

JAN NIELUBOWICZ, BOLESŁAW MARZINEK,
WALDEMAR OLSZEWSKI i HANNA SAMULSKA

Tętniaki aorty brzusznej

(Z I Kliniki Chirurgicznej AM w Warszawie; kierownik:
prof. dr med. Jan Nielubowicz)

W Polsce niezbyt wielu chorych zgłasza się do chirurga z powodu tętniaka tętnicy głównej. Być może jest to wynikiem przeceniania ryzyka operacyjnego, a być może niedostatecznie jeszcze przyjętego przekonania o tym, że tętniaki t. głównej, zwłaszcza leżące poniżej łuku aorty można pomyślnie leczyć operacyjnie. Operacje te są obciążone niezbyt wielką bezpośrednią śmiertelnością pooperacyjną. Dzięki rozwojowi chirurgii naczyniowej operacje te w ostatnich latach wykonuje się coraz częściej. W przypadkach niepowikłanych śmiertelność operacyjna jest rzędu 5—7% (3). W przypadkach tzw. „powikłanych” tzn. wówczas, gdy ściana tętniaka ulega naderwaniu, gdy tętniak jest duży i powoduje silne bóle, grożące w każdej chwili pęknięciem lub gdy istnieją obwodowe zatoki — śmiertelność operacyjna wynosi około 20—30%. Pęknięty tętniak aorty brzusznej rokuje bardzo źle i pośród tych chorych, którzy zostaną przewiezieni do szpitala śmiertelność operacyjna przekracza 80%.

Najcelowszym sposobem leczenia tętniaków aorty brzusznej jest obecnie wycięcie tętniaka i wszycie w to miejsce protezy. Historycznie starsze „drutowanie” tętniaków (1, 2) tj. wprowadzanie 50—100 m drutu do jamy tętniaka wykonuje się dzisiaj tylko wtedy, gdy wycięcie tętniaka jest przeciwwskazane.

Dotyczy to głównie chorych z bardzo ciężkimi ośrodkowymi zaburzeniami krążenia.

Obie metody zastosowano w I Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Warszawie, gdzie w ciągu ostatnich 3 lat leczono 4 chorych z tętniakami t. głównej.

Przypadek 1. G. W., 56-letni. Przed 8 laty przyjęty do szpitala z powodu zatoru prawej tętnicy udowej. W toku badań rozpoznano również tętniak t. głównej brzusznej. W r. 1956 w czasie operacji wzmocniono ścianę tętniaka powięzią pobraną z uda. Tętniak powiększał się jednak nadal. Chory odczuwał bóle w okolicach lędźwiowych, promieniujące do podbrzusza.

Ponowna operacja po 2 latach. Stwierdzono ogromny tętniak o wym. 20×15 cm w zrostach z otoczeniem. Ze względu na nagły spadek ciśnienia na początku operacji, zgodnie z konsultacją Kliniki Wewnętrznej, odstąpiono od operacji doszczętnej i wypełniono tętniak 50 m drutu stalowego (ryc. 1). Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Jak wiadomo z epikryzy żył jeszcze 4 lata po operacji. W czasie wielokrotnych kontroli stwierdzono, że tętniak się nie powiększał. Chory z guzem w brzuchu odbył podróż przez Atlantyk, był w dobrym stanie, i wiódł normalny tryb życia.

Przypadek 2. C. T., 60-letni. Duszność wysiłkowa, bóle w lewej połowie klatki piersiowej oraz w okolicy lędźwiowej promieniujące do ud. Nieznaczna sinica obwodowa, mierne wodobrzusze.

EKG blok lewej odnogi pęczka Hissa, blizna pozawąłowa na tylnej ścianie serca. Odczyn Bordeta-Wassermanna ujemny. Po leczeniu odwadniającym stwierdzono w podbrzuszu tętniący guz. Po dwóch miesiącach przygotowań uzyskano wyrównanie się krążenia.

