

TROMBOZA AKUTE E AORTËS ABDOMINALE: DIAGNOSTIKIMI DHE TRAJTIMI I SAJ

SOKOL XHEPA, GENTIAN CACO, EDMOND NUELARI, PETRIKA GJERGO,
EDMOND KAPEDANI*

Summary

ACUTE ABDOMINAL AORTIC THROMBOSIS: DIAGNOSIS AND TREATMENT

Introduction. An acute thrombosis of the terminal aorta superimposed on a preexisting atherosclerotic disease results in a dramatic clinical picture and usually occurs in a critically ill patient.

Report. Following is a description of the case of patient F.K., female, 67 years old from Tirana, presented in the emergency room of our service on 02.07.2004 with history and clinical signs of acute thrombosis of aortal bifurcation in a preexisting chronic atherosclerotic disease associated with a hypertensive crisis.

The arteriography was performed urgently and showed a total occlusion of the infrarenal abdominal aorta in a significant atherosclerosis that suggested certainly a thrombotic etiology. The surgical reconstruction of the abdominal aorta and both common iliac arteries by transperitoneal approach was performed.

Result. The result was successful with a complete restoration of the pulses in both common femoral arteries, restoration of sensory and motor functions in both inferior limbs and primary healing of the operation wound.

Conclusions. The case had a favorable progress because the patient arrived immediately in our service, the preoperative arteriography defined the clinical and etiological diagnosis while clarifying the surgery tactic and technique and above all, the duration of the ischemic time was 7 hours only.

Të dhëna të përgjithshme

Ishemia akute e gjymtyrëve është pasojë e ndërprerjes së menjëhershme të furnizimit me gjak të zonës indore respektive nga një obliteracion akut arterial. Është një urgjencë e vërtetë mediko-kirurgjikale dhe duhet diagnostikuar dhe trajtuar me shpejtësi (1).

Diagnostikimi dhe trajtimi i gabuar ose me vonesë ka si përfundim amputacionin e gjymtyrës ose vdekjen e pacientit. Përqindja e këtyre ndërlikimeve është ulur ndjeshëm me kalimin e viteve. Mjafton të krahasojmë dy studime: atë të Blaisdell et al. me 1978 që kishte 25% amputacione dhe 30% vdekshmëri (2) dhe atë

të Ouriel et al. me 1998 që kishte respektivisht 2 dhe 5% (3).

Tre shkaqet kryesore janë: embolia, tromboza *in-situ* dhe trauma.

Aktualisht për të klasifikuar stadin e ishemië akute të gjymtyrëve përdoret klasifikimi i mëposhtëm, i bërë nga grupi i kryesuar nga R. Rutherford dhe i pranuar edhe nga TASC II – Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (4):

stadi 1: gjymtyra është vitale dhe mbetet e tillë edhe pa trajtim;

stadi 2: gjymtyra është e kërcënuar dhe është i domosdoshëm trajtimi revaskularizues;

* Dërguar në Redaksi në Dhjetor 2007, miratuar për botim Janar 2008.

Nga Departamenti i Semundjeve të Zemres, Fakulteti i Mjekesise, Tirane.

Adresa për letërkëmbim: Xhepa S., Departamenti i Semundjeve të Zemres, Fakulteti i Mjekesise, Tirane.

stadi 3: gjymtyra është në gjëndje ishemie të parikthyeshme dhe çdo trajtim është i pavlefshëm (5, 6).

Tromboza në terren aterosklerotik përbën shkakun e parë të trombozave arteriale *in-situ*. Për gjymtyrët e poshtme forma më e rëndë është tromboza e aortës abdominale, por edhe ajo me incidencë më të ulët, vetëm 7.5%, krahasuar me lokalizimet e tjera të mundshme, iliak, femoral, popliteal e tibial (7).

Diferencimi ndërmjet embolisë dhe trombozës mund të jetë i vështirë, por një faktor tepër i rëndësishëm për diagnostikimin dhe zgjedhjen e mënyrës së saktë të trajtimit (8). Për këtë gjë ka tepër rëndësi historia e sëmundjes dhe qartësimi i sëmundjeve shoqëruese. Prezenca e *claudicatio intermittens* dhe mungesa e sëmundjeve emboligjene të zemrës apo e një aneurizme sakulare të aortës descendente tregon qartë për një trombozë në terren aterosklerotik. Shenjat klinike kyçe janë: mungesa e pulseve në dy arteriet femoralis communis dhe shtrirja e shenjave klasike të ishemisë akute të gjymtyrëve të poshtme deri afër regjionit umbilikal (9).

