

Ανευρύσματα σπληαχνικών αγγείων

Τα ανευρύσματα των σπληαχνικών αρτηριών αποτελούν σπάνιες παθολογικές καταστάσεις, των οποίων η σπουδαιότητα έγκειται στον κίνδυνο ρήξης ή διάβρωσης γειτονικών σπλάχνων, με αποτέλεσμα απειλητική για τη ζωή αιμορραγία. Στα ανευρύσματα αυτά περιλαμβάνονται, κατά σειρά συχνότητας, τα ανευρύσματα της σπληνικής αρτηρίας (60%), της ηπατικής (20%), της άνω μεσεντερίου (5,5%), της κοιλιακής (4%), των γαστρικών και γαστρεπιπλοϊκών αρτηριών (4%), των νηστιδικών, ειλεϊκών και κολικών αρτηριών (3%), των παγκρεατικών και παγκρεατοδωδεκαδακτυλικών αρτηριών (2%), της γαστροδωδεκαδακτυλικής (1,5%) και της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας (<1%).¹⁻³

Η συχνότητα των ανευρυσμάτων της σπληνικής αρτηρίας κυμαίνεται από 0,098–10,4% σε νεκροτομικές μελέτες, ενώ σε 3.400 αγγειογραφίες αλληρείου τρίποδα για άλλες παθήσεις, ανευρέθηκαν σε ποσοστό 0,78%.¹ Είναι πιο συχνά στις γυναίκες (4:1), ιδιαίτερα τις πολύτοκες, καθώς και στους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος.^{4,5} Η αιτιολογία τους περιλαμβάνει ινομυϊκή δυσπλασία, πολλαπλές κυήσεις, πυλαία υπέρταση, αρτηριοσκλήρυνση, τοπικές φλεγμονές, διατιτραίνοντα ή τυφλά τραύματα, νόσους συνδετικού ιστού, μυκωτικά ανευρύσματα και συγγενή ανευρύσματα.¹⁻³

Τα ανευρύσματα της σπληνικής αρτηρίας είναι συνήθως ασυμπτωματικά. Το συχνότερα αναφερό-

μενο ενόχλημα είναι ένα αμβλύ άλγος στο αριστερό άνω τεταρτημόριο της κοιλίας. Η διάγνωσή τους γίνεται συνήθως τυχαία, με απλή ακτινογραφία κοιλίας, υπερηχογράφημα ή αξονική τομογραφία, ενώ η επιβεβαίωση της διάγνωσης και ο ακριβής εντοπισμός της θέσης του ανευρύσματος γίνεται με αρτηριογραφία.^{1-3,6,7}

Η ρήξη ενός ανευρύσματος σπληνικής αρτηρίας συνήθως περιορίζεται αρχικά στον ελάχιστο επιπλοϊκό θύλακο και ακολουθεί ρήξη προς την ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα, με αποτέλεσμα ολιγαμική καταπληξία. Το γεγονός αυτό, γνωστό και ως «φαινόμενο διπλής ρήξης», παρατηρείται στο 25% των περιπτώσεων και παρέχει τη δυνατότητα θεραπευτικής παρέμβασης πριν από την έναρξη κατακλυσμιαίας αιμορραγίας.^{1,7}

Ο κίνδυνος ρήξης ενός ανευρύσματος σπληνικής αρτηρίας είναι μικρότερος του 2%. Για το λόγο αυτόν, εκλεκτική χειρουργική αντιμετώπιση δεν ενδείκνυται για τα συνήθη μικρά και ασυμπτωματικά ανευρύσματα σπληνικής αρτηρίας.^{1,7} Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει απλή απολίνωση ή εκτομή του ανευρύσματος και (σπάνια) αρτηριακή αποκτάσταση. Ανάλογα με την εντόπιση, μπορεί να χρειαστεί σπληνεκτομή ή και περιφερική παγκρεατεκτομή. Ο αρτηριακός εμβολισμός μέσω καθετήρα αποτελεί εναλλακτική μορφή θεραπείας, ιδιαίτερα στις ομάδες υψηλού κινδύνου.^{1-4,7-9}

Τα ανευρύσματα της ηπατικής αρτηρίας οφείλονται σε εκφύλιση του μέσου χιτώνα, τραύματα, αγγείτιδες, όπως οζώδη πολυαρτηρίτιδα, και περιαρτηριακές φλεγμονές, λόγω χολοκυστίτιδας ή πα-

γκρεατίτιδας. Η αρτηριοσκλήρυνση θεωρείται δευτεροπαθής εκδήλωση και όχι αίτιο των ανευρυσμάτων αυτών, ενώ τα μυκωτικά ανευρύσματα, που παλαιότερα ήταν τα πλέον συνήθη, αντιπροσωπεύουν σήμερα μόνο το 3%.^{1,6,7}

Τα ανευρύσματα της ηπατικής αρτηρίας είναι συνήθως ασυμπτωματικά. Όταν εκδηλώνονται κλινικά, μπορούν να προκαλέσουν κοιλιακό άλγος, αιμορραγία πεπτικού ή αιμοχολία (από διάβρωση του στομάχου, του δωδεκαδακτύλου ή των χοληφόρων) και ίκτερο (από πίεση του χοληδόχου πόρου), ενώ το 10% των ασθενών προσέρχονται λόγω ολιγαμικής καταπληξίας από ρήξη ή μαζική αιμορραγία πεπτικού. Η διάγνωση τίθεται με την αρτηριογραφία, το υπερηχογράφημα και την αξονική τομογραφία.^{1,7}

