

Η ενδιαφέρουσα περίπτωση του μήνα

ΜΑΪΟΣ 2012

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ



Περίπτωση ανδρός με άλγος στην οσφύ

Παρουσιάζεται από:
Δ. Ραφαηλίδη, Αικ. Σδρόλια, Δ.
Κατσίμπα

Ακτινολογικό Εργαστήριο
Γ. Ν. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» Θεσσαλονίκης

Ασθενής, ετών 67, προσήλθε στα Επείγοντα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, κατά τη διάρκεια γενικής εφημερίας, παραπονούμενος για έντονο άλγος οσφύος ολίγων ωρών.



Εικ.1

1. Η απλή ακτινογραφία ΝΟΚ απεικόνισε:

- A) Μη σημαντικά παθολογικά ευρήματα
- B) Σχετική απουσία αεροπληθών εντερικών ελίκων στην αριστερή πλάγια κοιλιακή χώρα
- Γ) Επασβέστωση επιπροβαλλόμενη στην πορεία του αριστερού ουρητήρα
- Δ) Γραμμοειδής επασβέστωση μικρού μήκους, στην αριστερά κοιλιακή χώρα παρά την εγκάρσια απόφυση του O₃
- Ε) Επασβεστώσεις στη θέση της δεξιάς κοινής λαγονίου αρτηρίας
- ΣΤ) Ασάφεια διαγραφής του ορίου του αριστερού λαγονοψοΐτου
- Z) Τα 2+4+5+6
- Η) Σαφώς περιγεγραμμένη μάζα μαλακών μορίων
- Θ) Τα 3+5+6+8

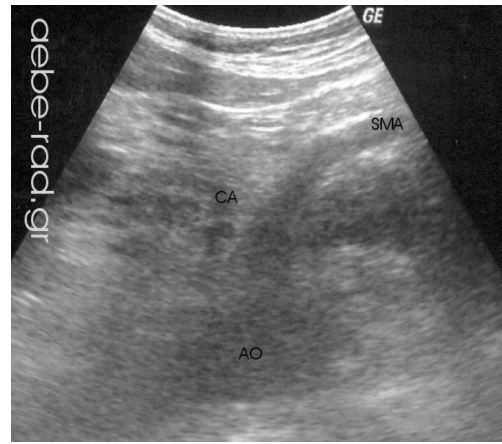
2. Τα ευρήματα του συμβατικού ακτινολογικού ελέγχου θέτουν την πιθανότητα:

- A) Ανευρύσματος κοιλιακής αορτής
- B) Υδρονέφρωσης από λίθο στη μεσότητα του αριστερού ουρητήρα
- Γ) Ευμεγέθους όγκου του κάτω πόλου του αριστερού νεφρού με επασβεστώσεις
- Δ) Σπληνομεγαλία

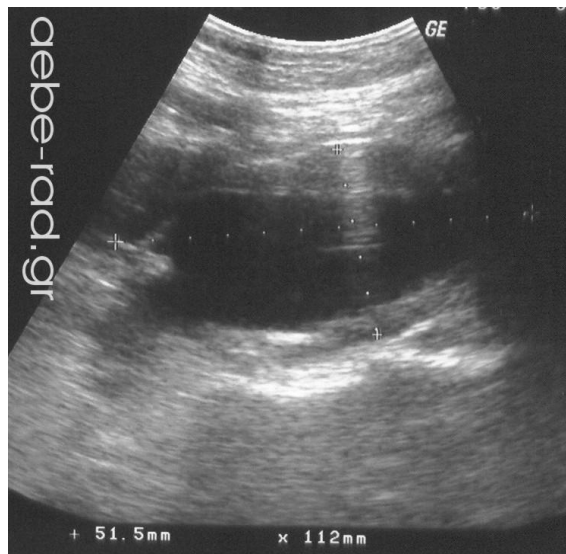
Με την πάροδο του χρόνου ο ασθενής παρουσίασε εφίδρωση και ωχρότητα. Για το λόγο αυτό συστήθηκε υπερηχογραφικός έλεγχος ενώ ο αιματοκρίτης βρέθηκε 36.



