

Διαπιτραινον έλκος και ενδοτοιχωματικό αιμάτωμα

Ποια η σημασία τους και ποια η
αντιμετώπιση τους

Μάριος Μουστάρδας MD, PhD

Αγγειοχειρουργός
Δ/της
Αγγειοχειρουργικού
Τμήματος.
Κλινική IASIS
Χανιά

14^ο

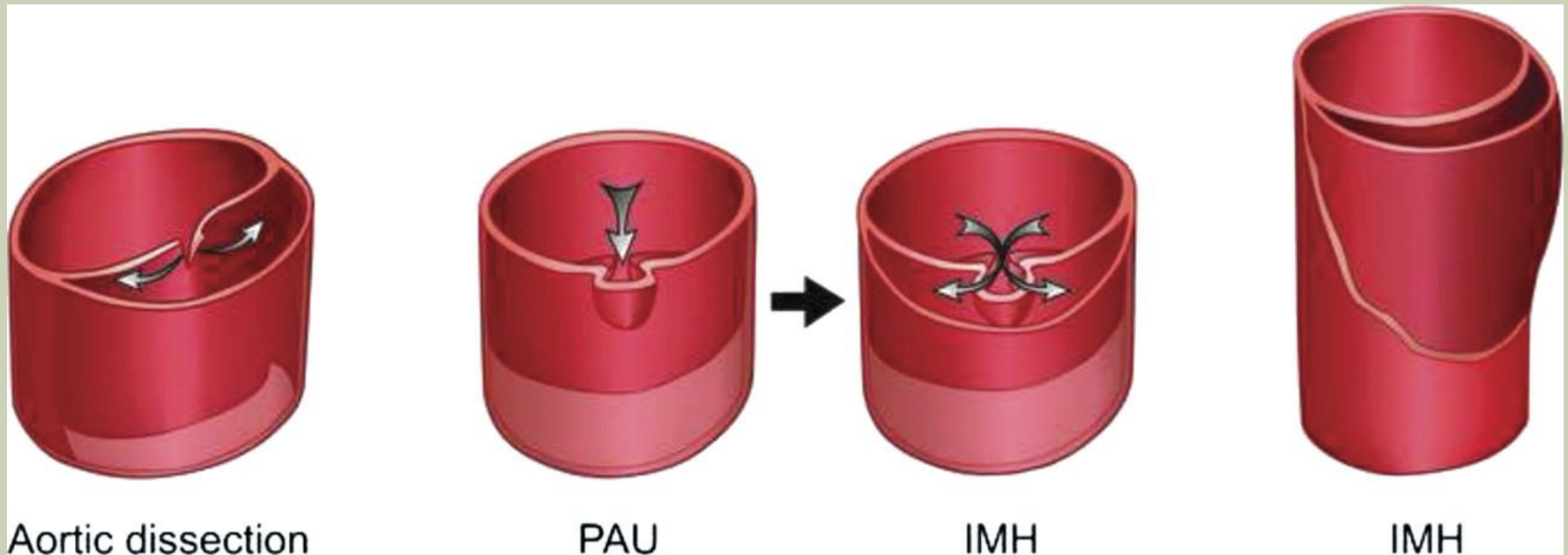
Πανελλήνιο Συνέδριο

ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

13-16 Μαρτίου 2014 Ξενοδοχείο Crowne Plaza **ΑΘΗΝΑ**



ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝ ΕΛΚΟΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ



Nienaber CA, Powell JT. Eur Heart J. 2012

ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝ ΕΛΚΟΣ

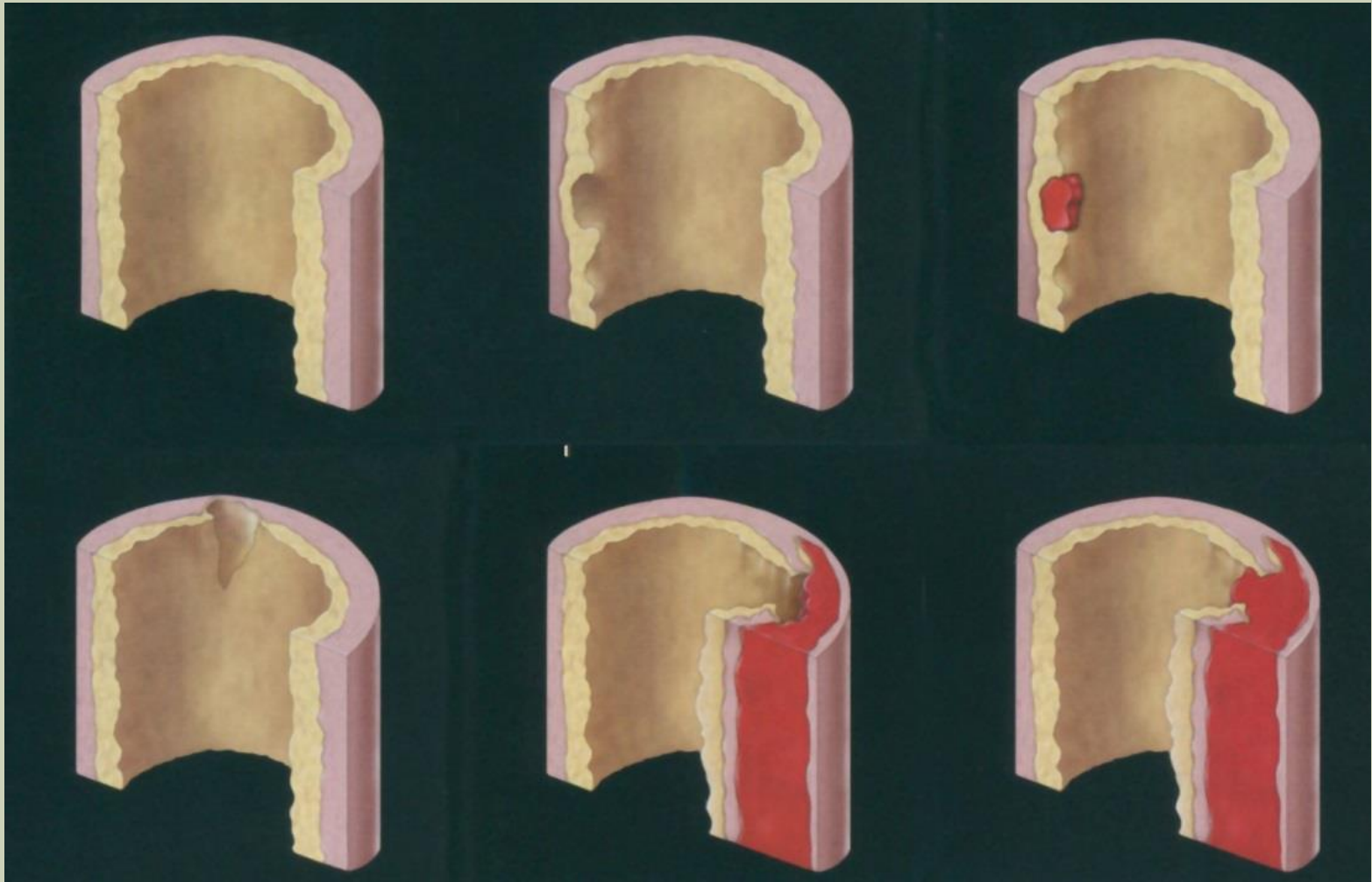
PENETRATING ATHEROSCLEROTIC ULCER (PAU)

- Αθηρωματική πλάκα που εισχωρεί σε βάθος και διαπερνώντας την έσω ελαστική στοιβάδα, εισέρχεται στο μέσο χιτώνα και τον διαβρώνει.

Προβληματική η διάκριση μεταξύ έλκους αθηρωματικής πλάκας και διατιτραίνοντος έλκους με τεχνικές απεικόνισης

ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝ ΕΛΚΟΣ

PENETRATING ATHEROSCLEROTIC ULCER (PAU)



ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝ ΕΛΚΟΣ

PENETRATING ATHEROSCLEROTIC ULCER (PAU)

Επιδημιολογία - Προδιαθεσικοί παράγοντες

- Ηλικιωμένοι άντρες με ιστορικό υπέρτασης (92%)
- Κάπνισμα (77%)
- Στεφανιαία νόσος (46%)
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (24-68%)

Ευθύνονται για το 2.3% έως 11% των οξέων συνδρόμων αορτής

Στο 42-61% των PAU συνυπάρχουν και ανευρύσματα
(κυρίως κοιλιακής αορτής – λαγονίων)

ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝ ΕΛΚΟΣ

PENETRATING ATHEROSCLEROTIC ULCER (PAU)

Κλινική Εικόνα

- Συμπτώματα οξέος συνδρόμου αορτής (οξύ θωρακικό άλγος, οπισθοστερνικό ή μεσοπλάτιο)
- Κάποιοι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί και η διάγνωση γίνεται τυχαία (25%)

Παθολογία

Μπορεί να εξελιχθεί ή να μείνει στάσιμο και να οδηγήσει σε

- ❖ Αορτικό διαχωρισμό
- ❖ Αορτικό σακοειδές ανεύρυσμα
- ❖ Αιφνίδια ρήξη αορτής

ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝ ΕΛΚΟΣ

PENETRATING ATHEROSCLEROTIC ULCER (PAU)

Επιπλοκές

- Ρήξη αορτής
- Περιφερική εμβολή
- Δημιουργία ψευδοανευρύσματος
- Προοδευτική ανευρυσματική διάταση

Θεραπεία – Πρόγνωση

- **Ανιούσα Αορτή:**
 - Συνήθης κατάληξη η ρήξη. Έγκαιρη και επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση.
- **Κατιούσα θωρακική αορτή:**
 - Μπορούν αρχικά να αντιμετωπιστούν με επιθετική αντιυπερτασική αγωγή και στενή κλινική - απεικονιστική παρακολούθηση
 - Σε περίπτωση επιδεινώσεως, αναγκαία η χειρουργική ή ενδοαυλική αποκατάσταση (TEVAR)

ΕΝΔΟΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΑΟΡΤΗΣ

AORTIC INTRAMURAL HAEMATOMA (IMH)

- Αιμάτωμα εντός του αορτικού τοιχώματος
- Απουσία κρημνού ενδοθηλίου (intimal flap)
- Χωρίς επικοινωνία με τον αυλό της αορτής

Παθογένεση

- Αιμορραγία εντός του μέσου χιτώνος από ρήξη των vasa vasorum
- Άγνωστη γενεσιουργός αιτία
- ή
- Διάβρωση του μέσου χιτώνος από διατιτραίνον αθηροσκληρωτικό έλκος

5%-10% των εξεταζόμενων για οξύ διαχωρισμό περιστατικών έχουν IMH

ΕΝΔΟΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΑΟΡΤΗΣ

AORTIC INTRAMURAL HAEMATOMA (IMH)

Προδιαθεσικοί παράγοντες

- Υπέρταση (70%-95%)
- Σύνδρομο Marfan (12%)
- Τραυματισμός (28%)
- Διατιτραίνον έλκος

ΕΝΔΟΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΑΟΡΤΗΣ

AORTIC INTRAMURAL HAEMATOMA (IMH)

