

VI KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA

Powikłania w chirurgii naczyniowej i endowaskularnej

11-12 marzec 2022

P R O G R A M

www.naczyniowka.pl

VI KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA

Powikłania w chirurgii naczyniowej i endowaskularnej

11-12 marzec 2022

PROGRAM KONFERENCJI I STRESZCZENIA WYKŁADÓW

Szanowni Państwo,

Serdecznie witamy na obradach VI Konferencji „Powikłania w chirurgii naczyniowej i endowaskularnej” w Warszawie. Organizatorami konferencji są jej uczestnicy, którzy pragną podzielić się swoimi doświadczeniami w postępowaniu w najtrudniejszych sytuacjach klinicznych. Nasze spotkanie ma jak zawsze charakter interdyscyplinarny, łączy specjalistów różnych dyscyplin medycznych zajmujących się leczeniem chorób układu naczyniowego. Nie mówimy o statystyce, o badaniach randomizowanych, tylko o konkretnych sytuacjach klinicznych. Powikłania są zawsze zaskoczeniem. Od naszej wiedzy, doświadczenia i szybkości podejmowania właściwej decyzji zależy często życie pacjenta. To ogromna odpowiedzialność lekarza, ale dzielenie się doświadczeniem w rozwiązywaniu tych niezwykle trudnych sytuacji to nasz wkład w postęp medycyny.

Patronat nad konferencją objęli Prof. dr hab. med. Ryszard Gellert Dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie oraz Dr n. med. Robert Starzec Dyrektor Szpitala MSWiA w Łodzi. Dziękujemy wszystkim sponsorom, bez których udziału nie byłoby możliwe zorganizowanie konferencji.

Znakomitym, sprawdzonym organizatorem logistycznym konferencji jest Convention+. Koordynatorem spotkania z ramienia firmy jest Pani Agata Krych-Trojanowska.

Z wyrazami szacunku,

**Przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego**



Dr n.med. Włodzimierz Hendiger

**Przewodniczący
Komitetu Naukowego**



Prof. zw. dr hab. med. Walerian Staszkievicz

PROGRAM

VI KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA

Powikłania w chirurgii naczyniowej i endowaskularnej

11-12 marzec 2022

PIĄTEK, 11 MARCA

- 16:30-16:40 Rozpoczęcie Konferencji
Walerian Staszekwicz, Włodzimierz Hendiger
- 16:40-17:00 Wykład otwierający:
Powikłania widziane przez chorego, lekarza i prawnika !!!
Marek Maruszyński
- 17:00-18:40 **SESJA I**
ZŁOŻONE PROBLEMY NACZYNIOWE, NOWE TECHNOLOGIE I METODY
ENDOWASKULARNE, RÓŻNE ZABIEGI.
Moderatorzy: Tomasz Urbanek, Radosław Pietura,
Łukasz Dzieciuchowicz, Zbigniew Krasiński
- 17:00-18:30 Prezentacja 6 przypadków
1. Kaskada niepowodzeń terapeutycznych ostrego niedokrwienia kończyny dolnej u młodego chorego w przebiegu wykrępienia tętniaka tętnicy podkolanowej jako klinicznej manifestacji zaawansowanego mięsaka naczyniowego
Prezentujący: Grzegorz Madycki (Warszawa)
 2. 30-dniowy zgon po implantacji stentgraftu rękawkowego z powodu sepsy gronkowcowej
Prezentujący: Piotr Myrcha (Warszawa)
 3. Przegrana na starcie czyli epicka opowieść o nierównej walce
Prezentujący: Mirosław Dziekiewicz (Warszawa)
 4. Niedrożność pomostu udowo-podkolanowego kaskada powikłań po przedłużonej trombolizie celowanej
Prezentujący: Michał-Goran Staniś (Poznań)
 5. Exitus po skutecznej reanimacji
Prezentujący: Piotr Kasprzak (Regensburg, Niemcy)
 6. „Krótka”, 27-letnia historia pourazowej przetoki tętniczo-żylniej
Prezentujący: Rafał Maciąg (Warszawa)
- 18:30 - 18:40 Podsumowanie sesji
Łukasz Dzieciuchowicz
- 18:40-19:00 Przerwa

19:00-20:40

SESJA II

ZABIEGI NA TĘTNICACH ODCHODZĄCYCH OD ŁUKU AORTY: SZYJNYCH, KOŃCZYN GÓRNYCH I DOLNYCH.

Moderatorzy: Piotr Andziak, Arkadiusz Jawień, Tomasz Jargiełło, Piotr Myrcha, Grzegorz Madycki

19:00-20:30 Prezentacja 6 przypadków

7. Use of Recombinant Tissue Plasminogen Activator as a bailout for Acute Internal Carotid Artery Thrombosis Following Carotid Artery Stenting
Prezentujący: Krzysztof Kwaśniewski (Bydgoszcz)
8. Tętniak rzekomy tętnicy szyjnej wspólnej - odległe powikłanie po implantacji stentu mesh'owego
Prezentujący: Michał Rogozik (Łódź)
9. Historia dziwnego przeszczepu szyjno-podobojczykowego
Prezentujący: Tomasz Jakimowicz (Warszawa)
10. CAS – czego możemy się spodziewać?
Prezentujący: Michał Sojka (Lublin)
11. Izolowana martwica skóry i tkanki podskórnej uda w przebiegu leczenia niedrożności tętnic w odcinku biodrowoudowym
Prezentujący: Marcin Grudziecki (Zielona Góra)
12. Pęknięty, wtórnie zakażony, rozległy tętniak w odcinku udowo-podkolanowym po wyłączającym pomostowaniu
Prezentujący: Marcin Trochimczuk (Warszawa)

20:30-20:40 Podsumowanie sesji
Tomasz Jargiełło

SOBOTA, 12 MARCA

08:30-10:10 **SESJA III**

TĘTNIAKI ŁUKU AORTY, AORTY PIERSIOWEJ I PIERSIOWO-BRZUSZNE.

*Moderatorzy: Dariusz Janczak, Piotr Kasprzak, Piotr Gutowski,
Tomasz Jakimowicz, Wacław Kuczmik*

08:30-10:00 Prezentacja 6 przypadków

13. Jak używając Braila można „na ślepo” zamknąć naczynia domózgowe
Prezentujący: Arkadiusz Kazimierczak (Szczecin)
14. Przeciek IC po BEVAR - Opis przypadku nietypowego zaopatrzenia z endowaskularną dyslokacją stentu łączącego do worka tętniaka
Prezentujący: Mateusz Pytlos (Bytom)
15. Powikłania po wszczepieniu stentgraftu z odgałęzieniami do tętnic trzewnych (BEVAR) z powodu pękniętego tętniaka piersiowo-brzusznego aorty
Prezentujący: Marcin Merenda (Wrocław)
16. Implantacja stent-graftu Triple Branch z powikłaniami
Prezentujący: Piotr Szopiński (Warszawa)
17. Jatrogenne uszkodzenia aorty podczas operacji kręgosłupa leczone implantacją stentgraftu
Prezentujący: Piotr Andziak (Warszawa)
18. Jak zrobić „Brancho-Kandy-Pluga”? Czyli wszczepienie stent-graftu branchowanego do światła rzekomego TBAD w odcinku piersiowo-brzusznym z naczyniami trzewnymi odchodzącymi tylko ze światła prawdziwego u świadka Jehowy
Prezentujący: Arkadiusz Kazimierczak (Szczecin)

10:00-10:10 Podsumowanie sesji
Dariusz Janczak

10:10-10:30 Przerwa

10:30-12:10

SESJA IV

ZABIEGI W KRYTYCZNYM NIEDOKRWIENIU KOŃCZYN, TĘTNIAKACH I URAZACH TĘTNIC KOŃCZYN.

Moderatorzy: Grzegorz Oszkinis, Rafał Maciąg, Grzegorz Halena, Olgierd Rowiński, Paweł Maga

10:30-12:00 Prezentacja 6 przypadków

19. Wypadnięcie zamykacza naczyniowego AngioSeal - rzadkie zagrożające życiu powikłanie
Prezentujący: Paweł Michalski (Gdańsk)
20. Leczenie niedrożności tętnicy biodrowej zewnętrznej po operacji plastycznej przepukliny
Prezentujący: Konstanty Łoński (Winnica, Ukraina)
21. Jeden chory - cała chirurgia naczyniowa. Post scriptum
Prezentujący: Mirosław Dziekiewicz (Warszawa)
22. Wewnątrznaczyniowa rewaskularyzacja i zaopatrzenie stentem krytym tętnicy udowej powierzchownej po jatrogennym uszkodzeniu
Prezentujący: Piotr Zydlowski (Warszawa)
23. Jatrogenne uszkodzenie tętnicy i żyły podobojczykowej zaopatrzone hybrydowo.
Prezentujący: Marek Durakiewicz (Zamość)
24. Przetoka aortalno-dwunastnicza po BEVAR z powodu przecieku po EVAS - Co jeśli nie można usunąć w całości? Opis przypadku
Prezentujący: Mateusz Pytlós (Bytom)

Podsumowanie sesji

Grzegorz Oszkinis

12:00-12:10 Wewnątrznaczyniowa rewaskularyzacja tętnic obwodowych. Dlaczego warto stosować systemy 5 F?

Wykład sponsorowany firmy Medtronic

Paweł Maga

12:10-12:30 Przerwa

12:30-14:10

SESJA V

TĘTNIAKI AORTY BRZUSZNEJ, TĘTNIC BIODROWYCH, TĘTNIC TRZEWNYCH.

*Moderatorzy: Artur Milnerowicz, Mirosław Dziekiewicz,
Sławomir Nazarewski, Tomasz Urbanek, Jacek Szmidt,
Zbigniew Gałązka*

12:30-14:00 Prezentacja 6 przypadków

25. Jak z VIABAHNA zrobić „precelek” i zamknąć obie tętnice biodrowe wewnętrzne? Powikłanie implantacji IBD
Prezentujący: Arkadiusz Kazimierczak (Szczecin)
26. Nieprawidłowe osadzenie stentu w t. biodrowej wsp. z powodu nierozpoznanego przewlekłego rozwarstwienia końcowego odcinka aorty
Prezentujący: Bartosz Golik (Zielona Góra)
27. Pęknięcie tętniaka aorty brzusznej po wszczepieniu modulatora przepływu
Prezentujący: Michał Pająk (Łódź)
28. Przeciek typu IA w wyniku wgłobienia stent-graftu aortalnego - rzadkie powikłanie endolaskularnego leczenia tętniaka aorty brzusznej
Prezentujący: Paweł Nitkowski (Skövde, Szwecja)
29. Migracja stent-graftu aortalno-aortalnego z zamknięciem tętnic nerkowych
Prezentujący: Wojciech Kozłowski (Rzeszów)
30. Kiedy mały szczegół decyduje zmienia wszystko
Prezentujący: Artur Milnerowicz (Wrocław)

14:00-14:10 Podsumowanie sesji
Mirosław Dziekiewicz

14:10-14:50 Przerwa

14:50-16:30

SESJA VI

AORTA BRZUSZNA – NIEKOŃCZĄCA SIĘ OPowieść.