W czasie operacji stwierdzono tętniak t. głównej brzusznej o wym. 12×8 cm sięgający górnym biegunem 3 cm poniżej tt. nerkowych, a na dole do rozwidlenia. Nagły spadek ciśnienia w czasie wprowadzania w uśpienie uniemożliwił planowaną resekcję tętniaka. Wobec tego wprowadzono do światła tętniaka 35 m drutu stalowego o średnicy 0,3 mm.

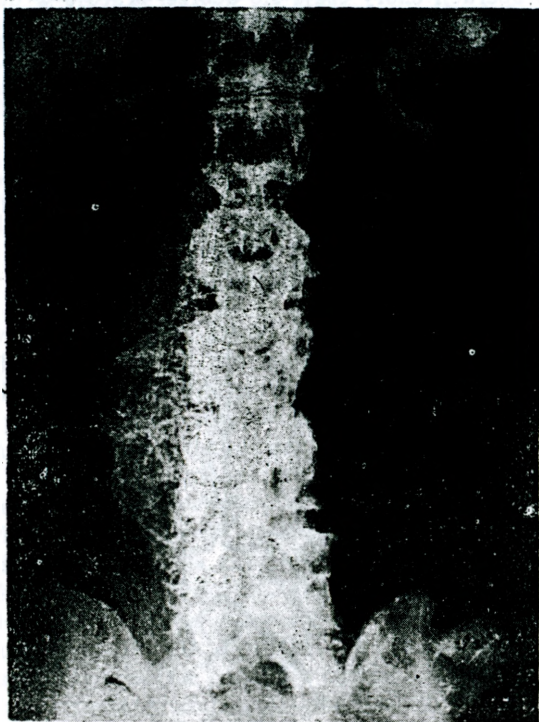
Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Chory żyje już 3 lata po operacji. Guz nie powiększa się.

Przypadek 3. R. J. 63-letni. Od dwóch lat nasilające się stopniowo bóle w okolicy lędźwiowej, promieniujące do podbrzusza. Kilkarotnie silne, kilkuminutowe napady

bólowe z potami i osłabieniem. W podbrzuszu guz tętniacy, odpowiadający tętniakowi t. głównej dolnej.

EKG — bez zmian.

Operacja: cięcie środkowe. Tętniak o wym. 15 X 10 cm obejmuje t. główną brzuszną poniżej tt. nerkowych,

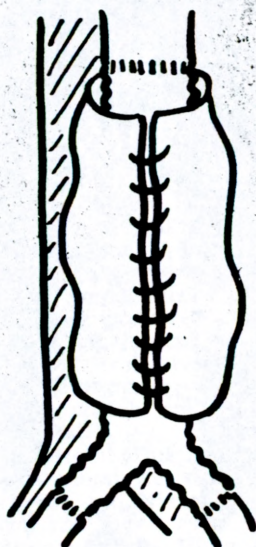


Ryc. 1.

rozwidlenie oraz obydwie tt. biodrowe wspólne. Po zamknięciu t. głównej poniżej tt. nerkowych oraz tt. biodrowych przecięto tętniak podłużnie i usunięto jego zawartość. Okazało się iż tylna część tętnicy była całkowicie zniszczona i ścianą tętniaka była przednia powierzchnia kręgosłupa. Następnie wszyto przeszczep teflonowy od aorty do tt. biodrowych „koniec do końca”. Przednią po-

wierzchnię przeszczepu pokryto resztą ścian tętniaka (ryc. 2). Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Bóle w okolicach lędźwiowych ustąpiły całkowicie. Po 6 miesiącach po operacji chory czuje się dobrze, pracuje w domu.

Przypadek 4. Ż. L., 73-letni. Od kilku lat stopniowo nasilające się bóle w podbrzuszu i w okolicach lędźwiowych. Leczy się od 6 lat z rozpoznaniem guza trzustki. Przed rokiem w czasie badania radiologicznego przewo-



Ryc. 2.

du pokarmowego rozpoznano tętniacy guz w śródbrzuszu, odpowiadający tętniakowi t. głównej brzusznej.

EKG — bez zmian.

