

M. Hora, L. Jarolím

Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha
Přednosta: prof. MUDr. J. Dvořáček, DrSc.

ANEURYZMA BŘIŠNÍ AORTY IMITUJÍCÍ PRAVOSTRANNOU RENÁLNÍ KOLIKU

KLÍČOVÁ SLOVA:

Aneuryzma břišní aorty
Kolika renální

SOUHRN:

Aneuryzma abdominální aorty (AAA) je závažné onemocnění se zvyšujícím se výskytem a stále vysokou mortalitou. Diagnostikováno je v dnešní době většinou incidentálně jako asymptomatické, pouze asi ve 25 % případů jako symptomatické. Symptomatické AAA se většinou projevuje bolestmi břicha a zad a u některých pacientů může imitovat renální koliku. Autoři prezentují případ 56letého muže s ICHS, po IM, bývalého kuřáka. Nemocný byl doporučen lékařem první linie na urologické pracoviště pro renální koliku. Teprve akutní sonografické vyšetření prokázalo pravou příčinu obtíží - AAA. Pacient byl okamžitě převezen na chirurgické pracoviště a zde urgentně operován pro rupturu AAA. V článku se autoři snaží upozornit na jednu z možných, i když velmi zřídka příčin bolestí břicha imitujících renální koliku. Autoři vyzdvihují úlohu sonografie včasné diagnostice AAA imitujícího renální koliku a doporučují sonografii provést u renální koliky dle možností akutně ihned po vyšetření anamnestickém a fyzikálním.

KEY WORDS:

Aneurysm of the abdominal aorta
Renal colic

SUMMARY:

ANEURYSM OF THE ABDOMINAL AORTA IMITATING THE NEPHRALGIA
OF THE RIGHT KIDNEY

The aneurysm of the abdominal aorta (AAA) is a severe disease the occurrence of which is increasing and continues to have a high mortality. Currently, AAA has been incidentally diagnostified as asymptomatic in most cases, only 25% cases are symptomatic. Symptomatic AAA is usually manifested by a stomachache and a backache. In some patients the renal colic can be imitated. In this article, the case of a 56-year-old man, a former smoker, with ICHS after IM is presented. The patient was referred by his general practitioner to the urology clinic to be treated for renal colic. Only the acute sonography identified the proper cause of the problem - AAA. The patient was immediately transferred to the surgery department and was urgently operated on for AAA rupture. In this article, the attention is drawn to one possible, though rare, causes of stomachaches imitating a renal colic. The role of sonography in the early diagnostics of AAA imitating a renal colic is emphasized. Sonography is recommended for the renal colic to be performed, if possible acutely, immediately after the assessment and physical examination.

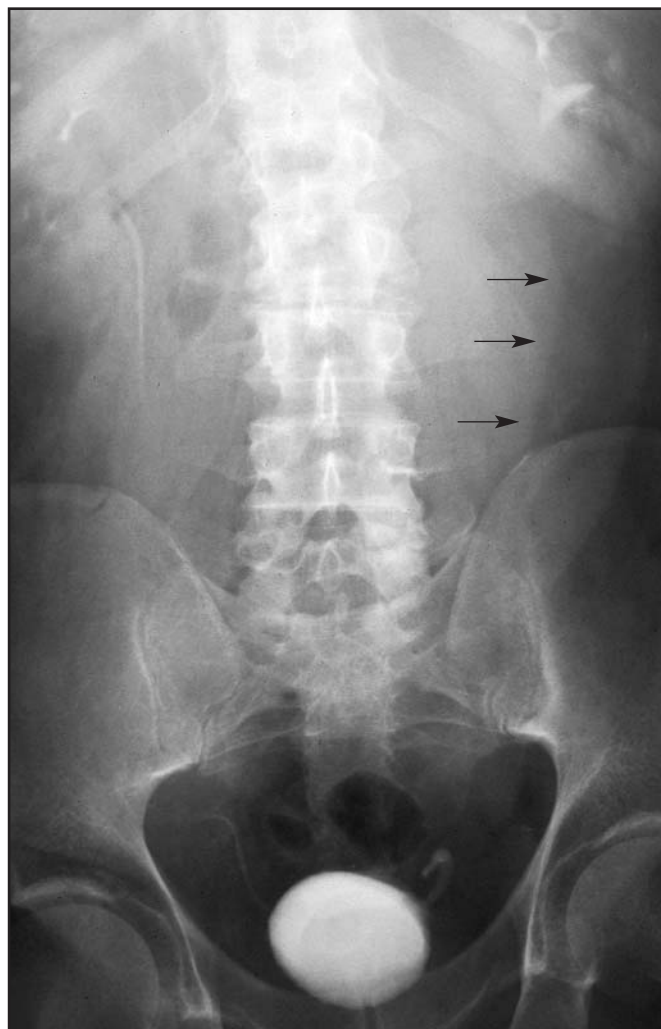
ÚVOD:

Aneuryzma abdominální aorty (AAA, plurál AAAs) je závažné onemocnění periferního tepenného systému. Roste počet postižených a počty komplikací stejně jako mortalita jsou stále vysoké i přes pokroky v diagnostice i léčbě (3).