*Moderatorzy: Walerian Staszekiewicz, Piotr Szopiński,
Zbigniew Gałązka, Tomasz Jakimowicz, Piotr Myrcha*

14:50-16:20 Prezentacja 6 przypadków

31. Objawowa niedrożność tętnicy kręzkowej górnej po implantacji stentu MFN, leczona wsteczną implantacją stentu krytego metodą kominową
Prezentujący: Tadeusz Dorobisz (Wrocław)
32. Operacja z powodu przecieku typu V
Prezentujący: Eliza Pleban (Warszawa)
33. Nawracająca przetoka aortalna
Prezentujący: Łukasz Romanowski (Warszawa)
34. Jatrogenne rozwarstwienie okolicy podziału aorty brzusznej zaopatrzone techniką CERAB
Prezentujący: Marek Durakiewicz (Zamość)
35. Wewnątrznaczyniowe leczenie przetoki aortalno-cavalnej po wszczepieniu stentgraftu w miejsce objawowego tętniaka aorty brzusznej
Prezentujący: Wojciech Sekuła (Wrocław)
36. Niepowodzenie embolizacji przecieku typu IIB monitorowane w obrazach MR
Prezentujący: Radosław Pietura (Lublin)

16:20-16:30 Podsumowanie sesji
Tomasz Jakimowicz

16:30 Zakończenie konferencji
Walerian Staszekiewicz

SPIS TREŚCI

#1

Kaskada niepowodzeń terapeutycznych ostrego niedokrwienia kończyny dolnej u młodego chorego w przebiegu wykrzepienia tętniaka tętnicy podkolanowej jako klinicznej manifestacji zaawansowanego mięsaka naczyniowego.13

#2

30-dniowy zgon po implantacji stentgraftu rękawkowego z powodu sepsy gronkowcowej.....13

#3

Przegrana na starcie czyli epicka opowieść o nierównej walce.....15

#4

Zakrzepica pomostu udowo podkolanowego i kaskada powikłań związanych z przedłużoną trombolizą celowaną.15

#5

Exitus po skutecznej reanimacji16

#6

„Krótka”, 27-letnia historia pourazowej przetoki tętniczo-żylniej.16

#7

Use of Recombinant Tissue Plasminogen Activator as a bailout for Acute Internal Carotid Artery Thrombosis Following Carotid Artery Stenting: A Case Report17

#8

Tętniak rzekomy tętnicy szyjnej wspólnej - odległe powikłanie po implantacji stentu mesh'owego18

#9

Historia dziwnego przeszczepu szyjno-podobojczykowego.19

#10

CAS – czego możemy się spodziewać?20

#11

Izolowana martwica skóry i tkanki podskórnej uda w przebiegu leczenia niedrożności tętnic w odcinku biodrowo-udowym.21

#12

Pęknięty, wtórnie zakażony, rozległy tętniak w odcinku udowo-podkolanowym po wyłączającym pomostowaniu.21

#13

Jak używając Braila można „na ślepo” zamknąć naczynia domózgowe.....22

#14

Przeciek IC po BEVAR - Opis przypadku nietypowego zaopatrzenia z endowaskularną dyslokacją stentu łączącego do worka tętniaka.23

#15

powikłania po wszczepieniu stentgraftu z odgałęzieniami do tętnic trzewnych (bevar) z powodu pękniętego tętniaka piersiowo-brzusznego aorty – opis przypadku24

#16

Implantacja stent-graftu Triple Branch z powikłaniami.....25

#17

Jatrogenne uszkodzenia aorty podczas operacji kręgosłupa leczone implantacją stentgraftu.....25

#18

Jak zrobić „Brancho-Kandy-Pluga”? Czyli wszczepienie stent-graftu branchowanego do światła rzekomego TBAD w odcinku piersiowo-brzusznym z naczyniami trzewnymi odchodzącymi tylko ze światła prawdziwego u świadka Jehowy.26

#19

Wypadnięcie zamykacza naczyniowego AngioSeal - rzadkie zagrażające życiu powikłanie.....27

#20

Leczenie niedrożności tętnicy biodrowej zewnętrznej po operacji plastycznej przepukliny28

#21

Jeden chory - cała chirurgia naczyniowa. Post scriptum.....29

#22

Wewnątrznaczyniowa rewaskularyzacja i zaopatrzenie stentem krytym tętnicy udowej powierzchownej po jatrogennym uszkodzeniu.....29

#23

Jatrogenne uszkodzenie tętnicy i żyły podobojczykowej zaopatrzone hybrydowo.30

#24

Przetoka aortalno-dwunastnicza po BEVAR z powodu przecieku po EVAS – Co jeśli nie można usunąć w całości ? Opis przypadku.....30

#25

Jak z VIABAHNA zrobić „precelek” i zamknąć obie tętnice biodrowe wewnętrzne? Powikłanie implantacji IBD31

#26

Nieprawidłowe osadzenie stentu w t. biodrowej wsp. z powodu nierozpoznanego przewlekłego rozwarstwienia końcowego odcinka aorty.....32

#27

Pęknięcie tętniaka aorty brzusznej po wszczepieniu modulatora przepływu33

#28

Przeciek typu IA w wyniku wgłobienia stent-graftu aortalnego - rzadkie powikłanie endolaskularnego leczenia tętniaka aorty brzusznej.33

#29

Migracja stent-graftu aortalno-aortalnego z zamknięciem tętnic nerkowych34

#30

Kiedy mały szczegół decyduje zmienia wszystko35

#31

Objawowa niedrożność tętnicy kręzkowej górnej po implantacji stentu MFM, leczona wsteczną implantacją stentu krytego metodą kominową.36

#32

Operacja z powodu przecieku typu V37

#33

Nawracająca przetoka aortalna37

#34

Jatrogenne rozwarstwienie okolicy podziału aorty brzusznej zaopatrzone techniką cerab.38

#35

Wewnątrznaczyniowe leczenie przetoki aortalno-cavalnej po wszczepieniu stentgraftu w miejsce objawowego tętniaka aorty brzusznej.....39

#36

Niepowodzenie embolizacji przecieku typu IIB monitorowane w obrazach MR.....39

#1

TYTUŁ PRACY: KASKADA NIEPOWODZEŃ TERAPEUTYCZNYCH OSTREGO NIEDOKRWIENIA KOŃCZYNY DOLNEJ U MŁODEGO CHOREGO W PRZEBIEGU WYKRZEPZENIA TĘTNIAKA TĘTNICY PODKOLANOWEJ JAKO KLINICZNEJ MANIFESTACJI ZAAWANSOWANEGO MIĘSAKA NACZYNIOWEGO.

Autorzy: Grzegorz Madycki¹, Adam Lewszuk¹, Piotr Słowiński¹

¹Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii CMKP, Szpital Bielański w Warszawie

Mięsak naczyniowy jest rzadkim złośliwym nowotworem naczyń wywodzącym się z endotelium. Zmianami najczęściej objęte są duże naczynia centralne jak aorta, tętnica płucna, żyła główna dolna. Istnieją nieliczne doniesienia o obwodowych lokalizacjach jak tętnica udowa wspólna i tętnica uda głęboka. Objawy najczęściej o typie niedokrwienym uzależnione są od lokalizacji i zaawansowania redukcji światła patologicznie zmienionych naczyń. Nowotwór cechuje wysoka złośliwość i zdolność do przerzutów odległych najczęściej do mózgu, wątroby i płuc.

Prezentujemy rzadki przypadek mięsaka naczyniowego wywodzącego się z endotelium tętnicy podkolanowej manifestującego się ostrym wykrzepieniem tętniaka tej tętnicy, czego konsekwencją było zaawansowane niedokrwienie kończyny dolnej. Szereg interwencji naczyniowych w postaci żylnego autologicznego przeszczepu udowo – podkolanowego oraz następnych operacji hybrydowych nie przyniosło powodzenia. Z powodu zaawansowania choroby, drastycznie pogarszającego się stanu ogólnego połączonego z zaburzeniami hemostazy pacjent zmarł w warunkach sali OIOM.

W odróżnieniu od doniesień światowych młody wiek chorego oraz konieczność interwencji w trybie nagłym dodatkowo stanowi o wyjątkowości opisywanego przypadku.

#2

TYTUŁ PRACY: 30-DNIOWYZGON PO IMPLANTACJI STENTGRAFTU RĘKAWKOWEGO Z POWODU SEPSY GRONKOWCOWEJ

Autorzy: Piotr Myrcha¹, Izabela Taranta², Witold Woźniak¹, Piotr Zydlewski²

¹I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wydział Lekarski, WUM

²Zespół Oddziałów Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej, Mazowiecki Szpital Bródnowski, Warszawa

Wstęp. Odsetek nosicieli gronkowca złocistego MRSA wynosi w populacji 10–25%. Dla zdrowej osoby, będącej nosicielem, nie ma dużego ryzyka zachorowania.

Opis przypadku.

Przedstawiamy przypadek 53-letniego mężczyzny z objawowym tętniakiem piersiowo-brzusznym.

W przeszłości leczony z powodu sepsy gronkowcowej, szczepem MRSA. Przed operacją posiewy z krwi- jałowe. Posiew z nosa (St. aureus- MRSA) - dodatni.

Zakwalifikowany do przyśpieszonego BEVAR. Implantowano stentgrafty piersiowe, rękawkowy, rozwidlony- aortalny i biodrowy. Po operacji bez powikłań. Kontrolne CTA- wszystkie grafty drożne. Wypisany do domu w stanie dobrym.

Ponowna hospitalizacja w 18 dobie po operacji z powodu stanów gorączkowych do 40 st.C. Posiew z krwi- St. aureus- MRSA. Włączono wankomycynę, meropenem i amikacynę. W 2 dobie plegia kończyn dolnych. CTA- wszystkie grafty drożne, bez cech zakażenia. Stan ciężki. Niewydolność wielonarządowa. Ponowne CTA- grafty drożne, bez zakażenia. Wykrzepianie tętnic obwodowych. Zgon w 4 dobie hospitalizacji.

Dyskusja.

Skomplikowany proces dekolonizacji, oporność na rutynowo stosowane antybiotyki, ciężkość przebiegu większości zakażeń, powoduje, że nie można bagatelizować nosicielstwa MRSA. Podstawą prawidłowego postępowania jest wiedza o przebytych zakażeniach czy ewentualnym nosicielstwie, dająca możliwość szybkiego dostosowania profilaktyki/leczenia do sytuacji klinicznej.

Wnioski.