Χαρακτηριστικά

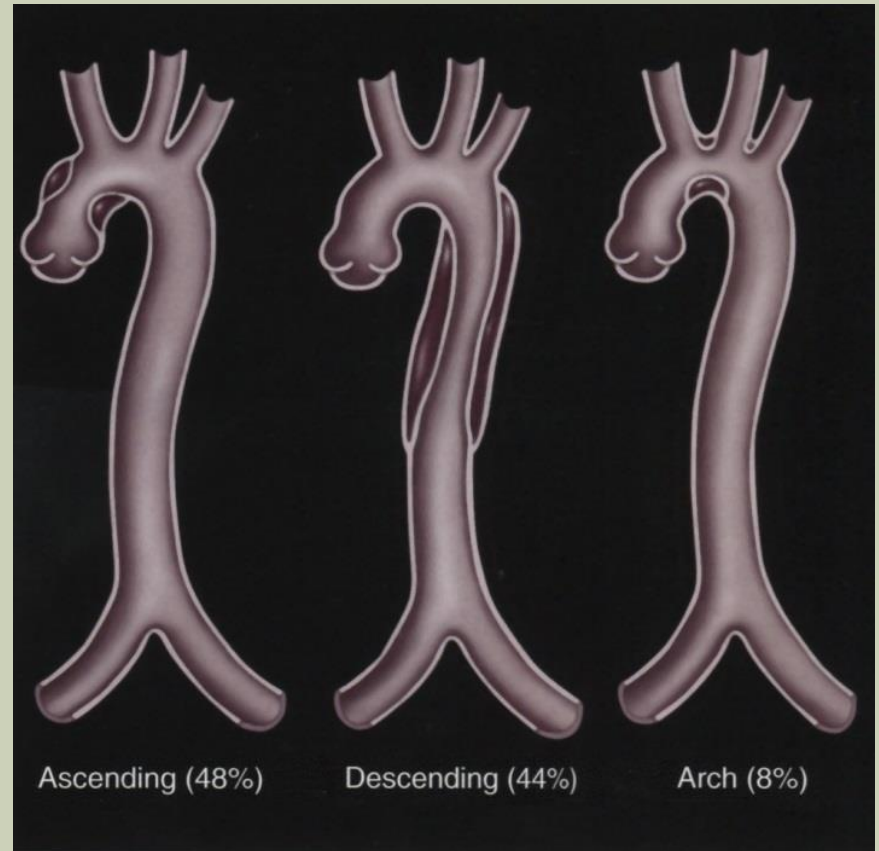
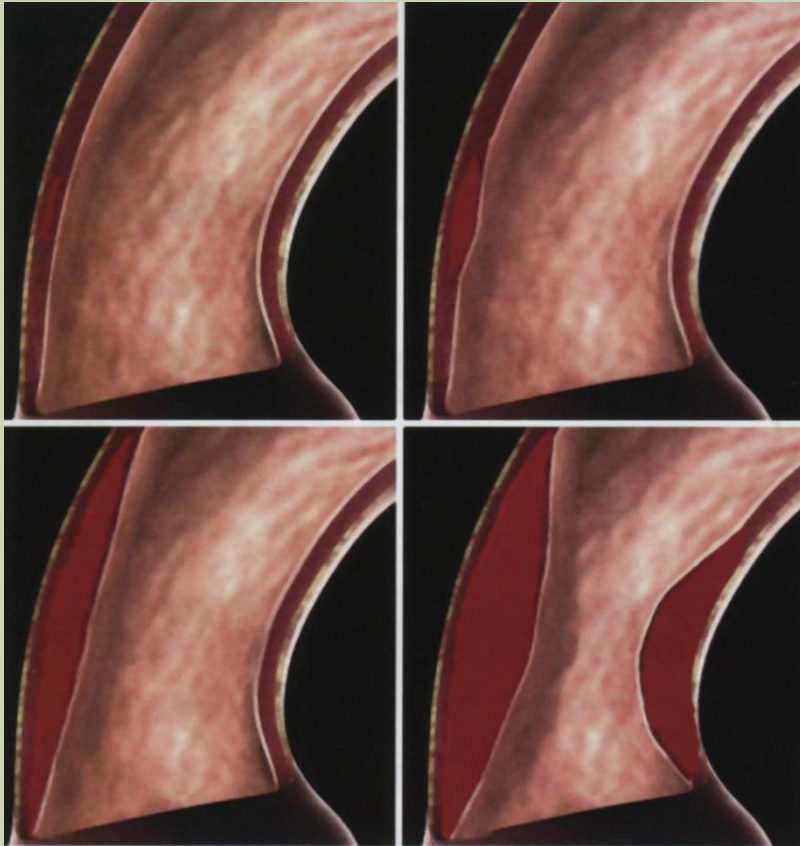
- 48% των IMH παρουσιάζονται στην ανιούσα αορτή
- 8% των IMH παρουσιάζονται στο αορτικό τόξο
- 44% των IMH παρουσιάζονται στην κατιούσα θωρακική αορτή

- Το 85% των IMH είναι περιμετρικά
- Το 15% είναι ημισεληνοειδή

- Μήκος αιματώματος: $85\text{mm} \pm 5\text{mm}$
 - πολύ μικρότερο από αυτό του οξέος διαχωρισμού αορτής
- Πάχος αιματώματος: $20\text{mm} \pm 12\text{mm}$
- Περιφερική επέκταση πολύ μικρότερη του οξέος διαχωριστικού ανευρύσματος

ΕΝΔΟΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΑΟΡΤΗΣ

AORTIC INTRAMURAL HAEMATOMA (IMH)