AAA patří samozřejmě do rukou cévních chirurgů, avšak urolog se s ním setkává z několika důvodů. Symptomatické AAA musí urolog znát v rámci diferenciální diagnostiky koliky renální. AAA může vést k sekundárnímu megaureteru přímým útlakem močovodu aneuryzmatickým přecházejícím na ilické tepny či vznikem sekundární retroperitoneální fibrózy etiologie buď pooperační či zánětlivé (tzv. zánětlivé AAA nejasné etiologie tvořící kolem 5 % (1 - 10 %) všech AAA). Urolog též může řešit poranění ureteru vzniklé v souvislosti s operací aneuryzmatu. AAA může být diagnostikováno náhodně jako vedlejší nález dle nefrogramu, intravenózní urografie, ultrasonografie či CT při vyšetřování pro urologické choroby (2, 3).

KAZUISTIKA:

10. 12. 1998 ve 4.35 byl na ambulanci urologické kliniky 1. LF UK a VFN Praha přivezen 55letý muž s patnáctihodinovou anamnézou trvalých, postupně se stupňujících bolestí vpravo od pupku, propagujících se do pravé bederní krajiny. Pacient měl nauzeu bez emeze, močení a stolice bez obtíží. Byl obézní, s ICHS, 14 let po IM, bývalý kuřák. Před půlnocí byl ošetřen LSPP jako renální kolika vpravo, podána 1 ampule NoSpa® i.m. s následnou dočasnou úlevou a doporučeno při přetrvávání obtíží urologické vyšetření. U nás při klinickém vyšetření byl afebrilní, tep 90/min, krevní tlak kolísavý 150 - 100/80 - 60, břicho výrazně obézní, zcela měkké, prohmátané, nebolestivé, bez jednoznačné rezistence, tapottement oboustranně negativní. Moč hexaphanem negativní. Na nefrogramu podezření na rtg polokontrastní juxtavezikální ureterolitiázu vpravo velikosti 5 x 2 mm. Provedena sonografie břicha, při níž na ledvinách oboustranně normální nález, jako vedlejší nález AAA začínající pod odstupem renálních arterií a přecházející na obě společné ilické tepny. Průměr aneuryzmatu v největším rozměru byl 78 mm s nástěnným cirkulárním trombem, takže vlastní lumen AAA bylo 38 mm. Telefonicky konzultován cévní chirurg, který doporučil definitivně vyloučit vedle AAA koincidenci urologické příčiny bolesti. Proto provedena statimově vylučovací urografie, která prokázala stín AAA a deviaci ureterů v oblasti přechodu přes aneuryzmaticky změněné ilické tepny, bez nálezu urolitiázy (obr.). Pacient byl převezen RZP na kliniku kardiovaskulární chirurgie, kde byla provedena urgentní operační revize. Při úvodu do anestezie došlo k hypotenzi a po laparotomii bylo nalezeno v dutině břišní malé množství krve a rozsáhlý hematoma retroperitonea. Vlastní infrarenální aneuryzma mělo rozměry 18x15x15 cm a pokračovalo až na zevní ilické tepny. Vzhledem k závažnému stavu pacienta byla provedena resekce a substituce jen aortální části AAA. V den operace se objevila ischemie levé dolní končetiny, proto byl proveden femoro-femorální cross-over zprava doleva bypassem, následná ischemie pravé dolní končetiny pro trombotický uzávěr řešena perkutánně angiograficky aspirační trombektomií s angioplastikou stenózy pravé povrchové stehenní tepny. Další pooperační průběh již byl bez komplikací, pacient byl propuštěn 10. pooperační den v dobrém stavu do domácího ošetřování, je nadále sledován, bez subjektivních obtíží. Operační řešení aneuryzmaticky změněných ilických tepen je plánováno na další dobu.



Obr.: Snímek vylučovací urografie, 25 minut po podání kontrastní látky. Na snímku je vidět v levé polovině břicha stín aneuryzmatu břišní aorty táhnoucí se konvexně od dolního pólu levé ledviny do poloviny levého SI kloubu, dále je dobře patrná deviace juxtavezikálních částí obou ureterů.