Megjithëse dihet që tromboza në terren aterosklerotik ka shenja klinike më pak agresive se embolia për shkak të rrjetit kolateral të zhvilluar, në këtë rast ky rrjet ndërpritet që në arteriet lumbare dhe iliake interne duke bërë të pamundur furnizimin e arterive femorale profunde e më poshtë arteriet popliteale. Për këtë arsye shenjat klinike janë fulminante dhe mund ta çojnë pacientin në ishemi të parikthyeshme të dy gjymtyrëve të poshtme në më pak se 6-8 orët klasike. Në mënyrë paradoksale kjo gjë e bën lehtësisht të diferencueshme nga obliteracioni aterosklerotik kronik total aorto-biiliak ose sindromi Leriche dhe të ngjashëm me formën embolike (10). Në një studim të bërë në Albany Medical Center ka rezultuar një vdekshmëri prej 27% në obliteracionet akute të aortës abdominale (11).

Përshkrimi i rastit

Pacientja F.K., 67 vjeç nga Tirana, u paraqit në urgjencën e shërbimit tonë me dt. 02.07.2004, ora

07.30, e transferuar nga urgjenca e Shërbimit të Neurologjisë të Q.S.U.T.-së.

Që prej dy orësh i ishin shfaqur, papritur, brutalisht dhe njëkohësisht, shenjat klinike të ishemisë akute të dy gjymtyrëve të poshtme: dhimbje tepër e fortë, ftohje, zbehje e lëkurës dhe mpirje. Si sëmundje kronike shoqëruese kishte:

1. Hipertension arterial, i mjekuar jo mirë, pasi në momentin e shtrimit vlerat ishin 180/95 mmHg, kurse në urgjencën e Neurologjisë presioni sistolik kishte qënë 240 mmHg, dhe

2. *Claudicatio intermittens* në dy gjymtyrët e poshtme, por më i shprehur majtas ku perimetri i ecjes arrinte vetëm 10 metra.

Gjatë ekzaminimit objektiv lokal u konstatua: dy gjymtyrët e poshtme të zbehta, me njolla cianotike vetëm në regjionin e shputave, të ftohta, pa sensibilitet, me motorike tepër të kufizuar dhe pa puls në dy arteriet femoralis communis. Mungesa e pulsit u konstatua edhe gjatë ekzaminimit me Doppler auditiv në regjionin femoral, popliteal e tibial. Si shenjë klinike të veçantë shtojmë shfaqjen e inkontinencës urinare.

Duke bërë një përmbledhje fillestare të të dhënave kryesore të mësipërme: terren aterosklerotik, krizë hipertensive, sindrom ishemik akut i dy gjymtyrëve të poshtme, mungesë e plotë pulsesh në arteriet femorale dhe inkontinenca urinare-ishemi medulare, vendosëm si diagnozë klinike: Trombozë e Aortës Abdominale nënrenale në terren aterosklerotik.

Kjo diagnozë bënte të domosdoshme kryerjen e aortografisë, e cila do të përcaktonte vendodhjen dhe shtrirjen e obliteracionit si dhe taktikën mjekuese e teknikën kirurgjikale.

Në aortografi u konstatua:

Trombozë e aortës abdominale nënrenale, nën origjinën e arteries mezenteriale inferior, në nivelin L_3 - L_4 dhe i arterieve iliake communis, me reinjektim tepër të vonuar të arteries iliake externe sinistër dhe më i dobët në arterien iliake externe dexter, në terren aterosklerotik (figura nr.1 dhe nr.2).

Figura nr.1

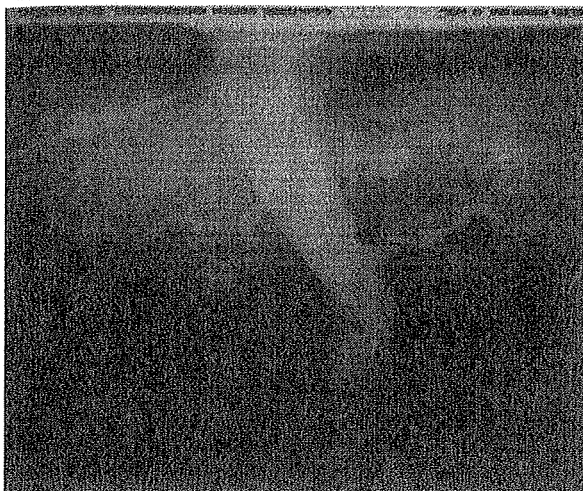


Figura nr.2



U vendos indikacioni absolut për trajtim revaskularizues kirurgjikal dhe u krye menjëherë interveniti me rrugë transperitoneale. Intraoperator u konstatua: arteriopati difuze aterosklerotike aorto-biiliake, trombozë totale e aortës abdominale nën origjinën e arteries mezeteriale inferiore me shtrirje në arterien iliake communis dexter dhe obliteracion total aterosklerotik e arteries iliake communis sinister.

