



ANEVRISME ANASTOMOTICE FEMURALE COMPLICATE

Dumitru Casian¹, Vasile Culiuc², Igor Spinei³, Alexandru Predenciuc⁴, Sergiu Danu⁵, Pullolil Ajayan Sreelakshmi⁶

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală – Semiologie nr. 3, IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Clinica Chirurgie Vasculară, Chișinău, Republica Moldova, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală – Semiologie nr. 3, IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Clinica Chirurgie Vasculară, Chișinău, Republica Moldova, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Clinica Chirurgie Vasculară, Chișinău, Republica Moldova, doctorand

⁴ IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Clinica Chirurgie Vasculară, Chișinău, Republica Moldova, doctorand

⁵ IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Clinica Chirurgie Vasculară, Chișinău, Republica Moldova, chirurg vascular

⁶ USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală – Semiologie nr. 3, student

Cuvinte-cheie: anevrism anastomotic, arteră femurală, complicații, revascularizare deschisă

Introducere

Anevrismele anastomotice femurale (AAF) reprezintă o complicație caracteristică a reconstrucțiilor vasculare deschise efectuate în segmentul aorto-femural, fiind diagnosticate cu o incidență de aproximativ 10-20%. Deși inițial evoluează adesea asimptomatic, AAF pot genera ulterior o serie de complicații periculoase atât pentru membrul inferior implicat, cât și pentru viața pacientului.

Scopul acestei analize retrospective este de a examina o serie de cazuri de AAF complicate, care au fost supuse tratamentului chirurgical în mod urgent sau urgent amânat, pentru (1) a analiza caracteristicile morfologice și evolutive ale AAF; (2) a descrie variantele de prezentare clinică și (3) a evalua rezultatele tratamentului chirurgical.

Rezultate

În cadrul studiului au fost analizate 6 cazuri de AAF complicate. Majoritatea pacienților, adică 4 (66%), au fost bărbați, având o vârstă medie de $72,3 \pm 6,0$ ani. Intervalul de timp de la operația primară (bypass aorto-femural – 2 cazuri, aorto-bi-femural – 4 cazuri) a variat între 3 și 8 ani, cu o medie de $5,3 \pm 1,9$ ani. Reconstrucțiile primare au fost efectuate folosind grefe sintetice din poliester. La momentul internării, conform datelor tomografiei computerizate, diametrul mediu al AAF a fost de $52,0 \pm 21,0$ mm (interval: 20-87 mm). AAF necomplicate contralaterale au fost diagnosticate la 3 (50%) dintre pacienți. Prezentarea clinică a pacienților cu AAF complicate a fost foarte variată: (1) ischemie acută a membrului de gradul IIB Rutherford, cauzată de tromboza completă a sacului anevrismal ($n=2$) sau embolizarea arterio-arterială cu ocluzia arterei poplitee ($n=1$); (2) erupere a AAF cu hemoragie intratisulară ($n=1$); (3) ischemie cronică critică corespunzătoare stadiului III Fontaine pe fondul trombozei complete a AAF și a branșei ipsilaterale a bypass-ului aorto-bi-femural ($n=1$); (4) sindrom algic pronunțat cauzat de compresia nervului femural de către AAF ($n=1$). Diametrul AAF cu tromboza completă a sacului a variat între 20 și 60 mm, iar diametrul AAF erupt a fost 87 mm. Diagnosticul în 5 (83%) cazuri a fost confirmat prin CT-angiografie, iar într-un caz a fost folosită ultrasonografia Duplex. Toți pacienții au fost supuși intervențiilor vasculare reconstructive deschise cu anestezie generală ($n=2$) sau spinală ($n=4$). Sacul anevrismal, pereții arterei implicate în anastomoză și segmentul para-anastomotic (infrainghinal) al grefei au fost rezecați prin acces longitudinal în regiunea femurală. În 2 (33%) cazuri, înainte de accesul spre AAF, grefa funcțională a fost mobilizată și controlată printr-un acces retroperitoneal suprainghinal. Hemoragia retrogradă din arterele femurale a fost inițial controlată prin ocluzia intraluminală cu ajutorul unui cateter cu balon. Revascularizarea membrului în 5 (83%) cazuri s-a efectuat prin interpoziția unui grefon sintetic din PTFE ($n=3$) sau poliester ($n=2$) între proteza vasculară veche și arterele femurale. La un singur pacient, din cauza ocluziei extinse a grefei și eșecului trombectomiei, s-a efectuat un by-pass crossover ilio-femural tunelizat prin spațiul Retzius. Au fost

utilizate grefe de un diametru de 8-10 mm. În 4 cazuri, în circulația sangvină a fost inclusă doar artera femurală profundă, în timp ce în celelalte 2 observații s-a inclus și artera femurală superficială (la un pacient, după distalizarea bifurcației). Un pacient cu AAF complicat cu embolizare distală a necesitat trombectomie din artera poplitee. Fragmentele excizate de grea și sacul anevrismal au fost trimise pentru examen bacteriologic, care a fost pozitiv doar într-un singur caz (*Staphylococcus haemolyticus* $\times 10^5$). Complicațiile postoperatorii au inclus: hematom al plăgii (n=2, un caz a necesitat drenare) și limforee (n=1). La termenul de 30 de zile postoperator, toate reconstrucțiile arteriale au fost funcționale, iar amputații nu s-au efectuat. Un pacient (16%) a decedat la a 28-a zi după intervenție din cauza infarctului miocardic acut.

Concluzii

Majoritatea AAF complicate au un diametru mai mare de 2 cm, devenind simptomatice în medie la 5 ani după operația primară și nu sunt asociate cu infecția grefei. Complicațiile AAF sunt destul de variate și necesită intervenții urgente de revascularizare, iar interpoziția unui grefon sintetic nou reprezintă tehnica chirurgicală standard. Rezultatele tratamentului pe termen scurt sunt satisfăcătoare, iar riscurile sunt influențate de vârsta înaintată și de comorbiditățile pacienților.