DISKUSE:

AAA je definováno v klinické praxi jako rozšíření subrenálního úseku aorty nad 3 cm (4).

AAA se vyskytuje u mužů 4 - 5 x častěji než u žen, u mužů nad 60 let je prevalence 2 - 6 %. Roční incidence u mužů ve věku 65 - 74 let je 0,15 % (150 na 100000), přičemž statistiky nezahrnují zemřelé nepitvané, takže skutečná čísla jsou ještě vyšší. Incidence AAA v posledních letech nadále stoupá. U mužů nad 55 let zaujímá AAA desáté místo v příčinách smrti. AAA u mužů tvoří 4,2 % náhlých úmrtí, u žen 1,2 %. Predilekčním místem vzniku AAA je subrenální část aorty, kde se průměr aorty zmenšuje a snižuje se zastoupení elastických lamel ve stěně cévní, zhoršuje se zde prokrvení (nižší počet vasa vasorum). U 95 % pacientů s AAA je příčinou ateroskleróza, ke které se však přidává řada dalších faktorů (faktory genetické, degenerace kolagenu a elastinu ve stěně aorty, deficit Cu a Mg apod.). Častější je AAA u hypertoniků, diabetiků, kuřáků a u pacientů s aterosklerotickými změnami jiných etáží tepenného řečiště. Vzácně nacházíme již zmiňované zánětlivé AAA, ev.

mykotické AAA či AAA při degenerativních chorobách pojiva (př. Marfanův syndrom). AAA dělíme na malá - do 5 cm, kde je roční riziko ruptury 4 - 6 %, a velká - nad 5 cm, kde je riziko ruptury do tří let 43 - 63 %. U AAA nad 7 cm je roční riziko ruptury kolem 20 % a nad 10 cm více než 60 % (1, 3, 4).

AAAs jsou v 70 - 75 % asymptomatická, zbylá symptomatická. Potíže vznikají tlakem na sousední orgány. Symptomatická AAAs se projevují hlavně bolestmi v bederní krajině z tlaku a nezdíka i z uzurace bederních obratlů. Bolesti v bederní krajině jsou již příznakem hrozící ruptury AAA, takže mylná záměna s renální kolikou jako v případě našeho pacienta může být pro život pacienta chybou s fatálními následky. Tlak na duodenum může působit zažívací obtíže (nauzea, zvracení). Obtíže mohou být neurčité. Při velkém AAA přesahujícím na pánevní tepny může dojít ke kompresi močovodu, častěji ale komprese močovodu vzniká při tzv. zánětlivých AAAs zmiňovaných již v úvodu, jejichž okolí je postiženo zánětlivou infiltrací. Vzácně vzniká embolizace periferních tepen. Až u 40 % nemocných je prvním příznakem ruptura AAA, častěji do retroperitoneálního prostoru, méně do dutiny peritoneální, kdy je mortalita mnohem horší, vzácně do dolní duté žíly či zažívacího traktu. Ruptura se manifestuje především prudkou bolestí v břiše nebo zádech s propagací do třísel, takže lze zaměnit za renální koliku, je však hmatná pulzující rezistence v břiše a rychle se rozvíjí hemoragický šok. Vzácná je "chronická ruptura AAA", kdy se jedná o malou rupturu krytou retroperitoneem. Je rovněž charakterizována náhle vzniklou bolestí v zádech, která však přetrvává, může ale zůstat i bez další významnější symptomatologie. Mortalita symptomatického AAA je vysoká zejména u ruptury - 80 %, přičemž 50 % umírá ještě před transportem do nemocnice (3, 4).

Chirurgickou léčbou se zabývají jen velká chirurgická pracoviště a např. ve FN Plzeň bylo v osmdesátých letech operováno ročně 8 pacientů s AAA (polovina urgentně) (6), v devadesátých letech již skoro 30 ročně (55 % z nich bylo symptomatických) (4). Jen ještě malá část symptomatických pacientů přichází omylem do ordinace urologa - dle literatury je symptomatické AAA za-měněné s renální kolikou v méně než 5 % (5). Registr cévních operací ČR za rok 1998 eviduje celkem 382 operací pro AAA, z toho 106 operováno akutně (z nich u 43 došlo do 30 dnů od výkonu k úmrtí) a 276 plánovaně (12 zemřelých v 30denním pooperačním období). Z uvedených čísel lze odhadnout, že se na urologická pracoviště v ČR dostane za rok 5 pacientů s AAA imitujícím renální koliku. Setkání urologa s AAA imitujícím renální koliku a lékaři první linie mylně diagnostikovaným bude velmi řídké a možnost dalšího oddálení správné diagnózy může být vysoká.