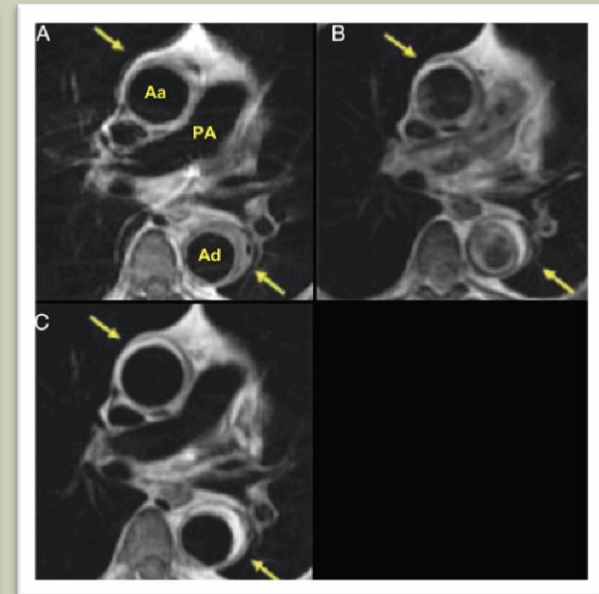
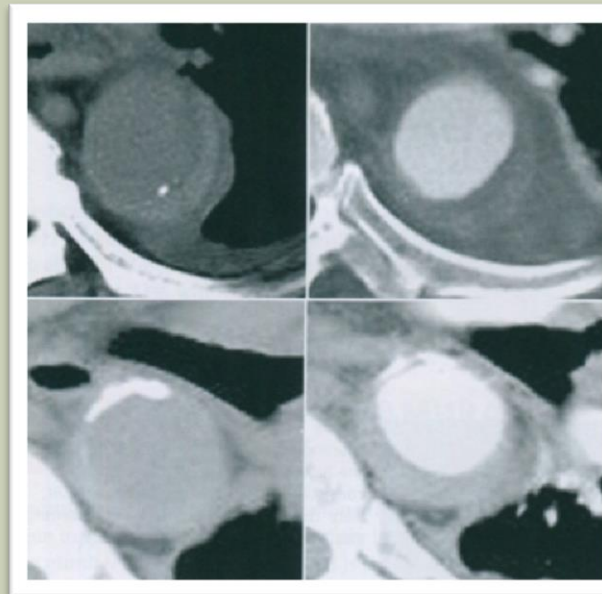
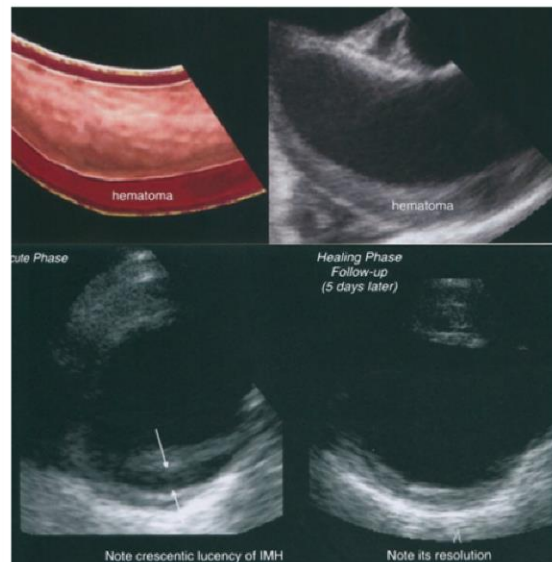
ΕΝΔΟΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΑΟΡΤΗΣ

AORTIC INTRAMURAL HAEMATOMA (IMH)

Διάγνωση

- Διοισοφάγειο υπερηχογράφημα (TEE)
- Αξονική τομογραφία (CT scan)
- Μαγνητική τομογραφία (MRI)

96% sensitivity



ΕΝΔΟΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΑΟΡΤΗΣ

AORTIC INTRAMURAL HAEMATOMA (IMH)