U praktikua: Trombektomi e aortës, trombembolëktomi e arteries iliake communis dexter dhe trombendarterektomi + plastike me patch Dacron e arteries iliake communis sinister.

Ecuria postoperative ishte plotësisht e favorshme me pulse të plota në arteriet femorale communis, rikthim të plotë të sensibilitetit dhe motorikes në dy gjymtyrët e poshtme, rikthim të urinimit të vullnetshëm dhe shërim "per primam" të plagës operative.

Figura nr.3



Pacientja doli e shëruar ditën e 17^{-te} postoperative pasi iu bë edhe arteriografia e kontrollit (figura nr.3).

Konkluzione

Pacientja u paraqit relativisht shpejt në spital, vetëm rreth 90 minuta pas fillimit të atakut ishemic, gjë që ndodh rrallë dhe në këtë rast e favorizuar nga vendbanimi në afërsi të spitalit.

Megjithëse urgjenca ishte ekstreme interveniti filloi 3.5 orë pas shtrimit. Kjo gjë u kondicionua nga aortografia pasi pa të nuk mund të intervenohej në mënyrën e duhur, por njëkohësisht shkaktoi këtë vonesë (në Q.S.U.T. kabineti i arteriografisë ndodhet shumë larg Shërbimit të Kirurgjisë Vaskulare). Si pasojë revaskularizimin e dy gjymtyrëve të poshtme arritëm ta realizojmë pas rreth 7 orësh.

Në periudhën 2001-2004, ky është rasti i vetëm për të cilin na u krijua "luksi" i aortografisë preoperative.

Tromboza akute e aortës abdominale mbetet një urgjencë madhore mediko-kirurgjikale.

Rëndësi parësore ka përcaktimi preoperator i etiologjisë obstruktive.

Në trombozat embolike indikohet trombe-mbolektomia me rrugë bifemorale, pa aortografi preoperative (5).

Në trombozat në terren aterosklerotik aortografia preoperative është e domosdoshme, jo vetëm për të bërë diferencimin me një trombozë embolike, por edhe për të konstatuar cilësinë e rrjetit kolateral si dhe prezencën e lumenit arterial "en aval", e dhënë e domosdoshme për kryerjen e interventit revaskularizues.

Në këtë rast rruga kirurgjikale më e indikuar është ajo abdominale, transperitoneale ose retroperitoneale (10, 5).

BIBLIOGRAFIA

1. **Fabiani JN, Kieffer E.** : Chirurgie de vaisseaux, tome II. Shtepia botuese Arnette, Paris, France 1997: 185-186.
2. **Blaisdell FW, Steele M, Allen RE.**: Management of acute lower extremity arterial ischemia due to embolism and thrombosis. Surgery 1978; 84: 822-834.
3. **Ouriel K, Veith FJ, Sasahara AA.**: Thrombolysis or Peripheral Artery Surgery (TOPAS) Investigators. N Engl J Med 1998; 338: 1105-1111.
4. **Norgren L, Hiatt WR et al.**: Acute Limb Ischemia. Eur J Vasc Endovasc Surg 2007; 33 (suppl. 1): S46-S47.
5. **Rutherford RB.**: Vascular Surgery. Shtepia botuese Elsevier Saunders, Philadelphia, Pennsylvania, USA 2005: 961, 979.
6. **Rutherford RB, Baker JD, Ernst C, Johnston KW, Porter JM, Ahn S et al.**: Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: revised version. J Vasc Surg 1997; 26 (3): 517-538.
7. **Haimovici H.**: Acute atherosclerotic thrombosis, in Vascular Emergencies. Shtepia botuese Appleton-Century-Crofts, New York, USA 1982: 213-223.
8. **Strandness, Jr. DE, Van Breda A.**: Vascular Diseases – Surgical & Interventional Therapy, vol. I. Shtepia botuese Churchill Livingstone, New York, USA 1994: 303.
9. **Benedetti-Valentini F, Bertini D, D'Addato M, Marcialis A.**: Malattie Vascolari di Interesse Chirurgico. Shtepia botuese Masson, Milano, Italy 1993: 124-125.
10. **Haimovici H.**: Vascular Surgery, Principles and Techniques. Shtepia botuese Appleton-Century-Crofts, Norwalk, Connecticut, USA 1984: 380-382.
11. **Woratyla S, Darling RC III, Lloyd W et al.**: Acute and chronic aortic occlusion: Analysis of outcome. In Proceedings of the Eastern Vascular Society, Providence, RI 1998; 12: 82.