1. Badania na nosicielstwo szczepów MRSA powinno być integralną częściową przygotowaniem do operacji wszczepienia stentgraftu.
2. W przypadku tętniaków bezobjawowych, w przypadku stwierdzonego nosicielstwa, powinna być przeprowadzona dekolonizacja
3. W przypadku konieczności operacji przyśpieszonych, profilaktyka przedoperacyjna powinna być dostosowana do specyfiki nosicielstwa MRSA

#3

TYTUŁ PRACY: PRZEGRANA NA STARCIE CZYLI EPICKA OPowieść O NIERÓWNEJ WALCE

Autorzy: Mirosław Dziekiewicz¹, Andrzej Obara¹, Andrzej Nykaza¹, Tomasz Orłowski¹, Sławomir Kowalski¹, Małgorzata Pawelczyk¹, Jakub Włodarski¹, Grażyna Łaska¹, Józef Lisowski¹, Michał Świder¹

¹Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa

Prezentujemy przypadek 35-letniej chorej leczonej w naszej Klinice z powodu krytycznego niedokrwienia kończyn z licznymi dodatkowymi obciążeniami w tym cukrzycą i pokontrastowym uszkodzeniem tarczycy.

Ukazujemy na osi czasu sekwencję zdarzeń tzn. przeprowadzone interwencje chirurgiczne oraz złożone czynniki jakie miały wpływ na dalszy rozwój wypadków oraz ostateczny wynik leczenia.

#4

TYTUŁ PRACY: ZAKRZEPICA POMOSTU UDOWO PODKOLANOWEGO I KASKADA POWIKŁAŃ ZWIĄZANYCH Z PRZEDŁUŻONĄ TROMBOLIZĄ CELOWANĄ.

Autor: Michał-Goran Staniścić¹

¹Klinika chirurgii naczyniowej, wewnątrznaczyniowej oraz angiologii i Flebologii Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Jednym z podstawowych problemów u pacjentów leczonych operacyjnie z powodu przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych jest możliwość wystąpienia ostrej restenozy w średnio o długoterminowej obserwacji.

Prezentujemy przypadek opisujący kaskadę powikłań i reinterwencji po próbie przedłużonej trombolizy wykrzepionego pomostu udowo podkolanowego. Każda z 10 podjętych interwencji otwartych i wewnątrznaczyniowych w obrębie kończyn dolnych znajduje uzasadnienie w świetle standardu postępowania i wiedzy medycznej, jednakże ilość reinterwencji i powikłań wynika z rutynowego zakwalifikowania pacjenta do przedłużonej celowanej trombolizy.

Pomimo uratowania kończyn dolnych w obserwacji 6 miesięcznej zastosowanie trombektomii mechanicznej zamiast trombolizy celowanej mogłoby zapobiec wystąpieniu licznych powikłań.

#5

TYTUŁ PRACY: EXITUS PO SKUTECZNEJ REANIMACJI

Autorzy: Piotr Kasprzak¹, Karin Pfister¹

¹Uni Regensburg

Chory po efektywnej kardio-reanimacji zmarł z powodu niedokrwienia mózgu ponieważ doszło do zmiążdżenia jedyne go dopływu krwi do mózgu przez stentgraft na balonie w pniu ramienny-głowym (Chimney z debranching i TEVAR w tętniaku łuku).

#6

TYTUŁ PRACY: „KRÓTKA”, 27-LETNIA HISTORIA POURAZOWEJ PRZETOKI TĘTNICZO-ŻYŁNEJ.

Autorzy: Rafał Maciąg¹, Vadym Matsibora¹, Michał Sajdek¹, Jerzy Leszczyński², Kamil Stępkowski², Marcin Trochimczuk³, Zbigniew Gałązka², Olgierd Rowiński¹

¹I Zakład Radiologii Klinicznej CSK WUM

²Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Chorób Naczyń CSK WUM

³Oddział Chirurgii Naczyniowej Szpitala Wolskiego

Przetoki tętniczo-żyłne są jednym z możliwych powikłań urazów penetrujących. Do metod zaopatrywania przetok zaliczamy otwartą rekonstrukcję chirurgiczną, zabiegi endowaskularne oraz operacje hybrydowe.

Prezentowany przypadek dotyczy 48-letniego mężczyzny z przetoką tętniczo-żylną lewej pachwiny, powstałą na skutek pchnięcia nożem 27 lat wcześniej (1995). Wyjściowo, rana została zaopatrzona miejscowo. Diagnostyka dopplerowska, wykonana z powodu utrzymującego się obrzęku kończyny, pozwoliła na rozpoznanie AVF (1999). Retrospektywnie, pierwszym powikłaniem była niewydolność żył powierzchownych leczona metodą klasyczną (1997).

W 2004 roku pacjent przeżył nieudane leczenie endowaskularne. Następnie, w trakcie próby otwartej rekonstrukcji, obszyto protezą poliestrową tętniak rzekomy lewej pachwiny (2005). Przetoka pozostawała drożna. Długotrwałe przeciążenie układu żylnego doprowadziło do kardiomiopatii przerostowej oraz napadowego migotania przedsionków. Kolejną próbą zaopatrzenia była implantacja stentu krytego do jednej z gałęzi DFA (2011), po której wciąż obserwowano nasilający się przeciek tętniczo-żylny. Podczas ponownego

zabiegu, wstawką z PTFE, zrekonstruowano zniszczony fragment SFA oraz wykonano głębokie podkłucia naczyń, w celu zatrzymania obfitego krwawienia, które wystąpiło po próbie dostępu do DFA (2015).

W efekcie otrzymano stabilizację przerostu serca. Z czasem jednak szmer naczyniowy okolicy przetoki wzrastał. Wykonana CTA wykazała rozbudowaną AVF naczyń udowych LKD z towarzyszącym tętniakiem rzekomym tej okolicy (2019). Z powodu pandemii Covid-19 pacjent został przyjęty celem ponownego leczenia w listopadzie 2021 roku.

Zastosowano leczenie wewnątrznaczyniowe. Zaciśnięcie przez tętniak rzekomy ujście DFV oraz niepełne zaopatrzenie przetoki, w trakcie serii interwencji, spowodowało odwrócenie przepływu w naczyniach głębokich uda. W pierwszej kolejności, z nakłucia antegrade L DFA, wykonano embolizację jej głównych gałęzi zaopatrujących przetokę i tętniak rzekomy. Następnie metodą „body-floss” zrekanalizowano odpływ DFV oraz zaimplantowano stent żylny. W ostatnim etapie do głównego pnia DFA zaimplantowano stent kryty, który zembolizowano celem redukcji resztkowego przepływu do przetoki. Dolegliwości wycofały się, a pacjent pozostaje pod obserwacją.

#7

TYTUŁ PRACY: USE OF RECOMBINANT TISSUE PLASMINOGEN ACTIVATOR AS A BAILOUT FOR ACUTE INTERNAL CAROTID ARTERY THROMBOSIS FOLLOWING CAROTID ARTERY STENTING: A CASE REPORT

Autorzy: Krzysztof Kwaśniewski¹, Aleksandra Romanowicz², Arkadiusz Migdalski¹, Arkadiusz Jawień¹

¹Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr ¹ im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

²Szpital Uniwersytecki nr ² im. dr. J. Bizziela w Bydgoszczy

We present the case of 65-year-old woman who was admitted into Vascular Surgery Department in March 2021 due to critical stenosis of the left internal carotid artery (LICA). The patient was asymptomatic on admission but in December 2018 she had infarct of the right hemisphere. In February 2021, the attempt of carotid endarterectomy was taken but the procedure was interrupted due to neurological symptoms which occurred immediately after clamping.

In March 2021 left carotid artery stenting (CAS) was performed. The distal filter protection device (FilterWire EZ System) was passed smoothly through the severely stenosed entrance to LICA. The balloon pre-dilatation of the LICA was

performed (Sterling Monorail Baloon). The low-profile, closed-cell, self-expanding stent was implanted into carotid bifurcation (Carotid Wallstent). Post-dilatation was performed, and the residual stenosis was successfully ballooned. Shortly after post-dilatation the patient presented strongly expressed neurological symptoms indicating ischemia of the left cerebral hemisphere. The control arteriography showed disturbances of filling LICA with contrast medium, which was initially interpreted as vasospasm. Administration of intra-arterial nitroglycerin had no effect. It was decided on intra-arterial recombinant human tissue-type plasminogen activator administration (rt-PA, Actilyse, 10 ml of 1 mg/ ml solution). Few minutes afterwards all of the neurological symptoms resolved and full contact with the patient was restored. Control angiography revealed a complete restoration of the flow. The patient was discharged from the hospital with no residual neurologic deficit.

In conclusion, we believe that the use of rt-PA can be considered as a life-saving procedure for acute ICA thrombosis following CAS.

#8

TYTUŁ PRACY: TĘTNIAK RZEKOMY TĘTNICY SZYJNEJ WSPÓLNEJ - ODLEGŁE POWIKŁANIE PO IMPLANTACJI STENTU MESH'OWEGO

Autorzy: Michał Rogozik¹, Sebastian Dobrowolski¹, Włodzimierz Hendiger¹

¹Oddział Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital MSWiA w Łodzi

W prezentacji przedstawiono przypadek 70-letniego chorego pierwotnie leczonego w naszym Ośrodku z powodu bezobjawowego zwężenia lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej 90% z towarzyszącymi obciążeniami dodatkowymi: chorobą niedokrwienną serca leczoną przez PCI, nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą typu 2 i wrodzoną głuchotą całkowitą. W wykonanych badaniach obrazowych (angioTK i USG Doppler) oceniono blaszkę miażdżycową w miejscu zwężenia jako słabo uwapnioną. Ze względu na wymienione obciążenia oraz anatomię zmiany podjęto decyzję o implantacji stentu meshowego do zwężonej tętnicy szyjnej. Zabieg wykonano w styczniu 2019r bez powikłań okołoperacyjnych – implantowano stent samorozprężalny RoadSaver 8x30mm z zastosowaniem systemu neuroprotekcji dystalnej. Pacjent pozostawał w obserwacji poradni przyszpitalnej. Na kolejnej wizycie kontrolnej po trzech miesiącach stwierdzono w badaniu USG Doppler cechy tętniaka poniżej implantowanego stentu. W trybie pilnym przeprowadzono diagnostykę angioTK w warunkach szpitalnych stwierdzając tętniaka rzekomego lewej tętnicy szyjnej wspólnej w miejscu ucisku przez rusztowanie proksymalnej części stentu.

Zakwalifikowano ponownie chorego do leczenia wewnątrznaczyniowego. Implantowano do lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej i wspólnej stentgraft obwodowy Viabahn 9x50mm uzyskując skuteczne wyłączenie tętniaka. Chory w trzeciej dobie po zabiegu wypisany do domu w stanie stabilnym z utrzymującym się dobrym efektem zabiegu. Pozostaje w dalszej obserwacji.

#9

TYTUŁ PRACY: HISTORIA DZIWNEGO PRZESZCZEPU SZYJNO-PODOBOJCZYKOWEGO.

Autorzy: Tomasz Jakimowicz¹, Katarzyna Jama¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wewnątrznaczyniowe leczenie patologii łuku aorty za pomocą stent-graftów z odgałęzieniami jest nowoczesną, małoinwazyjną metodą leczenia. Dostępność protez z trzema odgałęzieniami jest jak na razie ograniczona do kilku ośrodków w Polsce. W przypadku stosowania szerzej dostępnego stent-graftu z dwoma odgałęzieniami (dla pnia ramienno-głowego i lewej tętnicy szyjnej) powinno się wykonać połączenie pomiędzy lewą tętnicą szyjną i podobojczykową (transpozycję lub przeszczep) aby po implantacji stent-graftu zachować anatomiczny napływ do lewej tętnicy kręgowej i lewej kończyny górnej.

