

STRESZCZENIA PRAC PREZENTOWANYCH PODCZAS SESJI STUDENCKIEJ

NEUROPROTEKCJA PODCZAS ZABIEGÓW REKONSTRUKCJI AORTY METODĄ WEWNĄTRZNACZYNIOWĄ – OBECNY STAN WIEDZY

Jędrzej Tkaczyk, Michał Terpiłowski, Katarzyna Baltaziak, Barbara Klatka

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wstęp: Niedokrwienie rdzenia kręgowego jest jednym z najpoważniejszych powikłań zabiegów rekonstrukcji aorty metodą wewnątrznacyniową, znacząco zwiększającym pooperacyjną śmiertelność. Częstość jego występowania wynosi od 3 do 18%. Skutki niedokrwienia rdzenia kręgowego – paraplegia czy parapareza powodują niepełnosprawność pacjentów, którzy w efekcie wymagają stałej opieki, co ma następstwa socjalne i ekonomiczne. W ostatnich latach opracowano metody, mające na celu ochronę rdzenia kręgowego przed niedokrwieniem, co pozwala na zmniejszenie częstości występowania tego tragicznego w skutkach powikłania.

Cel i metoda: Celem pracy jest przedstawienie obecnego stanu wiedzy na temat neuroprotekcji rdzenia kręgowego podczas wewnątrznacyniowej rekonstrukcji aorty. W tym celu przeanalizowano publikacje dostępne w bazie Pubmed.

Stan wiedzy: Czynniki ryzyka niedokrwienia rdzenia kręgowego obejmują: rekonstrukcję rozległego obszaru aorty, przebyte wcześniej operacje naprawcze aorty, hipotensje czy niedokrwistość. Do działań stosowanych w zapobieganiu niedokrwienia zaliczamy: przedoperacyjne wykonywanie angiografii w celu identyfikacji tętnicy Adamkiewicza, układową hipotermię, permisywną hipertensję, drenaż płynu mózgowo-rdzeniowego, podaż środków o działaniu neuroprotekcijnym, czy intensywny neuromonitoring.

Wnioski: Niedokrwieniu rdzenia kręgowego można zapobiec, jeśli zostanie ono szybko rozpoznane i skutecznie leczone. Dostępne informacje sugerują, że powinno się stosować multimodalne podejście, ponieważ żadna pojedyncza metoda nie pozwala na uniknięcie tego powikłania. Pomimo postępów w zrozumieniu mechanizmów powstawania i leczenia niedokrwienia rdzenia, nadal pozostaje ono najpoważniejszym powikłaniem zabiegów rekonstrukcji aorty. Dlatego wciąż potrzebne są duże randomizowane badania, które pozwolą opracować algorytmy zapobiegające jego występowaniu.

VII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Angiologicznego

Zakopane, 30 maja - 1 czerwca 2019 r.



PROCEDURA PRZEZSKÓRNEJ IMPLANTACJI STENT-GRAFTU W LECZENIU TĘTNIAKA AORTY BRZUSZNEJ W ODCINKU PODNERKOWYM PRZY UŻYCIU SYSTEMU PROSTAR XL

Michał Terpiłowski, Jędrzej Tkaczyk, Barbara Klatka, opiekun pracy: Dr hab. n. med. Marek Iłżecki

Wstęp: Do głównych metod leczenia tętniaków aorty brzusznej (TAB) należą: otwarta operacja oraz wewnątrznacyniowa implantacja stent-graftu (EVAR). Przez lata EVAR ulegał kolejnym udoskonaleniom stając się podstawową metodą leczenia TAB (około 80% wszystkich pacjentów). Niewątpliwą zaletą tej metody jest mniejsza inwazyjność, istotna u pacjentów z obciążeniami kardiologicznymi. Natomiast powikłania wczesne są związane głównie z chirurgicznym wykonaniem dostępu do tętnicy udowej wspólnej (CFA), przez którą wprowadza się elementy stent-graftu. Należą do nich między innymi krwiak, zakrzep tętniczy, uszkodzenie nerwów czy zakażenie rany. Obecnie, udoskonalenie profilu stent-graftu i zastosowanie urządzeń zamykających naczynia pozwala na przeprowadzenie całkowicie przezskórnego zabiegu (pEVAR) unikając dostępu chirurgicznego w pachwinach i zmniejszając tym samym inwazyjność całej procedury.