Przed operacją w klinice dokładnym badaniem rtg przewodu pokarmowego zmian nie stwierdzono. Jedynie widać było drugą i trzecią część dwunastnicy, które zarysowały się na tętniaku. W czasie operacji stwierdzono tętniak t. głównej brzusznej o wym. 8×6 cm, sięgający od miejsca 5 cm poniżej tt. nerkowych do rozwidlenia. Po zamknięciu tętnic ponad i poniżej tętniaka wycięto go wszywając przeszczep teflonowy.

Przed samym zamknięciem powłok, kontrolując raz jeszcze jamę brzuszną stwierdzono na krzyżźnie małej żołądka 1 cm od odźwiernika mały ograniczony naciek rozmiarów 2 X 1,5 cm, który sprawiał wrażenie nacieku nowotworowego. Po gastrotomii rozpoznano w tym nacieku wczesną zmianę nowotworową żołądka. Ponieważ wyjęcie tętniaka przebiegało bardzo dobrze i szybko, a stan ogólny chorego był dobry, wykonano resekcję żołądka sposobem Rydygiera.

Pod koniec zabiegu czynność serca zatrzymała się. Po masażu przez kl. piersiową czynność serca powróciła.

Przebieg pooperacyjny był ciężki, niemiarowość trwała 7 dni. Chory opuścił klinikę w 5 tygodni po operacji, z raną zagojoną, w stanie dobrym. Obecnie po 6 miesiącach po operacji znajduje się pod stałą opieką Oddziału Chirurgicznego w Radomsku. Chory pracuje normalnie na roli. Stan jego jest zupełnie dobry.

O m ó w i e n i e

U wszystkich omawianych chorych tętniak rozpoznano 1 do 4 lat przed zgłoszeniem się do kliniki. Do leczenia operacyjnego chorych kierowano jednak dopiero po pojawieniu się pierwszych powikłań. Były to silne bóle, z powodu ucisku na przednią powierzchnię kręgosłupa i pnie nerwowe, zatory obwodowe lub niepokojące chorych powiększanie się guza. Zmiany były tak dalece posunięte, że u jednego chorego tylna ściana aorty była całkowicie zniszczona i ścianę tętniaka stanowił kręgosłup. Rozległe zmiany w naczyniach wieńcowych uniemożliwiły doszczętną operację u dwóch chorych. Dotyczyło to zwłaszcza 1 chorego u którego już na początku operacji pojawiły się ostre zaburzenia krążenia. U pozostałych 2 chorych wycięto typowo tętniak i wszyto protezę naczyniową. Przebieg pooperacyjny był dobry, chorzy powrócili do zwykłych zajęć.

Doszczętna operacja tętniaka nie jest zbyt trudna zwłaszcza, gdy tętniak nie wypełnia całej jamy brzusznej. Tętniaki t. głównej brzusznej, wbrew temu co by się wydawało, tylko wyjątkowo sięgają tętnic nerkowych. Nawet gdy tętniak jest bardzo duży od

górnjej krawędzi tętniaka do tt. nerkowych, pozostaje jeszcze 2—3 cm aorty, na którą można założyć zacisk i po wycięciu tętniaka przyszyć protezę. Najtrudniejszym i najniebezpieczniejszym technicznie szczegółem operacji jest odejście od żyły głównej wspólnej, która bywa nieraz wciągnięta w sam tętniak. Znacznie bezpieczniej jest ograniczyć operację do wycięcia przedniej i bocznych ścian tętniaka pozostawiając małą część tylnej przylegającej do żyły głównej dolnej. Dzięki temu można pokryć okolice zespolenia resztą ściany tętniaka, co daje dodatkowe wzmocnienie.