Przedstawiamy przypadek 49-letniej pacjentki, u której 2 lata po wymianie aorty wstępującej z powodu ostrego rozwarstwienia typu A stwierdzono powiększanie się tętniaka kanału fałszywego w łuku aorty do 60mm. Chorą przygotowywano w innym ośrodku do implantacji stent-graftu z dwoma odgałęzieniami – wykonano wg jej relacji „operację na szyi, po której chirurdzy z innego Ośrodka stracili zainteresowanie Pacjentką”.

W angio-CT stwierdzono wykonaną transpozycję szyjno-podobojczykową po stronie lewej z zespoleniem tętnicy podobojczykowej dystalnie od ujścia tętnicy kręgowej. Ta ostatnia, razem z pniem tarczowo-szyjnym i lewą tętnicą piersiową wewnętrzną odchodziła od szerokiego kikuta początkowego odcinka lewej tętnicy podobojczykowej, zasilanego od strony aorty.

Dlatego implantacja stentgraftu do łuku aorty z odgałęzieniami była u tej chorej dużym wyzwaniem chirurgicznym – zastosowano stent-graft do łuku aorty z trzema odgałęzieniami, z bardzo dobrym efektem morfologicznym i klinicznym.

TYTUŁ PRACY: CAS – CZEGO MOŻEMY SIĘ SPODZIEWAĆ?

Autorzy: Michał Sojka¹, Tomasz Jargiełło¹

*¹Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Zakład Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie*

Pragniemy przedstawić kilka przypadków powikłań, które mogą wystąpić w trakcie zabiegu stentowania czy cewnikowania tętnic szyjnych. Jednym z nich będzie 44-letnia pacjentka hospitalizowana z powodu krwawienia podpajęczynówkowego w Klinice Neurologii. W trakcie diagnostycznej angiografii tętnic mózgowych wykonywanej celem wykluczenia tętniaka/malformacji wewnątrzczaszkowej dochodzi do rozwarstwienia cewnikowanej tętnicy szyjnej wewnętrznej co doprowadza w kolejnych wstrzyknięciach środka cieniującego do utraty drożności światła naczynia, próba natychmiastowego odtworzenia przepływu w naczyniu nieskuteczna. W trakcie dalszej hospitalizacji w wykonanym kontrolnym angio-CT (po tygodniu) uwidoczniło obecny przepływ w tętnicy (wąskie światło przepływu) z rozwarstwieniem oraz tętniakiem. Po 4 miesiącach od jatrogennego rozwarstwienia naczynia wykonano zabieg wyłączenia tętniaka z krążenia implantując stent pokrywany, dodatkowo w trakcie zabiegu uwidoczniło rozwarstwienie tętnicy biodrowej zewnętrznej, które również zostało zaopatrzone. Kolejnym z prezentowanych przypadków będzie 76-letni mężczyzna z niedrożną prawą tętnicą szyjną wewnętrzną, oraz krytycznie zwężoną lewą ICA, zakwalifikowany do stentowania LICA. Zabieg ze względu na morfologię zwężenia wykonywany bez filtra neuroprotekcyjnego, po przeprowadzeniu przewodnika przez zwężenie LICA okazuje się, że jest on poza światłem naczynia, kontrola angiograficzna uwidacznia niewielkie wynaczynienie środka cieniującego z tętnicy, uszkodzenia naczynia leczono wprowadzając i implantując stent pokrywany Viabahn 6x25mm. Końcowa angiografia potwierdza skuteczne poszerzenie światła tętnicy oraz brak wynaczynienia krwi. Pacjent pod stałą kontrolą Poradni Naczyniowej, w kolejnych kontrolnych badaniach USG w okresie 3-letnim prawidłowa drożność stentu.

#11

TYTUŁ PRACY: IZOLOWANA MARTWICA SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ UDA W PRZEBIEGU LECZENIA NIEDROŻNOŚCI TĘTNIC W ODCINKU BIODROWO-UDOWYM.

Autorzy: Ewa Sobieraj¹, Jakub Goławski¹, Marcin Grudziecki², Łukasz Dzieciuchowicz¹

¹Katedra Chirurgii i Chorób Naczyń, Uniwersytet Zielonogórski

²Kliniczny Oddział Chirurgii Naczyniowej, Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze

Zmiany rozwijające się w przebiegu przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych najczęściej dotyczą obwodowych części kończyny. W pracy przedstawiono przypadek 72 letniej chorej, u której wystąpiła martwica skóry i tkanki podskórnej przednio-przyśrodkowej powierzchni uda w przebiegu leczenia chirurgicznego niedrożności tętnic w odcinku biodrowo-udowym. Z powodu nietypowego przebiegu klinicznego rozpoznanie i leczenie było opóźnione co doprowadziło do rozwoju dużego ubytku tkanek miękkich uda i pachwiny. Wieloetapowe, miejscowe leczenie chirurgiczne w połączeniu z wewnątrznacyniowym udrożnieniem nawrotowej niedrożności tętnic w odcinku biodrowo-udowym z zastosowaniem przezskórnej trombektomii rotacyjnej doprowadziło do zagojenia się powstałych zmian.

#12

TYTUŁ PRACY: PĘKNIĘTY, WTÓRNICIE ZAKAŻONY, ROZLEGŁY TĘTNIAK W ODCINKU UDOWO-PODKOLANOWYM PO WYLĄCZAJĄCYM POMOSTOWANIU.

Autorzy: Marcin Trochimczuk¹, Michał Janik², Andrzej Płoński³

¹Oddział Chirurgii Naczyniowej Szpitala Wolskiego w Warszawie

²Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej w Warszawie

³Oddział Chirurgii Naczyniowej Szpitala Wolskiego w Warszawie

Prezentujemy przypadek powiększającego się po pomostowaniu wyłączającym, rozległego tętniaka tętnicy udowej i podkolanowej. Tętniak mimo leczenia przecieku typu II powtarzanymi iniekcjami trombiny oraz wewnątrznacyniową embolizacją spiralami zaopatrujących gałęzi tętnicy głębokiej uda, powiększał się powodując silne objawy uciskowe, a w konsekwencji postępu choroby uległ najpierw wtórnemu zakażeniu, a następnie pęknięciu. Leczenie przy użyciu małoinwazyjnych technik okazało się nieskuteczne. Pacjenta operowano otwierając tętniak i zamykając od wewnątrz worka niewielkie naczynia

powodujące przeciek. Operacja okazała się prosta i skuteczna. Krwawienie z naczyń znikome. Przypadek ten pokazuje, że przy braku jasnych przyczyn wzrostu tętniaków, często nieskutecznych działań prowadzących do zamknięcia przecieków leczenie operacyjne z otwarciem worka tętniaka oraz zamknięciem od wewnątrz naczyń zasilających, wydaje się jedynie możliwym, bezpiecznym i skutecznym postępowaniem.

#13

TYTUŁ PRACY: JAK UŻYWAJĄC BRAILA MOŻNA „NA ŚLEPO” ZAMKNAĆ NACZYNIA DOMÓZGOWE

Autorzy: Arkadiusz Kazimierczak¹, Paweł Rynio¹, Tomasz Jedrzejczak¹, Andrzej Żych¹

¹Aortic Team SPSK² Szczecin. Powstańców Wielkopolskich 72

Prezentujemy dramatyczne i śmiertelne powikłanie po bTEVAR wykonane przy użyciu Stent-graftu CMD firmy Brail, do którego doszło w sierpniu 2021 w Szczecinie. Pokryto całkowicie i nieodwracalnie wszystkie naczynia dogłównowe co mimo obecności proktora nie zostało rozpoznane śródoperacyjnie i doprowadziło do śmierci mózgu i zgonu chorego w 2 dobie. Analiza technicznych aspektów zabiegu pozwoliła na wyodrębnienie wielu przyczyn nieszczęścia w tym najistotniejsze są: brak proksymalnego mocowania stent-graftu, brak umieszczenia markerów tuż pod koszulą systemu wprowadzającego, słaba widoczność markerów, brak systemu redukcji średnicy stent-graftu, zbyt mała siła radialna pierwszych segmentów, brak offsetu przy pakowaniu graftu i ustalenia offsetu kątów implantacji, brak członka zespołu przeszkolonego i wyznaczonego bezpośrednio przez firmę Brail. Wniosek: Jest to graft z etapu pierwszych prób wykonywania PMEG w łuku w Szczecinie (czyli technologia z przed 5 lat). Jest po prostu niebezpieczny i oparty na wadliwej myśli projektowej. Bez sugerowanych poprawek nigdy i nigdzie nie powinien być wszczepiany.

TYTUŁ PRACY: PRZECIEK IC po BEVAR - OPIS PRZYPADKU NIETYPOWEGO ZAOPATRZENIA Z ENDOWASKULARNĄ DYSLOKACJĄ STENTU ŁĄCZĄCEGO DO WORKA TĘTNIAKA.

Autorzy: Mateusz Pytlos¹, Jakub Jaczyński¹, Marta Schwengruben¹, Janusz Kuśmierz¹, Tomasz Ruciński¹

¹Oddział Chirurgii Naczyniowej i Ogólnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu, al. Legionów 10

Po upowszechnieniu techniki FEVAR/BEVAR rozszerzono klasyfikację przecieków o specyficzne dla nich. Przeciek związane z branchami/fenestrami odpowiadają za około 9%, w tym typ IC - pomiędzy stentem łączącym a naczyniem docelowym za około 1%.

Opis przypadku :

Chory 71 letni z tętniakiem piersiowo brzuszny typu II w klasyfikacji Crawforda, średnicy 58 mm. Zakwalifikowany do BEVAR. Operowany planowo w czerwcu 2021: Implantacja stentgraftu Zenith Alpha do aorty piersiowej, Zenith T-Branch do tętniaka aorty piersiowo-brzusznej, stentgraftów obwodowych Fluency do CA, SMA i tętnicy nerkowej prawej. W trakcie zabiegu stent z lewej tętnicy nerkowej wysunął się. Ze względu na destabilizację chorego odstąpiono od prób rekonstrukcji i wykorzystano ją jako wolna odnoga zgodnie z techniką TASP (czasowa perfuzja worka tętniaka). II etap odroczony do grudnia 2021 - diagnostyka kardiologiczna, ograniczenia związane z pandemią. Z dostępu przez lewą tętnicę ramienną próby cewnikowania tętnicy nerkowej przez pozostawiony stent nieskuteczne. Przeprowadzono prowadnik przez odnogę nerkową w worku tętniaka poza stentgraftem do światła tętnicy biodrowej, złapano pętlą przez lewą tętnicę udową. Na prowadniku pomiędzy tętnicą udową a ramienną z pomocą balonu odłączono stent od odnogi i pozostawiono w worku tętniaka. Zacewnikowano tętnicę nerkową lewą i połączono stentgraftami BeGraft. Przebieg pooperacyjny bez powikłań chirurgicznych, wystąpiły niecharakterystyczne objawy neurologiczne: niedowład kończyny górnej prawej oraz dolnej lewej, z ośrodkowym uszkodzeniem n. VII. Przekazany do Oddziału Neurologii w miejscu zamieszkania do dalszej diagnostyki. Wnioski: endowaskularne usunięcie stentu jest możliwą opcją terapeutyczną w przecieku IC i innych przypadkach wymagających połączenia „de novo”.