Cel: Analiza ryzyka powikłań u pacjentów których wykonano przezskórny zabieg implantacji stent-graftu z użyciem systemu zamykającego Prostar XL.

Metoda: W tym celu przeanalizowano 200 pacjentów z Kliniki Chirurgii Naczyń i Angiologii w Lublinie zakwalifikowanych do wewnątrznacyniowej implantacji stent-graftu z użyciem systemu Prostar XL z powodu tętniaka podnerkowego aorty brzusznej.

Wyniki: Liczebność badanej grupy wynosiła 200 pacjentów. Średni wiek wynosił 75,85. 79% grupy stanowili mężczyźni. Odnotowano 2 przypadki powikłania w postaci tętniaka rzekomego. W 4 przypadkach odnotowano krwawienie z miejsca zamknięcia naczynia. Wystąpił jeden przypadek dysfunkcji sprzętu. Średni czas hospitalizacji wynosił 2,45 dnia.

Wnioski: Zastosowanie systemu zamykania Prostar XL jest, zdaniem autorów, niezbędnym uzupełnieniem procedury wewnątrznacyniowego leczenia tętniaka aorty brzusznej co potwierdza niska liczba komplikacji w stosunku do wykonywanych procedur. Rodzaj obserwowanych powikłań i możliwość ich prostego zaopatrzenia pozwala zaklasyfikować zastosowanie systemu Prostar XL jako bezpieczne. Ponadto wykorzystanie przezskórnego systemu zamykania naczyń zmniejsza czas powrotu pełnej hemostazy oraz skraca czas hospitalizacji zwiększając komfort pacjenta.

VII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Angiologicznego

Zakopane, 30 maja - 1 czerwca 2019 r.



PRZEDZABIEGOWY POZIOM HEMOGLOBINY GLIKOWANEJ A1C JAKO CZYNNIK PROGNOSTYCZNY WYNIKÓW LECZENIA WEWNĄTRZNACZYNIOWEGO Z POWODU KRYTYCZNEGO NIEDOKRWIENIA KOŃCZYN U PACJENTÓW Z CUKRZYCĄ TYPU II

Aleksandra Włodarczyk, Mikołaj Maga MD, Agnieszka Wachsmann MD, Martyna Schönborn, Agnieszka Trynkiewicz, Małgorzata Cebenko, Assistant Profesor Paweł Maga MD PhD