Επιπλοκές - Θνησιμότητα

- Εξαρτώνται από την ανατομική θέση του IMH
 - Θνητότητα IMH ανιούσης αορτής > Θνητότητα IMH κατιούσας αορτής
- Μεγάλη πιθανότητα περικαρδιακής συλλογής
- Μπορεί να εξελιχθεί σε οξύ διαχωρισμό με αποτέλεσμα τη ρήξη ή tamponade
 - 33% των περιπτώσεων, εντός των πρώτων 72 ωρών
- Η μεγαλύτερη πιθανότητα επιπλοκών είναι στις περιπτώσεις που γενεσιουργός αιτία είναι το διατιτραίνον έλκος
 - Τα περισσότερα περιστατικά IMH με διατιτραίνον έλκος παρουσιάζονται στην κατιούσα αορτή (91%)
- Σπάνια εμφάνιση malperfusion (κοιλιακής αρτηρίας, νεφρικών, σπλαχνικών και λαγονίων αγγείων)

ΕΝΔΟΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΑΟΡΤΗΣ

AORTIC INTRAMURAL HAEMATOMA (IMH)

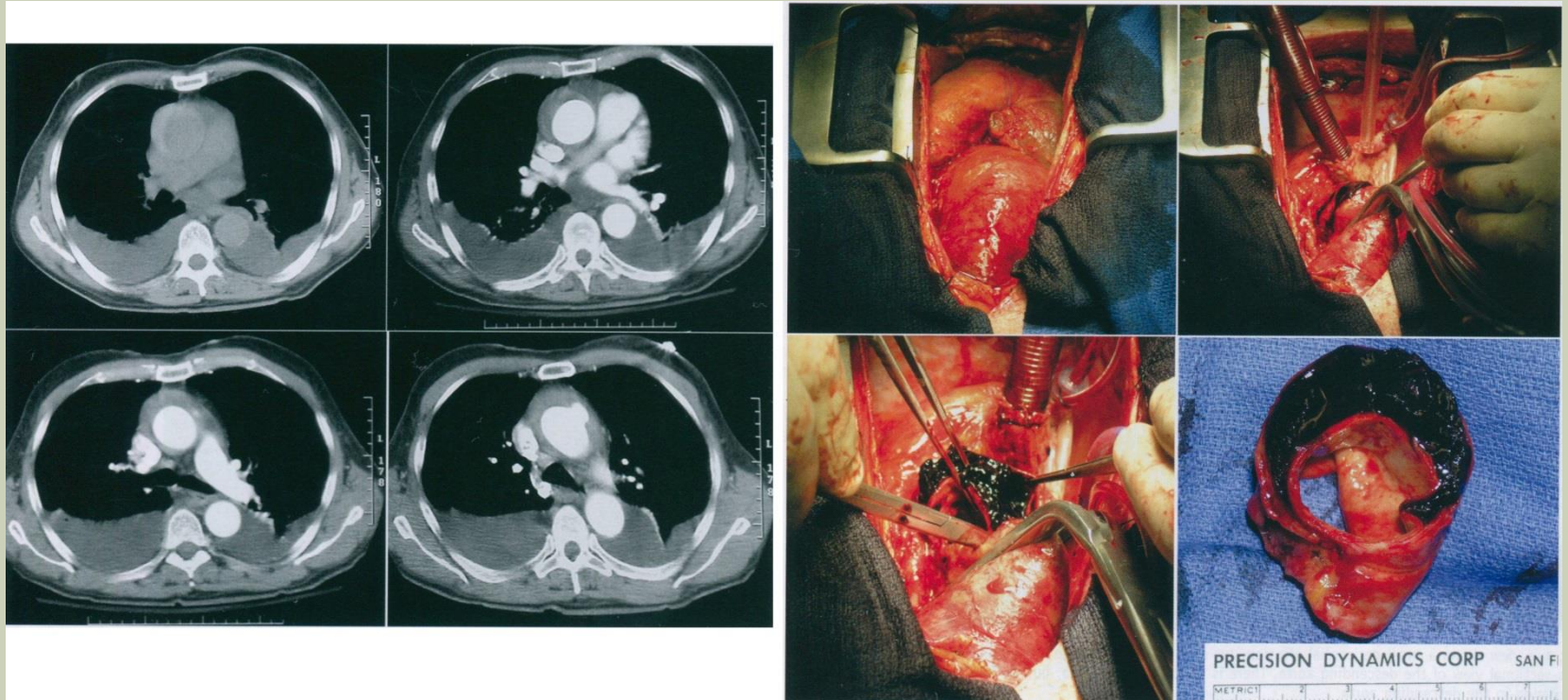
1 year survival rate

	Ανιούσα αορτή	Αορτικό τόξο	Κατιούσα αορτή
Φαρμακευτική αγωγή	20%	50%	80%
Χειρουργική παρέμβαση	71%	50%	83%

Τα IMH ανιούσης αορτής που αντιμετωπίζονται συντηρητικά έχουν μεγάλο ρίσκο θνητότητας.