„Drutowanie” wykonuje się obecnie tylko wyjątkowo u chorych z ciężkimi zaburzeniami czynności serca lub wówczas, gdy resekcja i przeszczep z innych powodów są bezwzględnie przeciwwskazane. Wprowadzenie kilkudziesięciu m. drutu wzmacnia ścianę tętniaka w ten sposób, że drut stwarza rodzaj rusztowania, na którym odkłada się włóknik wzmacniająca ścianę tętniaka. Po takiej operacji, guz przestaje się powiększać i niebezpieczeństwo pęknięcia jest znacznie mniejsze. Obserwując chorego G. W. przekonaliśmy się, jak w ciągu 3 lat po wprowadzeniu drutu guz się nie powiększał, a chory mógł spełniać wszystkie normalne czynności życiowe i odbył nawet daleką podróż morską. Po 4 latach chory zmarł w klinice wskutek nagłego krwotoku wewnętrznego. Na sekcji stwierdzono, że ściana tętniaka miała grubość około 1—2 cm, i była obudowana dookoła drucianej siatki. Miejsce pęknięcia znajdowało się z boku i ku tyłowi na granicy między kręgosłupem i boczno-tylną ścianą tętniaka. Ścianę tylną tętniaka tworzył bezpośrednio kręgosłup. U drugiego chorego z powodu błędnej odnogi w sercu ograniczono się tylko do wprowadzenia drutu do tętniaka pomimo bardzo łatwych warunków technicznych i niezbyt dużego guza. Chorego tego obserwujemy już w ciągu 3 lat. Spełnia swe obowiązki domowe, a guz nie powiększa się.

Resekcja z uzupełnieniem ubytku przeszczepem pozostaje jednak najlepszym sposobem postępowania

i jest właściwie postępowaniem z wyboru w leczeniu tętniaków aorty. Obecnie najczęściej ubytki protezuje się przeszczepami z tworzyw sztucznych. Przeszczep wszyty do aorty po resekcji tętniaka utrzymuje prawie zawsze drożność przez dłuższy czas. Wyniki odległe są bardzo dobre i człowiek wraca do życia, wolny od niebezpieczeństwa następnego krwotoku.

W Polsce dysponujemy w tej chwili odpowiednimi protezami wyprodukowanymi w Zakładach Dziewiarskich w Łodzi.

PIŚMIENNICTWO

1. Blakemore A. H., King B.: Electrothermic coagulation of aortic aneurysm. JAMA, 1938, 111, 1821.
2. Linton R. R.: Intrascacular Wiring of Abdominal Arteriosclerotic Aortic Aneurysms „Pack” Method. Angiology, 1951, 2, 458.
3. Martin P.: Indications and techniques in arterial surgery. Edinburgh 1963.

Otrzymano: 27.V.1964; adres: Warszawa, ul. Nowogrodzka 59, I Klinika Chirurgiczna AM.

Нелюбович Я., Марзинэк Б., Ольшевски В.
и Самульская Г.

Аневризмы брюшной аорты

В I Хирургической Клинике Мед. Акад. в Варшаве авторы оперировали по поводу аневризмы брюшной аорты 4-х больных.

У двух больных была исполнена резекция аневризмы с последовательным вшитием дакронового протеза. В течение 6-ти месячного наблюдения авторы не отметили каких либо осложнений в послеоперационном течении.

У остальных двух больных вследствие неблагоприятного общего состояния большое хирургическое вмешательство было противопоказано операция ограничивалась введением в аневризмальный мешок стальной проволоки. Один из этих больных прожил 4 года, у второго в течение 3-летнего наблюдения не наблюдается осложнений.

Nielubowicz J., Marzinek B., Olszewski W. and
Samulska H.

Aneurysms of abdominal aorta

Four patients with aneurysm of the abdominal aorta were operated upon at the 1 st Surgical Clinic, Medical Academy in Warsaw. Resection of the aneurysm and grafting with woven dacron prosthesis was performed in two patients with the follow up period 6 months. In the other two patients intrasaccular wiring of the aneurysm was done. One patient died four years after „wiring”, the other one has remained well for 3 years.

Zam. 1639/A. E-63

Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. Warszawa.
Nakład 60 egz. Format A5, na papierze VII kl. druk. sat. 61 × 86.

Zakłady Graficzne Dom Słowa Polskiego. Warszawa.