Klinika Angiologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

Cele : Krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych w przebiegu angiopatii cukrzycowej często wymaga leczenia wewnątrznaczyniowego. Czynniki i mechanizmy odpowiedzialne za nawracające zwężenie tętnic, zwłaszcza w przebiegu cukrzycy (DM), nadal nie zostały w pełni opisane. Celem badania jest ocena wpływu przedzabiegowej glikemii na wyniki zabiegu wewnątrznaczyniowego w rocznej obserwacji. Materiały i metody: Badanie przeprowadzono wśród pacjentów z krytycznym niedokrwieniem kończyn skierowanych z poradni leczenia stopy cukrzycowej w celu wykonania zabiegu endowaskularnego. Dane dotyczące wyników zabiegu oraz poziomu hemoglobiny glikowanej(HbA1C) zostały wyodrębnione z rejestru procedur angiologicznych i połączone z prospektywną 12-miesięczną obserwacją. Oceniano stan kliniczny leczonej kończyny (skala Rutherforda), wskaźnik kostkowo-ramienny (ABI), wskaźnik paluch-ramię (TBI), występowanie restenozy oraz jakość życia (QoL) za pomocą kwestionariusza VasculQoL. Wyniki: 60 pacjentów (69,5% mężczyzn, w tym 1 wykluczony z obserwacji) włączono i podzielono na 2 grupy: 24 w „A” z właściwą ($\leq 8,0$) i 35 w „B” z podwyższoną ($> 8,0$) HbA1C. Po 12 miesiącach w grupie „B” w porównaniu z „A” częściej występowała restenoza (31,4% vs 8,3%; $p = 0,003$), niemierzalne ABI (57,7% vs 27,8%; $p = 0,05$) i wyższy współczynnik amputacji (17,1% vs 12,0%; $p = 0,03$). Grupa „A” miała lepszy wynik TBI (0,32 vs 0,15; $p < 0,001$), wyższy klinicznie wskaźnik poprawy QoL oraz wyższy współczynnik zagojenia owrzodzeń (37,5% vs 14,3%, $p = 0,001$). Wnioski: Podwyższona wartość HbA1C może być pomocna w przewidywaniu zdarzeń niepożądanych po zabiegu wewnątrznaczyniowym u pacjentów z cukrzycą. Nasze wyniki sugerują znaczenie prawidłowego poziomu glikemii w aspekcie jakości życia pacjentów z krytycznym niedokrwieniem kończyn.

VII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Angiologicznego

Zakopane, 30 maja - 1 czerwca 2019 r.



RZETELNOŚĆ I POWTARZALNOŚĆ WSKAŹNIKA KOSTKOWO-RAMIENNEGO I PALUCHOWO-RAMIENNEGO JAKO BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH NA ODDZIALE ANGIOLOGICZNYM

Jakub Krężel¹, Paulina Kłapacz¹, lek. Mikołaj Maga², lek. Agnieszka Wachsmann², dr hab. Paweł Maga²

¹*Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński*

²*Klinika Angiologii, Kraków*

Wprowadzenie. Wskaźniki kostkowo-ramienny (ABI) jak i paluchowo-ramienny (TBI), są często używane w diagnostyce miażdżycy zarostowej tętnic kończyn dolnych. Badania te wymagają odpowiednich umiejętności, a ich powtarzalność i rzetelność nie jest wystarczająco dobrze oceniona.

Cel. Celem naszego badania było określenie powtarzalności między pomiarami prowadzonymi przez tę samą osobę, a także pomiędzy różnymi osobami o różnym doświadczeniu.

Metodyka. Do badania włączeni zostali pacjenci, hospitalizowani w oddziale Angiologii i Kardiologii celem leczenia wewnątrznaczyniowego. U każdego z nich badanie było wykonywane dwukrotnie przez dwie różne, odpowiednio przeszkolone pielęgniarki. Pierwsza z nich była stała, a druga była wybierana losowo z zespołu pielęgniarskiego. Najpierw jedna z nich przeprowadzała pomiar ciśnienia tętniczego na ramieniu, kostce i paluchu - po obydwu stronach. Po 10 minutach druga pielęgniarka przeprowadzała te same pomiary, a następnie po trzech godzinach cały cykl był powtarzany. Wyniki badań jednej badającej były ukryte przed drugą.

Wyniki. 133 pacjentów zostało włączonych do badania. U każdego z nich zostały wykonane 4 badania w dwóch cyklach przez obydwie badające. Zgodność między pomiarami wykonywanymi przez pierwszą pielęgniarkę (stałą) była na bardzo wysokim poziomie, bez statystycznie znaczących różnic między wszystkimi czterema pomiarami. Różnice pomiędzy badaniami przeprowadzonymi przez różne pielęgniarki nie były duże, jednak osiągnęły istotność statystyczną dla TBI. Wpływ na powtarzalność pomiarów miała także obecność owrzodzeń kończyn dolnych. Pomimo istotności statystycznej wyniki były zgodne biorąc pod uwagę ich istotność kliniczną.

