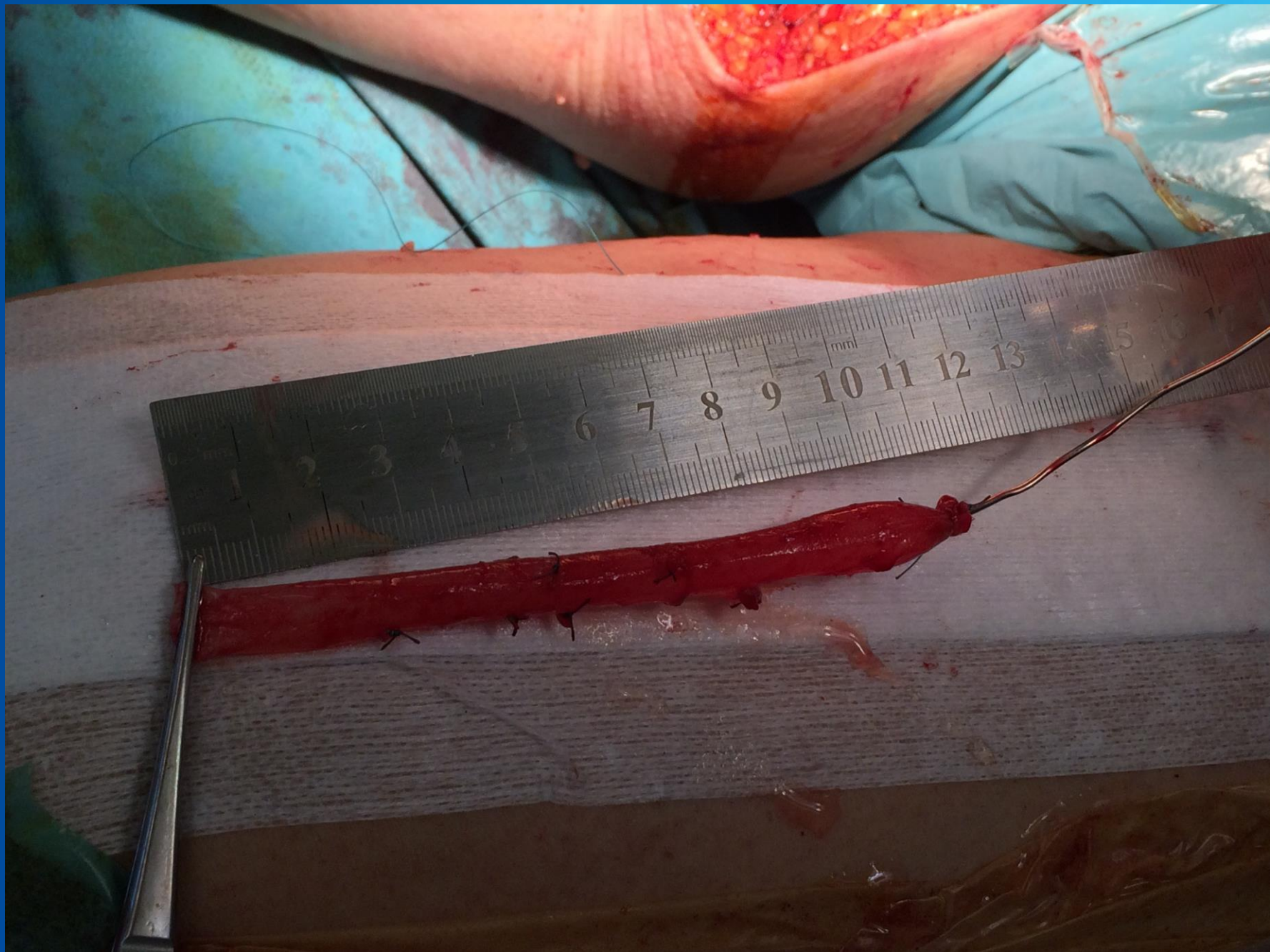
- 3 mesiace** po výkone: pacient sa cíti dobre, večerný opuchnutie LDK, bypass plne priechodný
- 5 mesiacov** po výkone: serom stehna, opuchnutie LDK, bypass priechodný
- 9 mesiacov** po výkone: ponámahové bolesti DKK, bez opuchnutia, bypass priechodný
- 1 rok** po výkone: Hernia in cicatrice post laparotomiam multiplices – indikované k plastike so sieťkou, ktorá uskutočníť bez komplikácií, bypass priechodný
- 2 roky** po výkone: bypass priechodný, menšie opuchnutie DKK, Warfarin ex, nastavený na ASA
- 3 roky** po výkone: bez opuchnutia, bez klaudikácií, dle UZ dobre priechodný bypass s fyziologickou perfúziou tepien DKK. Trvale antiagregácia ASA.















Diskusia

Aortobiilická rekonštrukcia s použitím autológneho venózneho štep u pacientův s infekčnou AAA je výhodnou operačnou metódou, pretože znižuje riziko reinfekcie a skracuje dĺžku ATB terapie v porovnaní s použitím protézy

Pre operatéra je tento postup najzložitejší, pre pacienta však prináša najlepšie dlhodobé výsledky

V svetovej literatúre sa tento postup vyskytuje s ojedinelou frekvenciou

Záver

Uvedený pacient s aortobiilickou rekonštrukciou s použitím autológneho venózneho štep je 3 roky po operačnom výkone bez závažných problémov, bez opuchnutia DKK, bez klaudikácií s klinicky i paraklinicky dobre priechodným bypassom s fyziologickou perfúziou tepien DKK.