

Ruptura aneuryzmatu abdominální aorty

Jana Čepelová, Miroslav Černohous, Ivan Jeřábek, Miroslav Zavoral

Kardiologické oddělení, Interní klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Popisujeme případ 79letého kuřáka, neléčeného hypertonika, který byl vyšetřen na akutní příjmové ambulanci pro náhle vzniklé kolikovitě bolesti v bedrech, zvracení a rozvoj šokového stavu. Ultrazvukem a následně CT angiografií u něj byla diagnostikována ruptura aneuryzmatu abdominální aorty. Pacient byl indikován k urgentnímu chirurgickému řešení výdutě. Po úspěšné operaci a rekonvalescenci byl pacient předán do ambulantní péče. Jeho stav byl i po roce uspokojivý.

Klíčová slova: aneuryzma abdominální aorty, ruptura aorty, AAA, ateroskleróza, Marfanův syndrom, stentgraft.

Rupture of an abdominal aortic aneurysm

A case of an old man, a smoker, with untreated hypertension, with a diagnosis of ruptured abdominal aortic aneurysm is presented. A 79 years old man had been examined in an emergency for a sudden colic pain in a hipster area, an emesis and a progress of a shock. Diagnosis of ruptured abdominal aortic aneurysm was confirmed by ultrasonic and subsequently by computer tomography. Successful surgical operation was performed. Patient's condition was observed in an ambulatory care next year without complications.

Key words: abdominal aortic aneurysm, aortic rupture, AAA, atherosclerosis, Marfan syndrome, stentgraft.

Interv Akut Kardiolog 2009; 8(6): 316–318

Úvod

Ruptura aneuryzmatu břišní aorty je závažnou akutní příhodou s velmi nepříznivou prognózou a s vysokou hospitalizační mortalitou. Aneuryzma aorty se vyskytuje nejčastěji u starších mužů kuřáků, hypertoniků, nad 70 let. Příčinou poškození stěny aorty bývá degenerace medie vlivem zevních nebo vrozených faktorů (ateroskleróza, cystická medionekróza, vaskulitidy, infekce, trauma, myxomatózní degenerace, Marfanův syndrom). Progresi šíře aneuryzmatu ovlivňuje především neléčená hypertenze a kuřáctví. V klinickém obraze dominují silné bolesti břicha, bederní oblasti,

nauzea, zvracení, ischemie splanchnické oblasti nebo dolních končetin, synkopa a šokový stav.

Klasickou metodou léčby je urgentní chirurgický výkon. Rekonstrukce aorty se provádí aortálním graftem nebo aortofemorálním bypassem. Endovaskulární implantace stentgraftu je stále častěji využívanou, méně invazivní metodou, s kratší dobou hospitalizace. Bývá metodou volby u pacientů s vysokým operačním rizikem, vyžaduje však příznivé anatomické poměry. Mezi perioperační komplikace patří ischemie mozku, ischemie myokardu, renální nebo respirační insuficience, paraplegie, he-

moragický šok. Součástí pooperační léčby je heparinizace a antibiotická profylaxe. Operační mortalita činí 40–50 %, pooperační přežívání po 5 letech bývá 60 %, po 10 letech 30 %. Příčinou úmrtí v delším časovém horizontu po operaci je nejčastěji ischemická choroba srdeční (1, 2, 3, 4, 5, 6).