TYTUŁ PRACY: POWIKŁANIA PO WSZCZEPIENIU STENTGRAFTU Z ODGAŁĘZIENIAMI DO TĘTNIC TRZEWNYCH (BEVAR) Z POWODU PĘKNIĘTEGO TĘTNIAKA PIERSIOWO-BRZUSZNEGO AORTY – OPIS PRZYPADKU

Autorzy: Marcin Merenda¹, Dariusz Janczak¹, Maciej Malinowski¹, Krzysztof Jacyna¹, Wojciech Sekula¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Opis przypadku - pacjentka operowana w trybie pilnym z powodu pękniętego tętniaka piersiowego-brzusznego aorty, wszczepiono stentgraft piersiowy w części zstępującej aorty oraz stentgraft T-branch z odgałęzieniami do tętnic trzewnych. W przebiegu pooperacyjnym reoperowana m.in. z powodu rozwarstwienia aorty piersiowej powyżej wszczepionego stentgraftu do odejścia lewej t.podbojczykowej. Wszczepiono stentgraft piersiowy od odejścia lewej t.szyjnej wspólnej z przykryciem lewej tętnicy podbojczykowej, zaopatrując rozwarstwienie. Po zabiegu cechy paraplegii kończyn dolnych, zastosowano drenaż lędźwiowy uzyskując poprawę z powrotem ruchomości kończyn.

W dalszym przebiegu ponownie operowana z powodu niedrożności lewej odnogi biodrowej stentgraftu w przebiegu zakrzepicy odnogi stentgraftu w miejscu jej kątownego zagięcia. Wykonano trombektomię, uzyskując mierną poprawę ukrwienia operowanej kończyny. W dalszym przebiegu pooperacyjnym krwawienie z okolicy dostępu w pachwienie, mimo zaopatrzenia miejsca krwawienia doszło do pogorszenia stanu ogólnego i zgonu pacjentki.

Wnioski:

PęknięcieTAAA wiąże się z bardzo wysokim ryzykiem zgonu. W przypadku leczenia metodą klasyczną wymagającą torakofrenolaparotomii odsetek ten jest bliski 100%. Znaczną poprawę rokowania przyniosło wprowadzenie technik endowaskularnych. Jednak tętniaki piersiowo-brzuszne występują głównie u pacjentów w wieku podeszłym, z dodatkowymi obciążeniami, z zaawansowanymi zmianami miażdżycowymi w układzie tętniczym, krętymi dostęпами naczyniowymi. Dlatego też mimo powodzenia technicznego zabiegu BEVAR w przypadku RTAA nadal utrzymuje się wysokie ryzyko zgonu z powodu powikłań pooperacyjnych.

Poprawę przynieść może wcześniejsza kwalifikacja do leczenia wewnątrznaczyniowego i leczenie w trybie planowym.

#16

TYTUŁ PRACY: IMPLANTACJA STENT-GRAFTU TRIPLE BRANCH Z POWIKŁANIAMI

Autorzy: Piotr Szopiński¹, Jarosław Iwanowski¹, Jacek Michalak¹, Eliza Pleban¹

¹Klinika Chirurgii naczyniowej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie

Pacjentka 60-letnia z tętniakiem łuku aorty i tętniakiem aorty zstępującej, po zaopatrzeniu tętniaka aorty brzusznej protezą prostą przed 6 laty. Z dostępów szyjnych, lewego pachowego i prawego udowego implantowano do tętniaka łuku aorty stent-graft z trzema odgałęzieniami. Podczas wprowadzania systemu doszło do nagłego zatrzymania krążenia w mechanizmie ostrej niewydolności lewej komory serca spowodowanej niedomykalnością zastawki aortalnej. Podjęto natychmiastową skuteczną resuscytację i kontynuowano operację. Chora została wybudzona, przytomna, z dobrym kontaktem słowno-logicznym, wydolna krążeniowo i oddechowo. W pierwszej dobie stwierdzono niedowład prawej kończyny górnej. W badaniu usg tętnic szyjnych uwidoczniło przepływy przez tętnice szyjne. TK głowy wykazało liczne rozsiane głównie obwodowe korowo-podkorowe zmiany niedokrwienne, bez cech zmian krwotocznych, z przewagą zmian w mózgowiu lewostronnym. Pacjentka była konsultowana przez neurologa. Stwierdzono plegię prawej kończyny górnej oraz zaburzenia schematu ciała (negacja strony prawej), bez cech afazji i dyzartrii. Pacjentka była rehabilitowana w Klinice, gdzie uzyskano częściowe wycofanie się objawów, a następnie została skierowana do oddziału rehabilitacji neurologicznej, gdzie uzyskano znacznego stopnia wycofanie się niedowładu kończyny górnej. Poddano analizie możliwe przyczyny wystąpienia następujących powikłań - nagłego zatrzymania krążenia i udaru niedokrwiennego mózgu.

#17

TYTUŁ PRACY: JATROGENNE USZKODZENIA AORTY PODCZAS OPERACJI KRĘGOSŁUPA LECZONE IMPLANTACJĄ STENTGRAFTU

Autorzy: Piotr Andziak¹, Mirosław Nowicki², Michał Zawadzki², Paulina Kołomańska¹, Radosław Jaworowski¹

¹II Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii CMKP

²Pracownia Neuroradiologii i Radiologii Zabiegowej CSK MSWiA

Prezentowano 2 przypadki jatrogennych uszkodzeń aorty, do jakich doszło podczas operacji kręgosłupa. W obu przypadkach uszkodzenia polegały na

przebicie ściany aorty śrubami umieszczonymi w kręgach piersiowych celem stabilizacji kręgosłupa. Podczas operacji naprawczej jednocześnie wycofano śruby ze światła aorty i implantowano stentgraft zamykający powstały otwór w ścianie tętnicy. Uzyskano dobry wczesny i odległy wynik leczenia.

#18

TYTUŁ PRACY: JAK ZROBIĆ „BRANCHO-KANDY-PLUGA”? CZYLI WSZCZEPIENIE STENT-GRAFTU BRANCHOWANEGO DO ŚWIATŁA RZEKOMEGO TBAD W ODCINKU PIERSIOWO-BRZUSZNYM Z NACZYNIAМИ TRZEWNYMI ODCHODZĄCYMI TYLKO ZE ŚWIATŁA PRAWDZIWEGO U ŚWIADKA JEHOWY.

Autor: Arkadiusz Kazimierczak¹

¹Aortic Team SPSK2. ul. Powstańców Wielkopolskich 72, Szczecin

Chory z degenerującym rozwarstwieniem TABD z tętniakiem >60mm średnicy w odcinku piersiowo-brzusznym zakwalifikowany do BEVAR. Brak zgody na przetoczenie krwi. W celu zmniejszenia ryzyka paraplegii zaplanowano pozostawienie czasowego przecieku do FL (leczenie dwuetapowe). Aortę wyszynowano od strony LSA (TL), wykonano grafię na poziomie naczyń trzewnych potwierdzając położenie przewodnika w TL (bez TEE, jeszcze przed wejściem do lewej t. biodrowej) i „przetapano” się w rozwarstwionej lewej osi biodrowej. Po wszczepieniu TEVAR, BEVAR (Jotec inner-Branch CMD) oraz body rozwidłonego okazało się, że BEVAR jest rozprężony w FL, a naczynia trzewne i nerkowe w ogóle się nie kontrastują (odchodzą tylko od TL). W celu odzyskania poszczególnych naczyń wykorzystano otwory w błonie wewnętrznej po oderwanych tętnicach lędźwiowych (SMA i CT), wejście do TL pomiędzy stent-graftem, a aortą i wsteczną kaniulację FL oraz poszerzenie otworu w błonie wewnętrznej na poziomie t. nerkowych balonem do TAVI (obie nerkowe). Finalnie odzyskano i podłączono wszystkie naczynia. W grafi kontrolnej drożne wszystkie rękawki, bez przecieku do FL. Czas zabiegu 9.30-14.30 (5 godzin), Utrata 400ml, Spadek morfologii z 8.4 na 7.1mmol/l w 4 dobie. Bez deficytów neurologicznych, bez dolegliwości, diureza sprawna. Wypis w 4 dobie. Pacjent był zadowolony, że miał zabieg wykonany w jednym etapie.

Wniosek: W TBAD warto wykonać grafię z pompy na każdym poziomie naczyń trzewnych z koszuli nanizanej na przewodnik centralny, jeszcze przed wprowadzeniem BEVAR, nawet jeśli wcześniej kontrolne grafie z „ręki” sugerują położenie cewnika w świetle prawdziwym.

TYTUŁ PRACY: WYPADNIĘCIE ZAMYKACZA NACZYNIOWEGO ANGIOSEAL – RZADKIE ZAGRAŻAJĄCE ŻYCIU POWIKŁANIE.

Autorzy: Paweł Michalski¹, Jacek Wojciechowski¹

¹Klinika Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej Uniwersytecki Centrum Kliniczne w Gdańsku

Wstęp: AngioSeal jest uznanym bezpiecznym zamykaczem naczyniowym. Jak pokazują badania odsetek powikłań przy jego zastosowaniu waha się od 1,3 do 3,4% i jest mniejsza niż przy zastosowaniu ucisku manualnego. W niewielkim odsetku może prowadzić do ciężkich powikłań krwotocznych które występują po 24h od procedury.

Opis przypadku: Prezentujemy opis przypadku chorego 72 letniego operowanego w trybie dyżurowym z powodu krwawienia z arteriopunkcji po 13 dniach od zabiegu embolizacji guza nerki lewej. Arteriopunkcję pierwotnie zamknięto systemem AngioSeal. Chory w 13 dobie od zabiegu poczuł ułtucie w pachwinie prawej po którym doszło do powstania krwiaka 130x53x120mm chory zgłosił się do oddziału ratunkowego został zakwalifikowany do zabiegu w trybie pilnym. Miejsce arteriopunkcji zszyto. Chory zmarł w 10 dobie od zabiegu w następstwie ciężkiego wstrząsu.

Dyskusja: AngioSeal jest szeroko stosowanym systemem służącym zamknięciu arteriopunkcji preferowanym min ze względu na prostotę zastosowania. Literatura opisuje dodatkowe przypadki w których powinniśmy zachować szczególną ostrożność przy stosowaniu systemu AngioSeal jak np. płytko położona tętnica udowa. Prezentowany przypadek pokazuje jak ważna staranność techniczna przy implantacji oraz systemu oraz wiedza co do przeciwwskazań do jego użycia np. Implantacja w miejscu bifurkacji tętnicy udowej oraz przy nakłuciu proksymalnie do więzadła pachwinowego. Kolejną ważną informacją są zalecenia dla chorego np. Zakaz prowadzenia samochodu w ciągu 2 dni od procedury, czy zakaz dźwigania powyżej 10 kg przez 72 h od procedury i najważniejsze objawy przy wystąpieniu których chory powinien niezwłocznie zgłosić się do oddziału ratunkowego jak np nagły ból i obrzęk w okolicy arteriopunkcji.

