

ADAM KWINTA¹, TOMASZ MROWIECKI², TOMASZ ALEKSIEJEW-KLESZCZYŃSKI²,
ZBIGNIEW ULATOWSKI²

JEDNOCZASOWE OPERACJE TĘTNIAKA AORTY I GUZA NERKI — OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW

Abstract: *Simultaneous repair of aortic aneurysm and removal of renal tumor — A report of two cases*

We report two cases of simultaneous operations for abdominal aortic aneurysm and renal tumor. It appears that one-stage surgery does not increase the surgical injury and more importantly, does not increase the risk of graft infection. We believe that the increasing number of diagnosed aneurysms and renal malignancies will increase the number of one-stage operations.

Key words: aortic aneurysm, renal tumor, single-stage surgery

Słowa kluczowe: tętniak aorty, guz nerki, operacja jednoetapowa

WSTĘP

Chorzy z tętniakami aorty mogą stanowić problem w diagnostyce różnicowej schorzeń urologicznych [1, 2]. Postęp w diagnostyce, anestezjologii i doskonalenie technik chirurgicznych prowadzi do wzrostu liczby rozpoznań i operacji zarówno tętniaków aorty, jak i nowotworów jamy brzusznej i przestrzeni pozaotrzewnowej [3, 4]. Współistnienie tętniaka aorty i nowotworu układu moczowo-płciowego zmusza chirurga do wybrania odpowiedniej taktyki w operacji planowej, a czasem w trakcie przypadkowego rozpoznania śródoperacyjnego. Powstaje pytanie: czy operację usunięcia nowotworu i wszczepienia protezy naczyniowej wykonać jednocześnie czy w dwóch etapach oraz który zabieg należy przeprowadzić w pierwszej kolejności [5, 6]. Przedstawiamy dwa przypadki jednoczasowych operacji tętniaka aorty i guza nerki u chorych hospitalizowanych w Wojewódzkim Oddziale Chirurgii Naczyń i Angiologii Szpitala Zakonu Bonifratrów w Krakowie.

OPIS PRZYPADKÓW

1. Chory Z.E., 66 lat, przyjęty do Wojewódzkiego Oddziału Chirurgii Naczyń i Angiologii z rozpoznaniem: tętniak aorty brzusznej, miażdżycza zarostowa tętnic, guz nerki lewej, stan po zawale lewej półkuli mózgowej, migotanie przedsionków, nadciśnienie tętnicze. Badanie angio-CT: aorta brzuszna ok. 12 mm poniżej odejścia tętnic nerkowych z tętniakiem o wym. 83 × 88 mm, na odcinku 111 mm. Tętniak z dużą skrzepliną przyścienną z kanałem przepływu o wymiarach 56 × 60 mm. Nerka lewa z guzem 55 × 53 × 52 mm w pobliżu dolnego bieguna.

Zakwalifikowany do operacji jednoczasowej. W pierwszym etapie chirurg wszczepił protezę naczyniową (ryc. 1), w drugim etapie, po uwolnieniu zagięcia śledzionowego okrężnicy i zstępnicy, urolog usunął nerkę w sposób typowy. Okres pooperacyjny powikłany z utrzymującymi się biegunkami. Wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym w 17. dobie po operacji.



Ryc. 1. Wszczepiona proteza naczyniowa. Taśma pod podwiązana od strony aorty lewą tętnicą nerkową. Przecięta lewa żyła nerkowa

Fig. 1. Implanted vascular graft. A vascular tape below the left renal artery ligated close to the aorta. Incised left renal vein

2. Chory S.J., 62 lata, przyjęty z rozpoznaniem: tętniak aorty brzusznej, miażdżyca tętnic kończyn dolnych, guz nerki lewej. Badanie angio-CT: aorta tętniakowato poszerzona do ok. 65 mm w miejscu odejścia tętnicy kręzkowej dolnej. Guz bieguna górnego nerki lewej 45 × 38 × 42 mm. Zakwalifikowany do operacji jednoczesowej. W pierwszym etapie urolog po uwolnieniu zagięcia śledzionowego i zstępnicy usunął nerkę (ryc. 2). W trakcie preparowania w trudnych warunkach doszło do uszkodzenia torebki śledziony z krwawieniem — wykonano dodatkowo splenektomię. W drugim etapie chirurg wszczepił protezę naczyniową. Przebieg pooperacyjny niepowikłany. Wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym w 15 dobie po operacji.