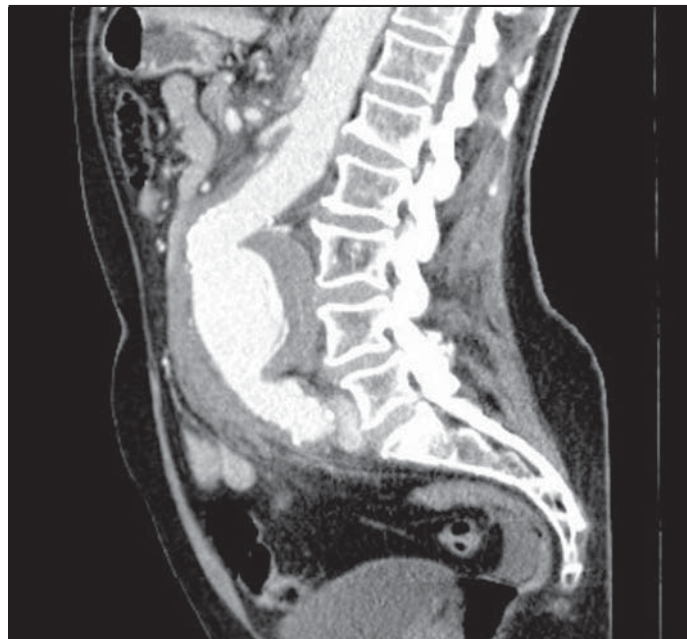
Kazuistika

79letý kuřák, doposud neléčený hypertonik, bez dalších závažných komorbidit, byl vyšetřen na urgentní příjmové ambulanci pro náhle vzniklé kolikovitě bolesti v bedrech, zvracení, byl opocený, bledý, normotenzní, měl tachykardii.

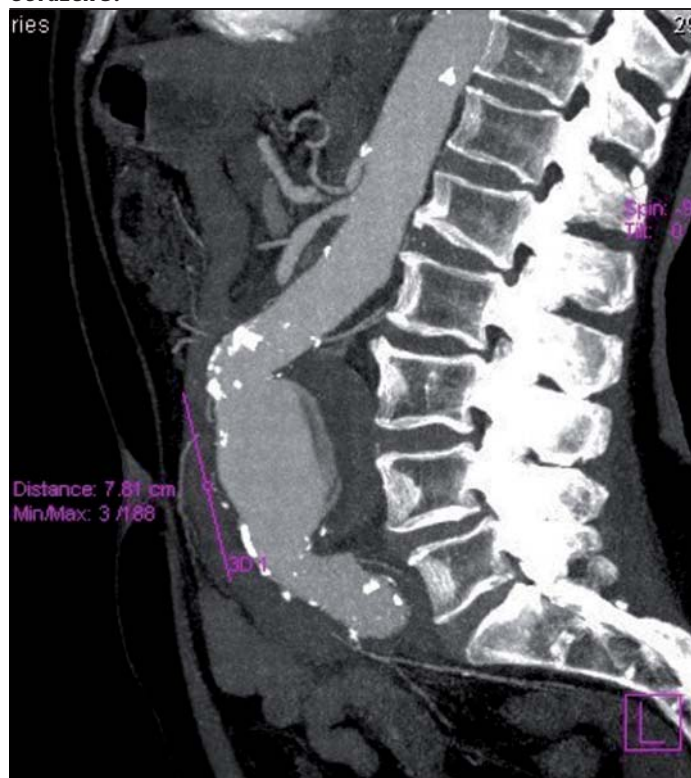
Obrázek 1.



Obrázek 2.



Obrázek 3.



Obrázek 4.



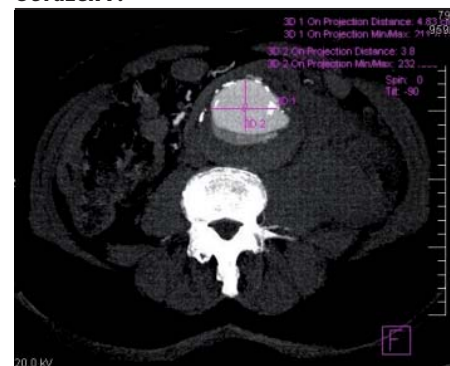
Obrázek 5.



Obrázek 6.



Obrázek 7.



Břicho bylo palpačně bolestivé, vzedmuté, s vymizelou peristaltikou. V laboratorním vyšetření byla leukocytóza $14 \times 10^9/l$, hemoglobin 132 g/l, hyposaturace kyslíku v krvi, ostatní hodnoty bez pozoruhodností. Ultrazvuk břicha a následně CT angiografie verifikovala aneuryzma aorty v průměru 63 mm, pod odstupem renálních tepen, s rupturou stěny aorty a s cirkulárním hematodem v retroperitoneu.