TYTUŁ PRACY: LECZENIE NIEDROŹNOŚCI TĘTNICY BIODROWEJ ZEWNĘTRZNEJ PO OPERACJI PLASTYCZNEJ PRZEPUKLINY

Autorzy: Konstanty Łoński¹, Wiktoria Petruszenko¹, Oleh Skupyj¹, Dmytro Grebeniuk¹

¹Winnicki Narodowy Medyczny Uniwersytet im. Pirogowa

Chory A. 31 lat trafił na oddział Kliniki Sercowo-Naczyniowej z dolegliwościami na ból podczas chodzenia 20 m ta drętwienie prawej nogi. Pacjent był operowany w styczniu 2021 - plastyka przepukliny pachwinowej po Lichtensztein po prawej stronie. Badanie chorego nie wykazało tętna w t.udowej wspólnej. Wykonano CT, USG - brak przepływu krwi w t.biodrowej zewnętrznej. Pacjent został przewieziony do hybrydowej sali operacyjnej w celu wykonania trombektomii, a następnie angioplastyki balonowej lub stentowania odcinka biodrowego. Wykonano dostęp do t.udowej wspólnej po prawej stronie, wykonano arteriotomię podłużną. W świetle tętnicy znaleziono guzy zakrzepowe, które były białe, zbyt gęste, ale dobrze oddzielone od błony wewnętrznej naczynia. Podjęto próbę wprowadzenia cewnika Fogarty 3F do odcinka biodrowego, który zdołał przejść przez obszar z zakrzepicą. Nie powiodła się trombektomia. W miejscu arteriotomii złuszczone skrzeplinę z błony wewnętrznej, co było bardzo łatwe. Pierścień Volmera jest wprowadzany między skrzeplinę a wewnętrzną wyściółkę naczynia w celu złuszczenia skrzepliny i jak największego jej usunięcia. Pierścień bez problemu wszedł w segment biodrowy około 10 cm, potem pojawiła się przeszkoda. Skrzep nie udało się usunąć. Rewizja naczynia cewnikiem Fogarty 3F - cewnik przeszedł na 25 cm. Uzyskano słaby niepulsujący przepływ krwi. Postanowiono wykonać angioplastykę balonową. W tym momencie ciśnienie krwi pacjenta zaczęło spadać. Bardzo szybko przeprowadzono dostęp zaotrzewnowy po Rob po prawej stronie. Znaleziono defekt t.biodrowej zewnętrznej 5mm. Tętnica ma postać litej blizny, mocno połączonych z żyłą biodrową. Wykonano pomostowanie biodrowo-udowe. Po operacji pulsacja tętnic kończyny jest określana na wszystkich poziomach.

#21

TYTUŁ PRACY: JEDEN CHORY – CAŁA CHIRURGIA NACZYNIOWA. POST SCRIPTUM.

Autorzy: Mirosław Dziekiewicz¹, Małgorzata Pawelczyk¹, Andrzej Obara¹, Andrzej Nykaza¹, Tomasz Orłowski¹, Sławomir Kowalski¹, Jakub Włodarski¹

¹Wojskowy Instytut Medyczny

W niniejszej wystąpieniu przedstawiamy historię chorego leczonego z powodu miażdżycowego niedokrwienia kończyn dolnych. Był on wielokrotnie operowany, i na pewnym etapie leczenia przedstawialiśmy jego aktualną na ów czas sytuację. Obecnie, po wielu latach walki z miażdżycą i licznych interwencjach jego sytuacja uległa radykalnej zmianie.

#22

TYTUŁ PRACY: WEWNĄTRZNACZYNIOWA REWASKULARYZACJA I ZAOPATRZENIE STENTEM KRYTYM TĘTNICY UDOWEJ POWIERZCHOWNEJ PO JATROGENNYM USZKODZENIU.

Autorzy: Piotr Zydlewski¹, Izabela Taranta¹, Piotr Myrcha¹

¹I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Wydział Lekarski Warszawski Uniwersytet Medyczny

W pracy przedstawiono przypadek powikłanego leczenia 63-letniej pacjentki z powodu ostrego niedokrwienia kończyny dolnej lewej. Pierwotnie leczona embolektomią tętnicy udowej. W jej trakcie nie udało się odzyskać drożności tętnicy udowej powierzchownej. Po zabiegu brak poprawy klinicznej, a także cechy aktywnego krwawienia z uszkodzonej tętnicy udowej powierzchownej. Zakwalifikowana do pilnego zabiegu wewnątrznaczyiniowego. W którym wykonano udrożnienie i zaopatrzenie stentem krytym Viabahn tętnicy udowej powierzchownej, uzyskując dobry efekt hemodynamiczny. Techniki wewnątrznaczyiniowe są skutecznym narzędziem także w przypadku leczenia powikłań po operacjach klasycznych.

#23

TYTUŁ PRACY: JATROGENNE USZKODZENIE TĘTNICY I ŻYŁY PODOBOJCZYKOWEJ ZAOPATRZONE HYBRYDOWO.

Autor: Marek Durakiewicz¹

¹Oddział Chirurgii Naczyń – Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu

Abstrakt skrócony:

Podczas przygotowania do planowego zabiegu guza mózgu po wykonaniu CVI poprzez żyłę szyjną wewnętrzną prawą pojawiła się hipotensja i tachykardia spowodowane urazem tętnicy podobojczykowej prawej powikłana krwawieniem tętniczym do jamy opłucnowej. Po chirurgicznym opanowaniu krwotoku ze względu na niedrożność na podłożu rozwarstwienia tętnicy podobojczykowej wykonano rekonstrukcję z użyciem stentu pokrywanego BeGraft uzyskując prawidłowy przepływ, niedrożność żyły podobojczykowej zaopatrzono stentem żylnym Abre. W 3-ciej dobie metodą torakoskopii usunięto rozległy wykrzepiony krwiak jamy opłucnowej powodujący niedodmę z ucisku. Po około 2 miesiącach od urazu usunięto guz mózgu, chory w stanie zadowalającym wypisany do domu. **WNIOSKI:** W przypadku urazu trudno dostępczej chirurgicznie tętnicy podobojczykowej zastosowanie stentów pokrywanych pozwala na skuteczną rekonstrukcję naczynia oraz znacznie ogranicza uraz okołoooperacyjny.

#24

TYTUŁ PRACY: PRZETOKA AORTALNO-DWUNASTNICZA PO BEVAR Z POWODU PRZECIEKU PO EVAS – CO JEŚLI NIE MOŻNA USUNĄĆ W CAŁOŚCI ? OPIS PRZYPADKU

Autorzy: Mateusz Pytlos¹, Magdalena Biernacka¹, Janusz Kuśmierz¹

¹Oddział Chirurgii Naczyniowej i Ogólnej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu, al. Legionów 10

EVAS było obiecującą techniką zaopatrzenia tętniaka we wczesnych doniesieniach, jednak ze względu na dużą ilość przecieków i migracji systemu w odległej obserwacji sprawiło że jest techniką zarzuconą. Zakażenia po tradycyjnym EVAR stanowią 0.5-1%, w odniesieniu do EVAS dostępne są jedynie badania oparte na małych grupach oraz opisach przypadków.

Opis przypadku

80 letni pacjent po EVAS 2017 oraz podwiązaniu RIIA z powodu przecieku. Chory nie realizował zaplanowanych kontroli. Trafia do Oddziału 2020 - w ramach dyżuru z powodu bólów brzucha. W Angio TK przeciek IA oraz progresja tętniaka. Wykonano BEVAR z branchami do CA, SMA oraz RA obustronnie, obwodowo połączono z systemem Nellix, oraz przedłużenie prawej odnogi do tętnicy biodrowej zewnętrznej z pomocą Gore Viabahn z powodu przecieku. Po 3 miesiącach chory przekazany w ramach dyżuru z powodu ropnia w worku tętniaka oraz podejrzenia przetoki aortalno dwunastniczej. Konsylium chirurgiczno-anestezjologiczne orzekło że pacjent nie kwalifikuje się do operacji z usunięciem graftu. Po zabezpieczeniu dostępu przez obie CFA, wykonano laparotomię, skontrolowano i zaszyto odleżynę dwunastnicy. Otwarto worek tętniaka, ewakuowano ropnia oraz, pobrano próbki mikrobiologiczne. Podczas „second look” przepłukano roztworem wankomycyny, rusztowanie stentgraftu obłożono gąbkami z gentamycyną. W posiewach E. faecalis i K. oxytoca wrażliwe na gentamycynę. Ze względu na przekształcenie w szpital COVID przekazany w 8 dobie do szpitala w miejscu zamieszkania. 6 miesięcy po operacji chory w stanie dość dobrym, kontrolowany teleporadami. Wnioski : U pacjentów o wysokim ryzyku okołoperacyjnym, miejscowe usunięcie materiału zakaźnego, bez rekonstrukcji naczyniowej oraz antybiotykoterapia może stanowić opcję terapeutyczną.

#25

TYTUŁ PRACY: JAK Z VIABAHNA ZROBIĆ „PRECELEK” I ZAMKNAĆ OBIE TĘTNICE BIODROWE WEWNĘTRZNE? POWIKŁANIE IMPLANTACJI IBD

Autorzy: Arkadiusz Kazimierczak¹, Paweł Rynio¹, Tomasz Jedrzejczak¹, Andrzej Żych¹

¹Aortic Team SPSK2 Szczecin. Powstańców Wielkopolskich 72

Przypadek chorego zakwalifikowanego do EVAR z IBD po stronie lewej. Wszystkie etapy IBD przebiegły płynnie i typowo bez komplikacji do momentu wprowadzenia Viabahna przez rękawek IBD do t. biodrowej wewnętrznej (Wybrano Viabahna 10x100 bo potrzebny był stent dłuższy niż 80mm). W momencie uwolnienia Viabahna doszło do zadzierzgnięcia się sznurka kewlarowego od kokonu i wyciągnięcia stentu z lądowania w t. biodrowej wewnętrznej do tętniaka t. biodrowej wspólnej. Ponadto „trzymany” przez sznurek kewlarowy Viabahn zwinął się na kształt precelka, a sam sznurek nie dał się usunąć. Przyczyna? Każdy IBD, który na choćby kawałek odstłoniętego rusztowania (free flow) na końcu rękawka, przez który wchodzi stent pomostujący do tętnicy biodrowej wewnętrznej, może spowodować zaczepienie o nie sznurka kewlarowego od Viabahna. Rozwiązując problem wytapetowano

przedłużką biodrową stronę lewą zamykając rękawek na t biodrową wewnętrzną wraz z tętniakiem. To samo trzeba było zrobić po stronie prawej, żeby przycisnąć do ścian niedający się usunąć sznurek. Chory stracił obie t biodrowe wewnętrzne, ale żyje i nie miał na szczęście nasilonych objawów chromania pośladkowego. W kontrolnej CTA bez przecieku. Obecnie bez dolegliwości. Nauczka: jeśli chcemy użyć VIABACHNA do IBD to trzeba go odpalać w koszuli, której koniec będzie wystawał poza rękawek IBD, a kiedy sznurki schowają się w koszuli można powoli ją wycofywać jednocześnie uwalniając stent. Albo lepiej od razu użyć VBX czy inny zestaw stent-graftów na balonie.