Ryc. 2. Usunięta lewa nerka wraz z guzem przed wszczepieniem protezy naczyniowej

Fig. 2. Left kidney with the tumor removed prior to graft implantation

OMÓWIENIE/DYSKUSJA

Jednoczesowa operacja tętniaka aorty brzusznej i guza nerki nie niesie ze sobą zwiększonego ryzyka zakażenia protezy naczyniowej, tak jak to ma miejsce przy kojarzeniu tej operacji z operacją guza jelita grubego [5] czy cystektomią [6]. Do

rozważenia takiej decyzji skłania ryzyko samoistnego pęknięcia tętniaka o średnicy powyżej 5 cm, które wynosi ok. 10% w roku [7] oraz obserwowane przyspieszenie rozwoju choroby nowotworowej po wszczępieniu protezy naczyniowej w pierwszym etapie [5, 8]. Ponieważ w obu operacjach i tak jest konieczne odsłonięcie dużych naczyń, uraz operacyjny nie ulega zwiększeniu w istotny sposób. Ze względu na podawanie heparyny konieczna jest dokładna hemostaza. U obu naszych chorych jamę brzuszną otwierano z cięcia pośrodkowego, zgodnego z kanonem operacji naczyniowej, w odróżnieniu od cięcia poprzecznego w nadbrzuszu, preferowanego w naszym ośrodku dla operacji urologicznej. Z obawy o zmienione miażdżycowo naczynia kreskowe, lite zrosty i odczyny zapalne wokół ścian tętniaka w obu przypadkach nerkę usuwano z dostępu po nacięciu otrzewnej na zewnątrz zstępnicy.

Po kwalifikacji chorego do operacji jednoczesowej pozostaje odpowiedź na pytanie: czy w pierwszym etapie wykonać wszczępienie protezy naczyniowej, czy też usunąć nerkę. U jednego z naszych chorych najpierw wykonano zabieg naczyniowy, u drugiego w pierwszej kolejności wykonano nefrektomię. Kierowano się oceną angio-CT oraz śródoperacyjną sytuacją anatomiczną, głównie wielkością tętniaka i guza, zachowując jednak zawsze priorytet zamknięcia tętnicy nerkowej, zaopatrującej guz.

Opis tych przypadków przedstawiliśmy ze względu na wzrost osetka chorych ze schorzeniami dużych naczyń i konieczność coraz częstszego podejmowania takich decyzji.

ADAM KWINTA¹, TOMASZ MROWIECKI², TOMASZ ALEKSIEJEW-KLESZCZYŃSKI², ZBIGNIEW ULATOWSKI²

SIMULTANEOUS REPAIR OF AORTIC ANEURYSM AND REMOVAL OF RENAL TUMOR
— A REPORT OF TWO CASES

Summary

Progress in diagnosis, anesthesiology and surgical techniques has resulted in higher numbers of patients with diagnosed and operated on both for aortic aneurysms and abdominal and retroperitoneal malignancies. We report two cases of simultaneous repair of aortic aneurysm and resection of renal tumor performed in the Regional Ward of Vascular Surgery and Angiology of St. John Grande Hospital in Kraków. One of the two patients underwent the vascular procedure first whereas the other patient was submitted to nephrectomy in the first place. The decision was based on the results of CT angiography and anatomy, mainly the size of the aneurysm and the tumor, always keeping the priority of occluding the renal artery supplying the tumor. In both operations exposure of large vessels is necessary. It appears that one-stage surgery does not increase the surgical injury and more importantly, does not increase the risk of graft infection. We report these cases in the face of an increasing number of patients with diseases of large vessels and the increasingly frequent need for making such decisions.

PIŚMIENICTWO

1. Dobrowolski Z., Augustyn M., Bugajski A., Kmak A.: Rozwarstwiający tętniak aorty leczony jako lewostronna kamica nerkowa. *Urol. Pol.* 1980; 33, 2. — 2. Karski A.: Przypadek rozwarstwiającego tętniaka aorty. *Urol. Pol.* 1981; 34, 2. — 3. Woźniak W., Noszczyk W.: Tętniak aorty brzusznej. *Przew. Lek.* 2000; 5: 48–51. — 4. Steckmeier B.: Epidemiology of aortic disease: aneurysm, dissection, occlusion. *Radiologe* 2001; 41: 624–632. — 5. Wroński K., Okraszewski J., Westfal T., Bocian R., Pakula D.: Jednoczesna operacja olbrzymiego tętniaka aorty brzusznej i raka esicy — opis przypadku i przegląd piśmiennictwa. *Współczesna Onkologia* 2009; 13, 4: 216–220. — 6. Szydelko T., Kowal P., Apoznański W., Dorobisz A., Janczak D., Dembowski J., Niezgoda T.: Jednoczesne chirurgiczne leczenie zaawansowanego nowotworu pęcherza moczowego i tętniaka aorty. *Urol. Pol.* 1999; 52, 1. — 7. Morris H.L., da Silva A.F.: Co-existing abdominal aortic aneurysm and intra-abdominal malignancy: reflections on the order of treatment. *Br. J. Surg.* 1998; 85: 1185–1190. — 8. Kurata S., Nawata K., Nawata S.: Surgery for abdominal aortic aneurysm associated with malignancy. *Surg. Today* 1998; 28: 895–899.

¹ Ośrodek Diagnostyczno-Lecznicy „Chirurgia Jednego Dnia” Szpitala Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

² Wojewódzki Oddział Chirurgii Naczyń i Angiologii Szpitala Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

Adres do korespondencji:

dr n. med. Adam Kwinta
Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego
ul. Trynitarzka 11, 31-061 Kraków
tel. 12 430 57 74
quintus.a1@wp.pl