Εικ.2



Εικ.3



Εικ. 4

Ο υπερηχογραφικός έλεγχος με B - mode αποκάλυψε:

- A) Φυσιολογικών διαστάσεων και ηχοδομής αριστερό νεφρό, δίχως διάταση του πυελοκαλυκκικού του.
- B) Την παρουσία ατρακτοειδούς ανευρύσματος διαμέτρου άνω των 5 εκ, και μήκους 11 εκ, αμέσως μετά την έκφυση της άνω μεσεντερίου αρτηρίας (Εικ 3 –SM-) έως το διχασμό των λαγονίων. Απεικονίστηκε η ύπαρξη ανομοιογενούς ενδοαυλικού θρόμβου με ανηχογενείς περιοχές και μια λεπτή τοιχωματική γραμμοειδής ανάκλαση, οφειλόμενη σε επασβέστωση (Εικ. 4).

3. Τα υπερηχογραφικά ευρήματα συνηγορούν υπέρ:

- A) Ανευρύσματος κοιλιακής αορτής
- B) Ανευρύσματος κοιλιακής αορτής με επαπειλούμενη ρήξη
- Γ) Ραγέντος ανευρύσματος κοιλιακής αορτής

Ακολούθησε επείγουσα απεικόνιση με MDCT με ενδοφλέβια έγχυση μη ιονικής σκιαγραφικής ουσίας, σε δύο φάσεις.



Εικ. 5



Εικ. 6



Εικ. 7



Εικ. 8



Εικ.9



Εικ.10

4. Κατά την πρώτη της φάση (Εικ. 5-10) η αξονική τομογραφία απεικόνισε:

- A) Ανεύρυσματος κοιλιακής αορτής
- B) Διάταση της κοιλιακής αορτής 3,5 εκ κεντρικά της έκφυσης των νεφρικών, ενώ περιφερικά ο ανεύρυσμα έχει διάμετρο 6 εκ και επεκτείνεται έως το διχασμό των λαγονίων
- Γ) Μηνισκοειδή ενδοαυλικό έκκεντρο θρόμβο
- Δ) Διακοπτόμενη τοιχωματική επασβέστωση
- Ε) Εικόνα ρήξης με προαορτική εξαγγείωση
- ΣΤ) Παρουσία εκτεταμένου αιματώματος που καταλαμβάνει τον αριστερό περινεφρικό χώρο απωθώντας το νεφρό και το επινεφρίδιο σύστοιχα
- Z) Όλα τα παραπάνω

Η καθυστερημένη (β' φάση) της εξέτασης επιβεβαίωσε την ύπαρξη της ενδοτοιχωματικής εξαγγείωσης, καθώς και διαστρωμάτωση στοιχείων οξέως και υποξέως αιματώματος περινεφρικά (Εικ. 11, 12).



Εικ. 11



Εικ. 12

Ρήξη ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής

Πολλές φορές τα ανευρύσματα διαγιγνόμενα μετά τη ρήξη τους, ενώ μέχρι τότε διαλανθάνουν ασυμπτωματικά. Οι περιπτώσεις ρήξεως ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής αποτελούν την 13^η αιτία θανάτων στις Η.Π.Α και η θνητότητά τους προσεγγίζει το 80%. Κύρια κλινικά σημεία ρήξης ενός ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής είναι το έντονο άλγος στην οσφυϊκή χώρα, η ταχυσφυγμία η ναυτία και οι έμετοι, η έντονη εφίδρωση και τέλος το shock.

Η συμβατική ακτινογραφία με την ακτινογραφία κοιλίας παρουσιάζει αμβλυγρά ευρήματα, συνήθως μιας μάζας μαλακών μορίων προς την αριστερή κοιλιακή χώρα. Ενίοτε απεικονίζονται τοξοειδείς επασβεστώσεις προερχόμενες από τα τοιχώματα του ανευρύσματος. Συχνά ασαφοποιείται και το έξω όριο του σύστοιχου λαγονοψοίτη. Τα ευρήματα αυτά υπήρχαν και στην αρχική ακτινογραφία της παρουσιαζόμενης περίπτωσης. Η υπερηχογραφία B - mode και η αξονική τομογραφία χρησιμοποιούνται για την απεικονιστική διερεύνηση. Με τις μεθόδους αυτές υπολογίζεται η έκταση αλλά και διάμετρος του ανευρύσματος με ευχέρεια.