Komentarz

Nauczka: jeśli chcemy użyć VIABACHNA do IBD to trzeba go odpalać zabezpieczając sznurek uwalniający co jest trudne i ryzykowne. Lepiej od razu planować użycie stent-graftów na balonie.

#26

TYTUŁ PRACY: NIEPRAWIDŁOWE OSADZENIE STENTU W T. BIODROWEJ WSP. Z POWODU NIEROZPOZNANEGO PRZEWLEKŁEGO ROZWARSTWIENIA KOŃCOWEGO ODCINKA AORTY.

Autorzy: Bartosz Golik¹, Arkadiusz Krzemiński², Łukasz Pałka², Marcin Grudziecki¹, Łukasz Dzieciuchowicz²

¹Kliniczny Oddział Chirurgii Naczyniowej, Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze

²Katedra Chirurgii i Chorób Naczyń, Uniwersytet Zielonogórski

W pracy przedstawiono przypadek nieprawidłowego osadzenia stentu naczyniowego w trakcie leczenia zmian miażdżycowych w t. biodrowej wsp. lewej. W obrazie kontrolnej arteriografii stwierdzono umiejscowienie stentu w końcowym odcinku aorty brzusznej a nie w t. biodrowej wsp. Szczegółowa analiza obrazów arteriograficznych wykazała, że przyczyną nieprawidłowego osadzenia stentu było nierozpoznane, przewlekłe rozwarstwienie końcowego odcinka aorty brzusznej.

#27

TYTUŁ PRACY: PĘKNIĘCIE TĘTNIKA AORTY BRZUSZNEJ PO WSZCZEPIENIU MODULATORA PRZEPŁYWU

Autorzy: Michał Pająk¹, Mirosław Stelągowski¹, Piotr Ławniczak¹, Małgorzata Oleksy¹, Katarzyna Szwalbe¹

¹Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Onkologicznej, WWCOiT im. M. Kopernika w Łodzi

Prezentujemy przypadek 75-letniego pacjenta z licznymi obciążeniami, któremu z powodu okołonerkowego tętniaka aorty brzusznej trzy lata wcześniej wszczepiono modulator przepływu. Ze względu na obserwowany przeciek (na różnych poziomach, w tym najpewniej Ia, Ib, II, IV) i powiększanie worka tętniaka pacjent miał wyznaczony termin przyjęcia w ośrodku pierwotnie operującym. Dzień przed planowanym przyjęciem trafił do Izby Przyjęć naszego ośrodka z powodu pękniętego tętniaka aorty brzusznej. Ze względu na stabilny stan pacjenta, niekorzystną anatomię oraz bardzo wysokie ryzyko powikłań i zgonu zabieg odroczono analizując różne możliwe opcje terapeutyczne (zabieg wewnątrznacyniowy, operacyjny, leczenie zachowawcze). Ostatecznie podjęto decyzję o leczeniu operacyjnym (cięcie poprzeczne, częściowe wycięcie modulatora przepływu, wszycie protezy aortalno-aortalnej). Po operacji pacjent został przeniesiony do oddziału intensywnej terapii. W kontrolnym badaniu angio-TK, wykonanym po czterech tygodniach od zabiegu, nie stwierdzono cech przecieku, ani cech zakażenia protezy naczyniowej. Ze względu na cechy ostrego uszkodzenia nerek stosowano ciągłą terapię nerkozastępczą. Wykonano kolonoskopię wykluczając niedokrwienia jelita grubego. Mimo uzyskania wstępnej stabilizacji funkcji życiowych, w kolejnych dniach pobytu w OIT stan chorego pogarszał się pomimo stosowanego leczenia. Pacjent zmarł w 44 dobie po zabiegu.

#28

TYTUŁ PRACY: PRZECIEK TYPU IA W WYNIKU WGŁOBIENIA STENT-GRAFTU AORTALNEGO - RZADKIE POWIKŁANIE ENDOLASKULARNEGO LECZENIA TĘTNIKA AORTY BRZUSZNEJ.

Autorzy: Paweł Nitkowski¹, Maher Hamoud¹

¹Skaraborgs Sjukhus Skövde

Chcielibyśmy zaprezentować przypadek implantacji stent-graftu aortalno dwubiodrowego powikłanego wgłobieniem stent-graftu, oraz w wyniku tego wystąpieniem przecieku typu IA. Jest to stosunkowo rzadkie powikłanie EVAR. 79-letni mężczyzna z bezobjawowym tętniakiem podnerkowym aorty brzusznej spełniającym kryteria do operacji został zakwalifikowany do operacji endowaskularnej. Wykonano EVAR z użyciem stent-graftu z fiksacją nadnerkową - Medtronic Endurant II. Kontrolna angiografia wykazała przeciek typu IA. Stwierdzono prawidłowe położenie graftu i brak możliwości zastosowania przedłużenia. Odstąpiono również od fiksacji przy użyciu systemu heli-fx. Kontrolne badanie TK po upływie dwóch tygodni od zabiegu pokazało utrzymujący się przeciek typu IA spowodowany wgłobieniem graftu w okolicy szyi tętniaka.

Pacjent został zakwalifikowany do otwartej operacji usunięcia graftu. Zabieg został opóźniony ze względu na postępującą niewydolność serca. Rozważano również zastosowanie technik endowaskularnych.

Wgłobienie stent graftu jest stosunkowo rzadkim powikłaniem i z powodu braku dostatecznych danych zastosowane leczenie jest dobierane indywidualnie w zależności od stanu ogólnego pacjenta, posiadanych w danym ośrodku możliwości i doświadczenia.

W naszej prezentacji chcemy omówić proces kwalifikacji chorego do implantacji stent-graftu, przyczyny wystąpienia wgłobienia, oraz możliwe metody leczenia.

#29

TYTUŁ PRACY: MIGRACJA STENT-GRAFTU AORTALNO-AORTALNEGO Z ZAMKNIĘCIEM TĘNIC NERKOWYCH

Autor: Wojciech Kozłowski¹

¹Rzeszowskie Centrum Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej PAKS IX

Chory 62 letni z TAB śr. ok. 6 cm hospitalizowany w październiku 2012 r. w ośrodku klinicznym. Wówczas zdyskwalifikowany z leczenia operacyjnego TAB z powodu przebytego świeżo w lipcu 2012 r. zawału m. sercowego i z powodu przewlekłej choroby nerek.

W sierpniu 2013 r. wykonano angio-TK, w którym stwierdzono wrzecionowaty TAB śr. 59 mm oraz nerkę prawą położoną nad prawym talerzem biodrowym zaopatrywaną przez 2 wąskie tt. nerkowe odchodzące od początkowego odcinka t. biodrowej wspólnej prawej. Nerka lewa w miejscu typowym unaczyniona przez jedną t. nerkową.

W dniu 23.08.2013 r. w RCCNiE PAKS IX w Rzeszowie implanowano stent-graft aortalno-aortalny – prosty Endurant II (3 elementy śr. 28 mm) pod lewą tętnicą nerkową z zachowanym napływem do dwóch tętnic nerkowych prawych. W okresie okołoperacyjnym bez powikłań.

Pacjent zgłaszał do kontroli w Poradni Chirurgii Naczyniowej do 2019 r., S-G z prawidłowym przepływem, bez przecieku, z regresją śr. worka TAB do 40 mm.

W 2020 r. pacjent chorował z powodu zakażenia COVID-19, nie zgłaszał się na kontrole.

Zgłosił się do kontroli w sierpniu 2021 r., od kilku miesięcy dializowany. W USG rozpoznano przeciek typ I B i progresję śr. worka TAB do ponad 50 mm.

W dniu 17.08.2021 r. wykonano angio-TK. Stwierdzono migrację S-G z zamknięciem t. nerkowej lewej oraz niedrożność obu tętnic nerkowych prawych, atrofię obu nerek, masywny przeciek typu I B i progresję śr. worka TAB do 57 mm.

W dniu 02.09.2021 r. implantowano S-G aortalno-dwubiodrowy Endurant II (body śr. 28 mm) ze skutecznym wyłączeniem przecieku.

#30

TYTUŁ PRACY: KIEDY MAŁY SZCZEGÓŁ DECYDUJE ZMIENIA WSZYSTKO

Autor: Artur Milnerowicz¹

¹4 Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu

Chory lat 64 z tętniakiem 56 mm górnego zespolenia po wcześniej wszytej protezie naczyniowej został zakwalifikowany do BEVAR. W czasie pozycjonowania graftu nie zauważono włączenia pojedynczego powiększenia obrazu. W konsekwencji doszło do zamknięcia wszystkich naczyń trzewnych przez protezę. Aby wyjść z tej opresji wykonano szereg trików w celu uzyskania przepływu w zakrytych tętnicach. Ostatecznie zabieg skończył się sukcesem ale wydłużyło to czas zabiegu niemal o 45 minut. Tematem prezentacji będą pomysły które pozwoliły zrepozycjonować graft.

TYTUŁ PRACY: OBJAWOWA NIEDROŻNOŚĆ TĘTNICY KREZKOWEJ GÓRNEJ PO IMPLANTACJI STENTU MFM, LECZONA WSTECZNĄ IMPLANTACJĄ STENTU KRYTEGO METODĄ KOMINOWĄ.

Autorzy: Tadeusz Dorobisz¹, Wojciech Sekula¹, Marcin Merenda¹, Tomasz Dawiskiba¹, Dariusz Janczak¹

¹Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej, USK, Wrocław

76 letnia pacjentka po zaopatrzeniu piersiowo-brzusznego tętniaka aorty stentem MFM w 2018. 9 miesięcy po implantacji MFM u pacjentka diagnozowana z powodu poposiłkowych bólów brzucha i utraty 10 kg masy ciała. W badaniu angioTK, stwierdzono niedrożność początkowego odcinka tętnicy krezkowej na długości około 5 cm oraz pnia trzewnego. Dalszy odcinek SMA odtwarzał się z krążenia obocznego. Z uwagi na ryzyko pooperacyjnych zrostów jelitowych, stan niedożywienia pacjentki zdecydowano wykonać zabieg hybrydowy – endarterektomię proksymalnego odcinka SMA z implantacją stentu krytego metodą kominową. W sposób typowy odstłonięto pień tętnicy krezkowej górnej, następnie wykonano jej endarterektomię oraz wprowadzono koszulkę naczyniową. Następnie wykonano wsteczną implantację stentu Gore ViaBahn 6 mm x 100 mm metodą kominową, uzyskując powrót tętna w proksymalnym odcinku SMA. Następnie wykonano rekonstrukcję tętnicy przy użyciu łaty naczyniowej. Okres pooperacyjny powikłany infekcją rany. W trakcie hospitalizacji stosowano leczenie żywieniowe pozajelitowe oraz dojelitowe. Po zabiegu uzyskano ustąpienie dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. W 14 dobie wypisano pacjentkę w stanie dobrym na podwójnej terapii przeciwplatek. W kontrolnym angioTK po 3 miesiącach stwierdzono drożność implantowanego stentu z widocznym zwężeniem światła przepływu do 2 mm. Pacjentka bez dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, zwiększyła masę ciała o 4 kilogramy. Z uwagi na zwężenie stentu zdecydowano o próbie jego endowaskularnego poszerzenia. Z dostępu przez lewą tętnicę ramienną w miejsce zwężenia implantowano stent Bentley Be Graft 70x6 mm, uzyskując poszerzenie światła przepływu. Po zabiegu pacjentkę wypisano do domu w stanie dobrym, bez dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego.