Podsumowanie. Tak jak inne metody diagnostyczne, ABI i TBI wymagają potwierdzenia klinicznego i kontroli jakości. Rzetelność dla tych badań wykazana w powyższym badaniu, biorąc pod uwagę powtarzalność przez jednego badającego, jak i pomiędzy różnymi, jest na akceptowalnym poziomie, jednakże - szczególnie u pacjentów z owrzodzeniami kończyn dolnych, niezbędna jest szczególna precyzja wykonywania badań.

VII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Angiologicznego

Zakopane, 30 maja - 1 czerwca 2019 r.



ZMIANY JAKOŚCI ŻYCIA U PACJENTÓW PIERWSZORAZOWO LECZONYCH WEWNĄTRZNACZYNIOWO Z POWODU MIAŻDŻYCY ZAROSTOWEJ TĘTNIC KOŃCZYN DOLNYCH

Paulina Kłapacz¹, Jakub Krężel¹, lek. Mikołaj Maga², lek. Agnieszka Wachsmann², lek. Ewelina Szybiak², Iga Ruśkowska¹, lek. Aleksandra Medyńska¹, prof. dr hab. Roman Nowobilski²

¹*Koło Angiologii Klinicznej przy Klinice Angiologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum*

²*Oddział Kliniczny Angiologii i Kardiologii, Szpital Uniwersytecki w Krakowie*

Wstęp: Ocena wyników wewnątrznacyniowego leczenia niedokrwienia kończyn dolnych (PAOD) zazwyczaj opiera się na analizie badań obrazowych i stanu klinicznego. W przypadku chorych z chromaniem przestankowym (nonCLI) głównym celem leczenia jest poprawa jakości życia, podczas gdy u chorych z niedokrwieniem krytycznym (CLI) podstawowym celem jest zachowanie kończyny i życia. Do oceny wyników leczenia opartych na opinii pacjentów wymagane jest stosowanie wiarygodnych i walidowanych testów jakości życia.

Materiał i metody: Analizowano dane zgromadzone prospektywnie w Rejestrze Zabiegów Angiologicznych dotyczące 715 pacjentów (352 chorych z CLI; 363 z nonCLI), leczonych metodą wewnątrznacyniową. Obserwowano wyłącznie chorych, którzy wcześniej nie byli poddani rewaskularyzacji. Jakość życia zależną od choroby oceniano przy użyciu walidowanych, polskich wersji dwóch kwestionariuszy: ogólnego EQ5D oraz swoistego dla PAD – VascuQoL 25. Jakość życia oraz stan kliniczny oceniano przed, w 1, 3, 6 i 12 miesięcy po zabiegu.

Wyniki: Po 12 miesiącach obserwacji, w badanej grupie stwierdzono istotną poprawę skali Rutherford (CLI 4,88 vs 2,27; nonCLI 2,99 vs 1,44 w skali, $p < 0.05$). Stwierdzono również istotną poprawę jakości życia ocenianą przy użyciu kwestionariusza ogólnego (CLI: EUROQoL 2,0 vs 1,8; termometr VAS: 46,8 vs 57,4 $p < 0.01$; non CLI: EUROQoL 1,72 vs 1,62; termometr VAS: 52,4 vs 73,8 $p < 0.01$) i swoistego VascuQoL 25 (CLI 2,5 vs 4,1; non CLI 3,5 vs 4,7, $p < 0.01$).

Wnioski: Poprawie klinicznej towarzyszy istotna poprawa jakości życia. Ocena jakości życia zależnej od choroby powinna stać się jedną z podstawowych metod oceny skuteczności terapii przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych, w szczególności u chorych bez objawów krytycznego niedokrwienia.