Υπερηχογραφικά απεικονίζονται άμεσα και έμμεσα σημεία της ρήξης ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής. Τέτοια είναι η ανομοιογένεια της ηχοδομής του ενδοαυλικού θρόμβου, η σαφής διακοπή της συνέχειας του θρόμβου, το οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα (Εικ. 2) και το αιμοπεριτόναιο. Επιβοηθητικά σημεία θεωρούνται η παρααορτική υποηχογενής περιοχή παρά το σημείο της ρήξης του τοιχώματος (Εικ.4), οι τοιχωματικές υποηχο- ανηχογενείς εστίες από την εξαγγείωση (Εικ.3) και το σημείο της στοιβάδας επιπλέοντος θρόμβου που θα πρέπει να διακρίνεται από το ιστίο ενός διαχωριστικού ανευρύσματος.¹

Η έγχρωμη Doppler υπερηχογραφία με ή χωρίς την ενδοφλέβια χορήγηση ηχοενισχυτικής ουσίας μπορεί να βοηθήσει στην εντόπιση του σημείου εξαγγείωσης με τη χρήση δέσμης, κλίμακας χαμηλών ταχυτήτων.²

Η αξονική τομογραφία με ενδοφλέβιο έγχυση μη ιονικής σκιαγραφικής ουσίας σε ασθενείς προχωρημένης ηλικίας με οξύ άλγος στην οσφύ απεικονίζει πάντα το ανεύρυσμα με τον έκκεντρο τοιχωματικό του θρόμβο.^{3,4}

Ευρήματα που αυξάνουν την πιθανότητα ρήξης είναι η παρουσία μάζας μαλακών μορίων αυξημένης πυκνότητας, έξω από το αορτικό τοίχωμα. Χωρίς την έγχυση σκιαγραφικού απεικονίζεται εικόνα μάζας ή συλλογή που επεκτείνεται στον περινεφρικό χώρο ή σπανιότερα στον παρανεφρικό χώρο. Τα όρια του ανευρύσματος ασαφοποιούνται. Διακοπή στο επασβεστωμένο όριο του κοιλιακού ανευρύσματος της αορτής προς τα αριστερά συνήθως, απεικονίζεται με εικόνα μαλακών μορίων, ίσης πυκνότητας με αυτή

του σύστοιχου λαγονοψοΐτου μυός. Το αιμάτωμα εξαπλώνεται προς το μεσεντέριο, προς τον ψοΐτη ή -όπως και στην περίπτωση μας- οπισθοπεριτοναϊκά. Το οξύ αιμάτωμα τυπικά εμφανίζει υψηλές μονάδες HU, ενώ μετά από μέρες ή εβδομάδες εμφανίζεται υπόπυκνο. Το σημείο του μηνίσκου αποτελεί αύξηση πυκνότητας εντός του τοιχωματικού θρόμβου και οφείλεται σε ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα.

Ο μαγνητικός συντονισμός χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις νεφρικής ανεπάρκειας, οπότε δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σκιαγραφικό.⁵

Ο συνδυασμός των κλινικών και των προαναφερθέντων απεικονιστικών ευρημάτων επιβεβαιώνει τη διάγνωση της ρήξης.

Η όσο το δυνατόν έγκαιρη διάγνωση ενός ανευρύσματος και η σύγχρονη θεραπευτική του αντιμετώπιση σώζουν αμέτρητες ζωές που χάνονται κάθε χρόνο μετά από ρήξη. Αμέσως μετά τη διάγνωση ρήξης η αντιμετώπιση πρέπει να είναι ταχύτατη.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Catalano O, Siani A. Ruptured abdominal aortic aneurysm: Categorization of sonographic findings and report of 3 new signs. *J Ultrasound Med.* 2005; 24(8):1077-83.
2. Clevert DA, Minaifar N, Weckbach S, Kopp R, Meimarakis G, Clevert DA, et al. Color duplex ultrasound and contrast-enhanced ultrasound in comparison to MS-CT in the detection of endoleak following endovascular aneurysm repair. *Clin Hemorheol Microcirc.* 2008;39(1-4):121-32.
3. Mehard WB, Heiken JP, Sicard GA. High-attenuating crescent in abdominal aortic aneurysm wall at CT: a sign of acute or impending rupture. *Radiology.* 1994;192(2):359-62.
4. Apter S, Rimon U, Konen E, Erlich Z, Guranda L, Amitai M, et al. Sealed rupture of abdominal aortic aneurysms: CT features in 6 patients and a review of the literature. *Abdom Imaging.* 2010;35(1):99-105.
5. Ruff SJ, Watson MR. Magnetic resonance imaging versus angiography in the preoperative assessment of abdominal aortic aneurysms. *Am J Surg.* 1988;155(5):651-4.

ΣΩΣΤΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ: 1Z, 2A, 3Γ, 4Z