
Próba sił

PRZYPADEK 107

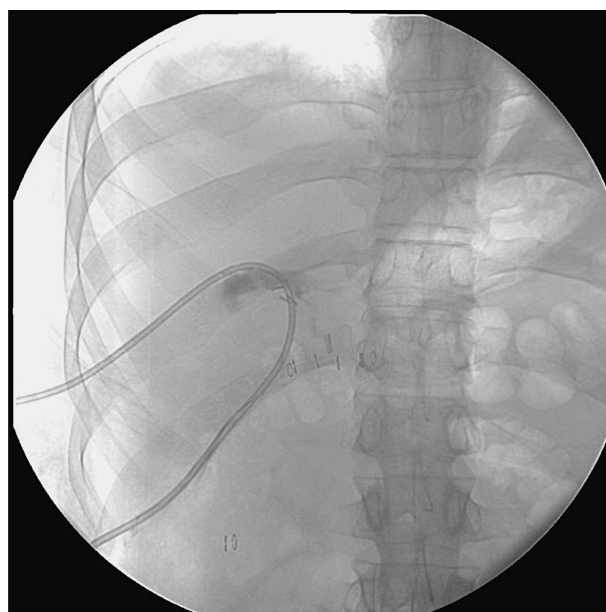


1. Które naczynia są nieprawidłowo zakontrastowane na tym nieselektywnym angiogramie miednicy?
2. Jaka nieprawidłowość naczyniowa jest widoczna na zdjęciu skośnym?
3. Czy u pacjenta występują objawy kliniczne?
4. Jakie metody leczenia powinny być rozważane w przypadku takiego problemu?

PRZYPADEK 108



Zgoda na publikację: dr Daniel Brown.



Zgoda na publikację: dr Daniel Brown.

1. Jaką zmianę widać na pierwszym obrazie?
2. Proszę wskazać dwie możliwe przyczyny tej zmiany.
3. Czy natychmiastowy przezskórny drenaż dróg żółciowych to najlepsza metoda leczenia wstępnego?
4. Jaki wariant anatomiczny dróg żółciowych należy wziąć pod uwagę u pacjentów z pooperacyjnym wyciekaniem żółci?

PRZYPADEK 107

Przetoka między aortą a żyłą główną dolną

1. Lewa żyła biodrowa i żyła główna dolna (IVC).
2. Tętniak rzekomy rozdwojenia aorty z przetoką do żyły głównej dolnej.
3. Tak.
4. Chirurgiczne podwiązanie przetoki z zabiegiem naprawczym tętnicy, wstawienie stentgraftu, podwiązanie lub embolizacja tętnicy proksymalnie i dystalnie w stosunku do miejsca położenia przetoki, połączone z następowym pomostowaniem udowo-udowym (ta opcja nie jest wskazana w omawianym przypadku).

Piśmiennictwo

Parodi J.C., Schonholz C., Ferreira L.M., et al.: Endovascular surgical treatment of traumatic arterial lesions. *Ann Vasc Surg.* 1999;13(2):121–129.

Literatura dodatkowa

Vascular and Interventional Radiology: THE REQUISITES, ss. 442–443.

Komentarz

Obrazy przedstawiają tętniaka rzekomego rozdwojenia aorty z wytworzonym połączeniem do ujścia żyły biodrowej wspólnej.

Przetoki tętniczo-żylnie mogą występować jako wady wrodzone lub jako rzadkie powikłania urazu i operacji. Objawy kliniczne to niewydolność wyrzutowa (skurczowa) serca, niedokrwienie w obszarach położonych dystalnie do przetoki wskutek zespołu podkradania, poszerzenie żył obwodowych, zapalenie skóry spowodowane zastojem żylnym i owrzodzenie spowodowane nadmiernym ciśnieniem żylnym dystalnie do przetoki, obrzęki odległych tkanek, wyczuwalna palpacyjnie masa, słyszalne szmery i wyczuwalne palpacyjnie drżenie.