V diagnostice AAA se užívá anamnestické a fyzikální vyšetření, která u ruptury AAA postačují k indikaci chirurgické intervence. Před plánovanými zákroky lze rozsah AAA přesně určit pomocí ultrasonografie, CT či nukleární magnetické rezonance (3).

Léčba AAA je chirurgická - resekce - ev. nověji též léčba endovaskulární. Jednoznačnou indikací k léčbě je ruptura AAA (výkon urgentní z vitální indikace), symptomatické AAA (výkon akutní), asymptomatické AAA s průměrem nad 5 cm a s průměrem pod 5 cm, ale zvětšením za 6 měsíců o více než 0,5 cm (výkon plánovaný). Symptomatická a krvácející AAA mají být operována bez časové prodlevy způsobené zbytečným vyšetřováním (pomocí sonografie, CT či jiných metod). Z tohoto pohledu lze považovat provedení vylučovací urografie u našeho pacienta za nadbytečné. Časná (30denní) mortalita chirurgické léčby je u programových operací pod 5 %, u ruptur 30 - 70 %. Pětileté přežití je u AAA pod 6 cm po operaci 67 %, u neoperovaných jen 48 %. Nad 6 cm jsou stejná čísla 47 % resp. 6 %!!! (3, 4).

Vzhledem k diametrálně lepším výsledkům v léčbě u asymptomatických incidentálně diagnostikovaných a programově operovaných AAA je doporučováno cílené vyhledávání AAA při klinickém, sonografickém či CT vyšetření břicha u nemocných starších 50 let s pozitivní rodinnou anamnézou (4). Na základě publikovaných údajů se domníváme, že cílené alespoň orientační vyšetření abdominální aorty by se mělo stát rutinní praxí při sonografickém vyšetření urologů u všech pacientů nad 50 let s bolestmi břicha charakteru renální koliky a u všech ostatních asymptomatických pacientů nad 60 let vyšetřovaných sono-graficky z jakékoliv urologické indikace. Na pouhé klinické vyšetření se při diagnostice AAA nelze spoléhat, zvláště u obézních s obvodem břicha nad 100 cm, kde ani cílená palpce AAA neodhalí (6), stejně jako u našeho pacienta.

ZÁVĚR:

Závěrem lze shrnout, že aneurysma abdominální aorty (AAA) může imitovat renální koliku a přivést pacienta omylem do ambulance urologa. Urolog by na tuto diagnózu měl v rámci diferenciální diagnostiky vždy pomýšlet, zejména u mužů ve věku nad 60 let s ne zcela typickými bolestmi a s rizikovými faktory (ateroskleróza jiných etází tepenného systému, hypertenze, kouření, diabetes mellitus). Ke správné diagnóze vede při klinickém vyšetření nález tepající rezistence v břiše, kolísavý tlak, jednoznačně poté lze určit diagnózu AAA sonograficky. Sonografie může kromě určení správné diagnózy u symptomatického AAA též diagnostikovat incidentálně asymptomatické AAA při skutečné kolice renální či jiné urologické diagnóze. Tato fakta nás opět utvrzují v domněnce, že sonografické vyšetření břicha patří u renální koliky k základnímu vyšetření a musí být indikováno co možná nejdříve, nejlépe akutně ihned po vyšetření klinickém.

LITERATURA:

1. Krupski WC, Effeney DJ: Tepenná aneurysmata, In: Way LW et al: Současná chirurgická diagnostika a léčba, Grada Publishing, Praha, 1998; 934-943.
2. Resnick MI, Kursh ED: Abdominal aortic aneurysm, In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED jr, Wein AJ: Campbell's urology, seventh edition, WB Saunders Company, USA, 1998; 390-391.
3. Třeška V et al: Aneurysma břišní aorty, Grada Publishing, Praha, 1999; 112.
4. Třeška V, Valenta J, Bílek J et al: Aneurysma abdominální aorty, Rozhl Chir, 1997, 76; 176-180.
5. Valenta J, Anděl Z, Bílek J et al: Symptomatická aneurysmata břišní aorty, Rozhl Chir, 1/1989, 68; 49-54.
6. Valenta J, Šimána J, Třeška V et al: Výskyt aneurysmatu aorty v naší populaci a možnosti jeho depistáže, Čas Lék čes, 1991, 130; 79-81.

MUDr. Milan Hora
Urologická klinika 1. LF UK a VFN Praha
Ke Karlovu 6
120 00 Praha 2