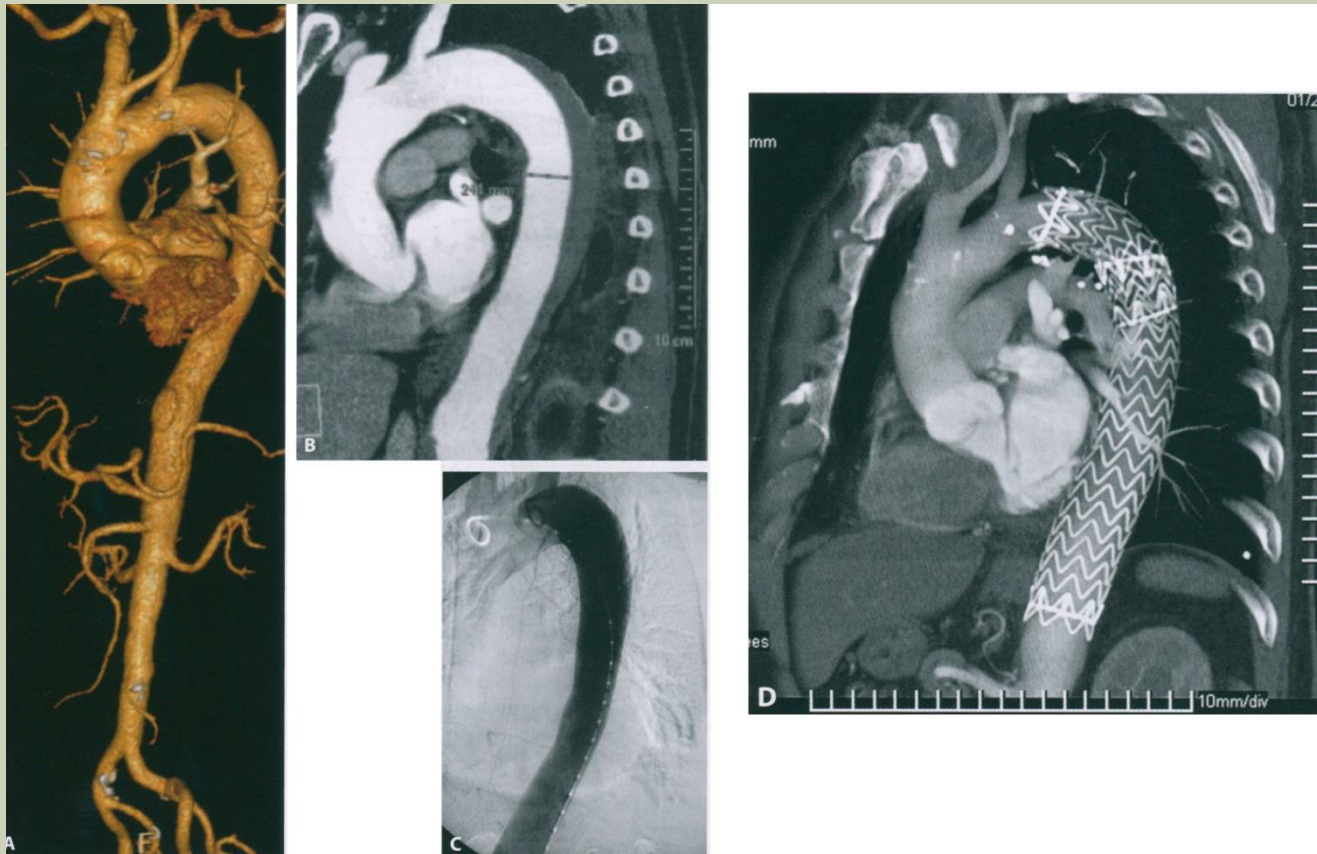
ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝ ΕΛΚΟΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ

Η αντιμετώπιση των ΙΜΗ και των ΡΑΥ απαιτεί έγκαιρη διάγνωση για τη σωστή χειρουργική παρέμβαση (ανοικτή ή ενδοαυλική - TEVAR)



ΔΙΑΤΙΤΡΑΙΝΟΝ ΕΛΚΟΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ

Η αντιμετώπιση των ΙΜΗ και των ΡΑΥ απαιτεί έγκαιρη διάγνωση για τη σωστή χειρουργική παρέμβαση (ανοικτή ή ενδοαυλική - TEVAR)



14°

Πανελλήνιο Συνέδριο

ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

13-16 Μαρτίου 2014 Ξενοδοχείο Crowne Plaza **ΑΘΗΝΑ**



Σας ευχαριστώ

Acute Aortic Intramural Hematoma: An Analysis From the International Registry of Acute Aortic Dissection

Kevin M. Harris, MD, Alan C. Braverman, MD, Kim A. Eagle, MD, Elise M. Woznicki, BS, Reed E. Pyeritz, MD, Truls Myrmel, MD, Mark D. Peterson, MD, Matthias Voehringer, MD, Rossella Fattori, MD, James L. Januzzi, MD, Dan Gilon, MD, Daniel G. Montgomery, BS, Christoph A. Nienaber, MD, Santi Trimarchi, MD, Eric M. Isselbacher, MD, Arturo Evangelista, MD

Background

Acute aortic intramural hematoma (IMH) is an important subgroup of aortic dissection, and controversy surrounds appropriate management.

Methods and Results

Patients with acute aortic syndromes in the International Registry of Acute Aortic Dissection (1996–2011) were evaluated to examine differences between patients (based on the initial imaging test) with IMH or classic dissection (AD). Of 2830 patients, 178 had IMH (64 type A [42%], 90 type B [58%], and 24 arch). Patients with IMH were older and presented with similar symptoms, such as severe pain. Patients with type A IMH were less likely to present with aortic regurgitation or pulse deficits and were more likely to have periaortic hematoma and pericardial effusion. Although type A IMH and AD were managed medically infrequently, type B IMH were more frequently treated medically. Overall in-hospital mortality was not statistically different for type A IMH compared to AD (26.6% versus 26.5%; $P=0.998$); type A IMH managed medically had significant mortality (40.0%), although less than classic AD (61.8%; $P=0.195$). Patients with type B IMH had a hospital mortality that was less but did not differ significantly (4.4% versus 11.1%; $P=0.062$) from classic AD. One-year mortality was not significantly different between AD and IMH.

Conclusions

Acute IMH has similar presentation to classic AD but is more frequently complicated with pericardial effusions and periaortic hematoma. Patients with IMH have a mortality that does not differ statistically from those with classic AD. A small subgroup of type A IMH patients are managed medically and have a significant in-hospital mortality.

Management of acute aortic syndromes

Christoph A. Nienaber¹ and Janet T. Powell

Eur Heart J, 2011

Acute aortic syndrome (AAS) is a modern term to describe interrelated emergency aortic conditions with similar clinical characteristics and challenges. These conditions include aortic dissection, intramural haematoma (IMH), and penetrating atherosclerotic ulcer (PAU and aortic rupture); trauma to the aorta with intimal laceration may also be considered. The common denominator of AAS is disruption of the media layer of the aorta with bleeding within IMH, along the aortic media resulting in separation of the layers of the aorta (dissection), or transmurally through the wall in the case of ruptured PAU or trauma. Population-based studies suggest that the incidence of acute dissection ranges from 2 to 3.5 cases per 100 000 person-years; hypertension and a variety of genetic disorders with altered connective tissues are the most prevalent risk conditions. Patients with AAS often present in a similar fashion, regardless of the underlying condition of dissection, IMH, PAU, or contained aortic rupture. Pain is the most commonly presenting symptom of acute aortic dissection and should prompt immediate attention including diagnostic imaging modalities (such as multislice computed tomography, transoesophageal ultrasound, or magnetic resonance imaging). Prognosis is clearly related to undelayed diagnosis and appropriate surgical repair in the case of proximal involvement of the aorta; affection of distal segments of the aorta may call for individualized therapeutic approaches favouring endovascular in the presence of malperfusion or imminent rupture, or medical management.