Pacient byl s ohledem na šokový stav neschopen transportu do jiného zdravotnického zařízení k implantaci stentgraftu, proto bylo indikováno urgentní chirurgické řešení. Výkon byl značně komplikovaný, s velkou krevní ztrátou. Pooperačně byla pro oběhovou nestabilitu nutná ventilační podpora, opako-

vaně byly podány krevní převody. Postupně se stav nemocného stabilizoval. Po 14 dnech byl pacient propuštěn do ambulantní péče, s kombinovanou antihypertenzní léčbou. Při ambulantní kontrole po měsíci a po roce byl stav nemocného uspokojivý, hodnoty krevního tlaku v normě.

CT snímky 1–7 zobrazují objemné aneuryzma břišní aorty pod odstupem renálních tepen, s patrným prosakováním krve a s cirkulárním hematodem v retroperitoneu.

Závěr

V prevenci aneuryzmatu aorty i následných komplikací klademe hlavní důraz na léčbu anebo eliminaci vyvolávajících rizikových faktorů, při-

nosné může být preventivní ultrazvukové vyšetření břišní aorty v rámci jiného ultrazvukového vyšetření (echokardiografie, UZ břicha). Pacienti s šíří aneuryzmatu nad 50 mm, s progresí o 5 mm za rok a s přítomnými rizikovými faktory profitují z elektivního operačního výkonu. U polymorbidních pacientů ve vyšším věku, s komorbiditami (chronická obstrukční plicní nemoc, ischemická srdeční nemoc, renální nebo hepatální selhání, vaskulární demence, imobilita) bývá vyšší riziko operační mortality, proto elektivní rekonstrukci indikujeme při průměru 60–70 mm. Po úspěšném chirurgickém výkonu je prognóza nemocných srovnatelná s pacienty bez přítomnosti aneuryzmatu (2, 3).

Popis obrázků

Obrázek 1, 2, 3, 4, 7. CT angiografie objemného aneuryzmatu abdominální aorty v subrenální části s cirkulárním hematodem

retrosternálně, se zaměřením rozměrů v příčné a podélné ose.

Obrázek 5, 6. DSA rekonstrukce CT obrazů.

Literatura

1. Pearce WH, Zarins CK, Bacharach JM. Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Symposium II: Controversies in abdominal aortic aneurysm repair. American Heart Association Writing Group 6. Circulation. 2009; 119(25): e604.
2. Aschermann M. Kardiologie. Praha: Galén, 2004: 1043–1056.
3. Pearce WH, Shively VP. Review. Abdominal aortic aneurysm as a complex multifactorial disease: interactions of polymorphisms of inflammatory genes, features of autoimmunity, and current status of MMPs. Ann NY Acad Sci. 2006; 1085: 117–132.
4. Peterson BG, Pearce WH, Resnick SA, Eskandari MK. Stent-graft treatment of thoracoabdominal aortic aneurysms after complete visceral debranching. J Vasc Interv Radiol. 2006; 17(9): 1519–1525.
5. Morasch MD, Kibbe MR, Evans ME, Meadows WS, Eskandari MK, Matsumura JS, Pearce WH. Percutaneous repair of abdominal aortic aneurysm. Vasc Surg. 2004; 40(1): 12–16.
6. Heyer KS, Modi P, Morasch MD, Matsumura JS, Kibbe MR, Pearce WH, Resnick SA, Eskandari MK. Secondary infections of thoracic and abdominal aortic endografts. J Vasc Interv Radiol. 2009; 20(2): 173–179. Epub 2008 Dec 20.

Článek přijat redakcí: 17. 8. 2009

Článek přijat k publikaci: 29. 8. 2009

MUDr. Jana Čepelová

Kardiologické oddělení, Interní klinika 1. LF UK a ÚVN
U Vojenské nemocnice 1200/1, 162 00 Praha 6
cepelovaj@seznam.cz