WSTRZĄS KRWOTOCZNY Z POWODU PĘKNIĘTEGO TĘTNIKA TĘTNICY ŚLEDZIONOWEJ U KOBIETY W 29 TYG. CIĄŻY OPIS PRZYPADKU

Maciej Szpejankowski¹, Magdalena Turek¹, Oliwer Sygacz¹, Marcin Lewicki²

¹Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Epidemiologii i Metodologii Badań Klinicznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Katedra i Zakład Epidemiologii i Metodologii Badań Klinicznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp: Tętniak tętnicy śledzionowej (SAA) stanowi ok. 60% wszystkich tętniaków tętnic trzewnych, to również drugi co do częstości, po tętniaku aorty, tętniak jamy brzusznej. Najgroźniejszym powikłaniem SAA i często pierwszym objawem jest jego pęknięcie. SAA występujące w ciąży obarczone są wysokim: około 25% procentowym ryzykiem pęknięcia, co wiąże się z 70% śmiertelnością matki oraz 95% śmiertelnością płodu, podczas gdy u mężczyzn i pozostałych kobiet śmiertelność nie przekracza 25%. Dotychczas opisano ponad 100 przypadków pęknięć tętniaków tętnicy śledzionowej u kobiet w ciąży, z czego tylko w 16 przypadkach udało się uratować dziecko i matkę.

Opis przypadku: Pacjentka lat 40, C2 P2, w 29 tygodniu ciąży. Pacjentka po całkowitym usunięciu tarczycy z powodu wola guzowatego, z jatrogennym uszkodzeniem przytarczyc, leczona substytucyjnie. Przywieziona przez Pogotowie Ratunkowe z przychodni, gdzie podczas oczekiwania na badanie ginekologiczne nagle załabła. W czasie przyjęcia pacjentka we wstrząsie ze stwierdzoną bradykardią płodu, co stanowiło wskazanie do natychmiastowego, ratunkowego cięcia cesarskiego. Wydobyto męski płód żywy (1400g), z niewydolnością oddechową, przekazany do dalszego leczenia neonatologicznego. W czasie wydobycia łożyska i oczyszczania macicy stwierdzono napływ krwi z jamy otrzewnowej. Poproszono o konsultację chirurgiczną. W czasie poszerzonej laparotomii stwierdzono krwiak zaotrzewnowy, przy jego eksploracji ukazał się intensywny wypływ krwi w okolicy trzonu trzustki. Odnaleziono pęknięty tętniak tętnicy śledzionowej. Zdecydowano się na jego zaklipsowanie, co umożliwiło uzyskanie hemostazy. Po okresie nieoznaczalnego ciśnienia stan stabilizował się, ciśnienie wynosiło ok. 60/40 mmHg, następnie 80/50 mmHg. W czasie operacji użyto 60 chust operacyjnych wypełnionych krwią, pacjentka otrzymała 8j. KKCz i 6j. FFP. Wobec przedłużającego się wstrząsu podczas operacji doszło u chorej do zaburzeń OUN. Po 10 dniach pacjentka odzyskała świadomość, a dalsze leczenie odbywało się w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej. Utrzymują się zaburzenia funkcji poznawczych. W 25 dobie u chorej wystąpił krwotok z odbytu. Po wykonaniu kolonoskopii stwierdzono zmianę rozrostową w okolicy zstępnicy, zajmującą $\frac{3}{4}$ obwodu jelita. W badaniu histopatologicznym opisano polipa kosmkowego z dysplazją średniego stopnia. Pacjentka oczekuje na leczenie onkologiczne. Wnioski: Ryzyko pęknięcia SAA jest statystycznie niewielkie poza przypadkami u kobiet w ciąży. Jego pęknięcie jest trudne do zdiagnozowania, z uwagi na występowanie niecharakterystycznych objawów. Obecność SAA u ciężarnej traktować należy zawsze jako stan zagrożenia życia matki i płodu. Należy pamiętać, że każdy rozpoznany SAA w ciąży jest wskazaniem do interwencji chirurgicznej. Wystąpienie krwawienia ze zmiany polipowatej zstępnicy stanowiło koincydencję i nie było powiązane z zaopatrzeniem pękniętego SAA.

Słowa kluczowe: tętniak tętnicy śledzionowej, powikłania w ciąży, pęknięty tętniak