#32

TYTUŁ PRACY: OPERACJA Z POWODU PRZECIEKU TYPU V

Autorzy: Piotr Szopiński¹, Eliza Pleban¹, Marcin Sitarz¹

¹Klinika Chirurgii Naczyniowej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie

Chory 75-letni po implantacji stent-graftu uniiliac do tętniaka aorty brzusznej przed 9 laty. W kolejnych badaniach kontrolnych obserwowano powiększanie się worka tętniaka bez potwierdzonego przecieku. W ciągu ostatnich kilku miesięcy średnica worka powiększyła się o 2 cm osiągając 11cm. Bez radiologicznych i biochemicznych cech infekcji protezy. Pacjent zakwalifikowany do laparotomii z rewizją worka tętniaka. W czasie operacji stwierdzono punktowe uszkodzenie poszycia stentgraftu. Miejsce nieszczelności obszyto materiałem z protezy prostej dzianej. Wolną przestrzeń worka tętniaka wypełniono uszypułowanym płatem sieci większej. Pobrano materiał na posiew z materiału wypełniającego worek tętniaka. W okresie pooperacyjnym wystąpiła ostra niewydolność nerek. Chory wymagał czasowego leczenia nekozastępczego. W posiewie z worka enterokoki oporne na podstawowe antybiotyki. Według antybiogramu włączono Linezolid. Stan chorego uległ poprawie. Powróciła funkcja nerek. Uzyskano prawidłowy poziom diurezy i parametrów nerkowych. Chory pozostaje w obserwacji.

#33

TYTUŁ PRACY: NAWRACAJĄCA PRZETOKA AORTALNA.

Autorzy: Łukasz Romanowski¹, Tomasz Jakimowicz¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Warszawski Uniwersytet Medyczny

Przetoka aortalno-jelitowa po chirurgicznym leczeniu tętniaka aorty brzusznej stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań diagnostycznych i terapeutycznych w chirurgii naczyniowej. Przedstawiamy przypadek 70-letniego pacjenta leczonego w Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej CSK UCK WUM od marca 2020r. Pacjent był operowany metodą klasyczną z powodu TAB w 2014, a w 2020 wykonano wewnątrznaczyniową operację tętniaka zespoleniowego między aortą a protezą naczyniową za pomocą stentgraftu z odnogami do tętnic trzewnych (Jotec E-nside). W okresie pozabiegowym utrzymywały się podwyższone parametry zapalne, a w kontrolnej tomografii

komputerowej widoczne było zatarcie ściany worka tętniaka w sąsiedztwie dwunastnicy. Ze względu na brak pewnych cech przetoki aortalnej, podjęto próbę leczenia zachowawczego. Następnie wykonano operację, podczas której zamknięto przetokę dwunastniczą, zdrenowano worek tętniaka i ropień w lewym mięśniu biodrowo-udowym oraz obłożono stentgraft siecią większą. Po okresie rekonwalescencji pacjenta wypisano do domu. Dziewięć miesięcy po operacji pacjent został przyjęty do Kliniki z powodu przetoki ropnej w lewym dole biodrowym. Wykonano przezskórny drenaż ropnia okołoaortalnego, a następnie operację, podczas której zaopatrzone kolejną przetokę między workiem tętniaka a jelitem cienkim i zdrenowano okolice stentgraftu oraz stosowano drenaż płuczący. Pacjent został wypisany ze szpitala. W lutym 2022 ponowna hospitalizacja z powodu podejrzenia przetoki aortalno-oskrzelowej i infekcji SARS-CoV-2...

#34

TYTUŁ PRACY: JATROGENNE ROZWARSTWIENIE OKOLICY PODZIAŁU AORTY BRZUSZNEJ ZAOPATRZONE TECHNIKĄ CERAB.

Autorzy: Marek Durakiewicz¹, Maciej Jedliński¹

¹Oddział Chirurgii Naczyń - Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu

Przedstawiono przypadek chorego operowanego pierwotnie w 2019 roku z powodu krytycznego niedokrwienia kończyny dolnej prawej w przebiegu Zespołu Lerichea. Z powodu obciążeń kardiologicznych wykonano wtedy udrożnienie obu linii biodrowych i aorty brzusznej chcąc uniknąć wszczepienia protezy Y-Graft aortalno-dwuudowej. W roku 2021 z powodu nawrotu dolegliwości i po rozpoznaniu ponownie niedrożności t. biodrowej prawej na podłożu jatrogennego rozwarstwienia aorty podnerkowej i t. biodrowej lewej wykonano reoperację. Zastosowano technikę CERAB rozszerzoną o implantację dodatkowego stentu aortalnego. Zastosowana w tym przypadku stentów pokrywanych, w oparciu o dane wynikające z piśmiennictwa, umożliwiła anatomiczną rekonstrukcję podziału aorty i przywrócenie przepływu poprzez kanał prawdziwy do obu kończyn dolnych. Osiągnięcie sukcesu każdorazowo wymaga indywidualnego planowania zabiegu, elastyczności w czasie jego trwania oraz dużych umiejętności z zakresu chirurgii klasycznej i endowaskularnej. Technika CERAB znacząco zmniejsza też uraz okołooperacyjny.

#35

TYTUŁ PRACY: WEWNĄTRZNACZYNIOWE LECZENIE PRZETOKI AORTALNO-CAVALNEJ PO WSZCZEPIENIU STENTGRAFTU W MIEJSCE OBJAWOWEGO TĘTNIAKA AORTY BRZUSZNEJ.

Autorzy: Wojciech Sekula¹, Marcin Merenda¹, Dariusz Janczak¹

¹Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Opis przypadku dotyczy 84 letniego mężczyzny obciążonego licznymi schorzeniami internistyczno-kardiologicznymi i czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, który przebył w 2012 roku zabieg wszczepienia stentgraft'u w miejsce tętniaka aorty brzusznej w odcinku podnerkowym. Po 8 latach od zabiegu progresja choroby spowodowała liczne przecieki typu 1A+B, 2 i 3. Chory przyjęty w trybie ostrodyżurowym z objawowym tętniakiem aorty brzusznej. Wykonano zabieg ReEVAR - wszczepiono kolejny stentgraft w miejsce poprzedniego i stwierdzanych w nim zmian, uzyskując stabilizację stanu pacjenta. W kontrolnym badaniu angiotomografii po 1 miesiącu stwierdzono przeciek pomiędzy tętnicą krezkową dolną a żyłą główną dolną - pęknięcie tętniaka. Chorego zakwalifikowano do kolejnego zabiegu, wewnątrznaczyiniowej embolizacji tętnicy krezkowej dolnej z dostępu przez tętnicę krezkową górną, co wykonano, uzyskując ustąpienie dolegliwości pacjenta. W kontrolnym badaniu angiotomografii wykazano ustąpienie przecieku.

#36

TYTUŁ PRACY: NIEPOWODZENIE EMBOLIZACJI PRZECIEKU TYPU IIB MONITOROWANE W OBRAZACH MR

Autor: Radosław Pietura¹

¹Zakład Elektoradiologii (Department of Radiography), Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Zakład Radiologii Zabiegowej i Diagnostyki Obrazowej, SPSK1 w Lublinie

Chora lat 76 z powodu AAA o największym przekroju 56mm i polu powierzchni 17,9cm² poddana została zabiegowi implantacji stentgraftu Excluder w 2014 roku. Okresowa kontrola prowadzona w dwóch ośrodkach była niekonsekwentna i w 2022 chora w wieku 82 lat zgłosiła się do badania KT z AAA o największym przekroju poprzecznym 14,5 cm i polu powierzchni 101,7cm². Niestety

nieoptymalnie wykonane badanie KT z dożylnym podaniem środka kontrastowego nie wyjaśniło przyczyny przecieku.

Z powodu obciążenia licznymi chorobami towarzyszącymi wykluczającymi zabieg operacyjny zdecydowano o nie powtarzaniu CT z podaniem środka kontrastowego następową embolizacją a bezpośrednio skierowano chorą do angiografii diagnostycznej z próbą embolizacji. Zabieg embolizacji wykonano 24.01.2022 nie ujawniając przecieku typu I a obrazując przeciek typu IIB. Uwidoczniono gałęzie tętnicy biodrowej wewnętrznej obustronnie łączące się w okolicach aorty i uchodzące wspólnym pniem do worka aorty. Niestety z powodu krętości naczyń prowadzących do przecieku nie udało się wprowadzić mikrocewnika 2,4Fr do worka tętniaka. Podjęto próbę podania roztworu 16% kleju cjanoakrylowego i lipiodolu. Podany klej do prawej gałęzi zaopatrującej przeciek spolimeryzował zamykając prawy dopływ i wspólny pień jak również dotarł i wypełnił częściowo worek tętniaka. Zdając sobie sprawę z nieoptymalnego rozwiązania (brak zacewnikowania przecieku) oraz ogromnego rozmiaru zmiany grożącej pęknięciem podjęto decyzję o skróceniu czasu kontroli obrazowej. Z powodu zaburzeń poziomu hormonów tarczycy skierowano chorą do pracowni MR. Wykonane sekwencje bezkontrastowe uwiaryściły skrzeplinę wypełniającą większość worka tętniaka oraz niewielki obszar płynnej krwi, która zawierała cząsteczki kleju. Po dożylnym podaniu paramagnetyku opisywany obszar uległ częściowemu wzmocnieniu sygnału. Po 14 dniach powtórzono badanie MR z podaniem środka paramagnetycznego.

SPONSOR GŁÓWNY:



SPONSOR WSPIERAJĄCY:



SPONSOR:



PATRONAT :



CENTRUM MEDYCZNE
KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO

Dyrektor

prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert

PATRONAT :



SZPITAL MSWiA
w ŁODZI

Dyrektor

dr n. med. Robert Starzec

ORGANIZATOR LOGISTYCZNY:



„CONVENTION + SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ” WARSAW SP. K.
AL. WILANOWSKA 287 LOK. 9,
02-730 WARSZAWA
NIP: 5213484786