Ένδειξη χειρουργικής αντιμετώπισης έχουν πρακτικά όλα τα ανευρύσματα της ηπατικής αρτηρίας, καθώς η συχνότητα της ρήξης υπολογίζεται σε 20% και η θνητότητα στις περιπτώσεις αυτές πλησιάζει το 35%.⁷ Τα ανευρύσματα της κοινής ηπατικής αρτηρίας αντιμετωπίζονται με απολίνωση ή εκτομή χωρίς αρτηριακή αποκατάσταση, καθώς η παράπλευρη κυκλοφορία μέσω κυρίως της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας είναι συνήθως επαρκής. Αντίθετα, τα ανευρύσματα της ιδίως ηπατικής αρτηρίας απαιτούν αρτηριακή αποκατάσταση με παρεμβολή μοσχεύματος. Τέλος, τα ενδοηπατικά ανευρύσματα αντιμετωπίζονται με μερική ηπατεκτομή ή διαδερμικό εμβολισμό.^{1-4,7-9}

Η ιδιαιτερότητα των ανευρυσμάτων της άνω μεσεντερίου αρτηρίας συνίσταται στο ότι είναι συνήθως φλεγμονώδη, αναπτυσσόμενα επί εδάφους υποξείας βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας. Επίσης, σε αντίθεση με τα υπόλοιπα ανευρύσματα των σπλαχνικών αρτηριών, τα ανευρύσματα της άνω μεσεντερίου αρτηρίας είναι συνήθως συμπτωματικά, εκδηλούμενα με κοιλιακό άλγος.^{1,10} Τα ανευρύσματα αυτά συχνά ρήγνυνται ή θρομβώνονται και για το λόγο αυτόν η χειρουργική αντιμετώπιση είναι επιβεβλημένη. Η απλή απολίνωση συνήθως επαρκεί, λόγω του πλούσιου παράπλευρου δικτύου, ενώ, όταν διαπιστώνεται διεγχειρητικά ισχαιμία του εντέρου, η εγχείρηση συμπληρώνεται με την παρεμβολή μοσχεύματος ή την επανεμφύτευση της άνω μεσεντερίου αρτηρίας.^{1-4,7-9}

Το σύνολο των λοιπών σπλαχνικών ανευρυσμάτων δεν υπερβαίνει το 15%. Πάντως, είναι γεγονός ότι ρήγνυνται με μεγαλύτερη συχνότητα και απαιτούν χειρουργική αντιμετώπιση, όταν εντοπιστούν. Επίσης, λόγω της άτυπης πολλές φορές εντόπισής τους, είναι απαραίτητος ο πλήρης προεγχειρητικός έλεγχος, ώστε να αντιμετωπίζονται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, χωρίς βλάβη των παρακειμένων οργάνων. Ιδιαίτερα επικίνδυνα εμφανίζονται τα ανευρύσματα πέριξ του παγκρέατος (παγκρεατοδωδεκαδακτυλικής, παγκρεατικών αρτηριών), τα οποία πολλές φορές απαιτούν μερική παγκρεατεκτομή.¹⁰

Χρ. Λιάπης, Ι. Κακίσης

Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική

Πανεπιστήμιο Αθηνών, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

1. MESSINA LM, SHANLEY CJ. Visceral artery aneurysms. *Surg Clin North Am* 1997, 77:425-442
2. PANAYIOTOPOULOS YP, ASSADOURIAN R, TAYLOR PR. Aneurysms of the visceral and renal arteries. *Ann R Coll Surg Engl* 1996, 78: 412-419
3. STANLEY JC, WAKEFIELD TW, GRAHAM LM, WHITEHOUSE WM Jr, ZELENOCK GB, LINDENAUER SM. Clinical importance and management of splanchnic artery aneurysms. *J Vasc Surg* 1986, 3:836-840
4. Σέχλω ΜΝ, Λιάπης Χ, ΓΟΥΓΟΥΛΑΚΗ Α, ΒΑΣΔΕΚΗ Σ, ΦΩΤΙΑΔΗ Κ, ΜΑΤΣΑΓΚΑΩ ΜΙ ΚΑΙ ΣΥΝ. Ανευρύσματα σπλαχνικών αρτηριών. *Ελλ Χειρ* 1997, 69:26-33
5. GRAHAM JM, McCOLLUM CH, DEBAKEY ME. Aneurysms of the splanchnic arteries. *Am J Surg* 1980, 140:797-801
6. SHANLEY CJ, SHAH NL, MESSINA LM. Common splanchnic artery aneurysms: splenic, hepatic, and celiac. *Ann Vasc Surg* 1996, 10: 315-322
7. CARR SC, PEARCE WH, VOGELZANG RL, MCCARTHY WJ, NEMCEK AA Jr, YAO JS. Current management of visceral artery aneurysms. *Surgery* 1996, 120:627-634
8. ROKKE O, SONDENAA K, AMUNDSEN SR, LARSEN TB, JENSEN D. Successful management of eleven splanchnic artery aneurysms. *Eur J Surg* 1997, 163:411-417
9. BAKER KS, TISNADO J, CHO SR, BEACHLEY MC. Splanchnic artery aneurysms and pseudoaneurysms: transcatheter embolization. *Radiology* 1987, 163:135-139
10. SHANLEY CJ, SHAH NL, MESSINA LM. Uncommon splanchnic artery aneurysms: pancreaticoduodenal, gastroduodenal, superior mesenteric, inferior mesenteric, and colic. *Ann Vasc Surg* 1996, 10: 506-515