Potwierdzenie rozpoznania przetoki tętniczo-żylniej i określenie jej anatomii, łącznie z lokalizacją przetoki w odniesieniu do zajętych naczyń i stwierdzeniem pobliskich odgałęzień, które mogą utrudniać leczenie wewnątrznacyniowe, umożliwia angiografia. Ze względu na dużą objętość przepływu może być konieczne podanie dużej dawki środka kontrastowego i szybkie filmowanie w różnych projekcjach. W zależności od położenia przetoki i istnienia lokalnych odgałęzień bocznych można zastosować stentgraft do zamknięcia ubytku u pacjentów, którzy nie kwalifikują się do operacji z przyczyn anatomicznych lub wskutek ogólnego stanu klinicznego.

PRZYPADEK 108

Poprzeczne przecięcie przewodu wątrobowego wspólnego

1. Poprzeczne przecięcie przewodu wątrobowego wspólnego i wyciek żółci.
2. Jatrogenne uszkodzenie podczas cholecystektomii laparoskopowej i uraz.
3. Niekoniecznie. Często lepszym i łatwiejszym pierwszym krokiem w postępowaniu jest drenaż zbiornika wyciekniętej żółci (biloma).
4. Nietypowy przebieg prawego przewodu wątrobowego tylnego.

Piśmiennictwo

Saad N., Darcy M.: Iatrogenic bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. *Tech Vasc Interv Radiol.* 2008;11:102–110.

Literatura dodatkowa

Vascular and Interventional Radiology: THE REQUISITES, ss. 579–580.

Komentarz

Uszkodzenie dróg żółciowych to niebezpieczne powikłanie laparoskopowej lub otwartej cholecystektomii, ponieważ w takiej sytuacji pacjent wymaga zwykle wielu interwencji radiologicznych i/lub skomplikowanej operacji naprawczej. Omawiane obrazy pokazują wynacynienie kontrastu z przewodu wątrobowego wspólnego i jego zbieranie się w formie wycieku żółci (biloma) w prawej części przestrzeni podwątrobowej i w zachyłku okołokrętniczym sieci. Dystalny odcinek przewodu wątrobowego wspólnego nie jest widoczny, co wskazuje na pełne przecięcie poprzeczne przewodu.

Odsetek technicznej nieskuteczności przezskórnej drenażu żółci wynosi mniej niż 5% w przypadku pacjentów z poszerzonymi drogami żółciowymi, ale może dochodzić do 25% u pacjentów bez poszerzenia dróg żółciowych. Właśnie dlatego w przypadkach znacznych uszkodzeń dróg żółciowych początkowo umieszcza się cewnik do drenażu w łatwo dostępnym zbiorniku żółci, aby uzyskać wstępną kontrolę nad wyciekiem. Kilka tygodni lub nawet miesięcy później można utworzyć połączenie między zapadniętą jamą zbiornika a miejscem uszkodzenia przewodu. W tej sytuacji podanie kontrastu do cewnika drenującego powoduje zakontrastowanie układu żółciowego, co ułatwia drenaż dróg żółciowych. W wielu przypadkach nie jest możliwe przeprowadzenie przewodnika do jelita; u tych pacjentów można użyć cewnika z pętlą z miejsca dostępu do zbiornika żółci, aby wydobyc na zewnątrz przewodnik i umożliwić wprowadzenie drenu w kształcie litery U (drugi obraz), który jest stabilniejszy od zewnętrznego cewnika drenującego. Cewnik drenujący ułatwia chirurgowi identyfikację dróg żółciowych podczas rozcięcia, ponieważ we wnęce wątrobowej może występować znaczny stan zapalny. Ostatecznie wykonuje się najczęściej definitywny operacyjny zabieg naprawczy i zespolenie wątrobowo-jelitowe.



1. Proszę opisać najważniejszą nieprawidłowość widoczną na pierwszych trzech obrazach.
2. Jakie są możliwości leczenia tej patologii?
3. Jaki zabieg wykonano przed ostatnim badaniem obrazowym i dlaczego?
4. Jakie mogą być istotne konsekwencje kliniczne tego zabiegu?