

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟΥ ΙΚΤΕΡΟΥ ΛΟΓΩ ΕΞΩΓΕΝΟΥΣ ΠΙΕΣΗΣ ΤΟΥ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΠΟΡΟΥ ΑΠΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Σωτηρόπουλος Χ, Κωνσταντάκης Χ, Θεοχάρης Γ, Τριάντος Χ, Θωμόπουλος Κ.
 Γαστρεντερολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Corion CLS, Vriens PWHE, Alwayn IPJ, Hamming JF, van Schaik J. Giant true hepatic aneurysm mimicking Mirizzi syndrome. J Vasc Surg Cases Innov Tech. 2020 Sep 25;6(4):633-636.
2. Linzay C, Seth A, Suryawala K, Sheth A, Boktor M, Bienvenu J, Rahim R, Sangster GP, Jordan PA. The Aftermath of a Hepatic Artery Aneurysm-A Rare Etiology of Biliary Obstruction! Clin Med Insights Gastroenterol. 2017 Jun 8;10:1179552217711430.
3. Anderson O, Faroug R, Davidson BR, Goode JA. Mirizzi syndrome associated with hepatic artery pseudoaneurysm: a case report. J Med Case Rep. 2008 Nov 17;2:351.
4. Julianov A, Georgiev Y. Hepatic artery aneurysm causing obstructive jaundice. Quant Imaging Med Surg. 2014 Aug;4(4):294-5.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

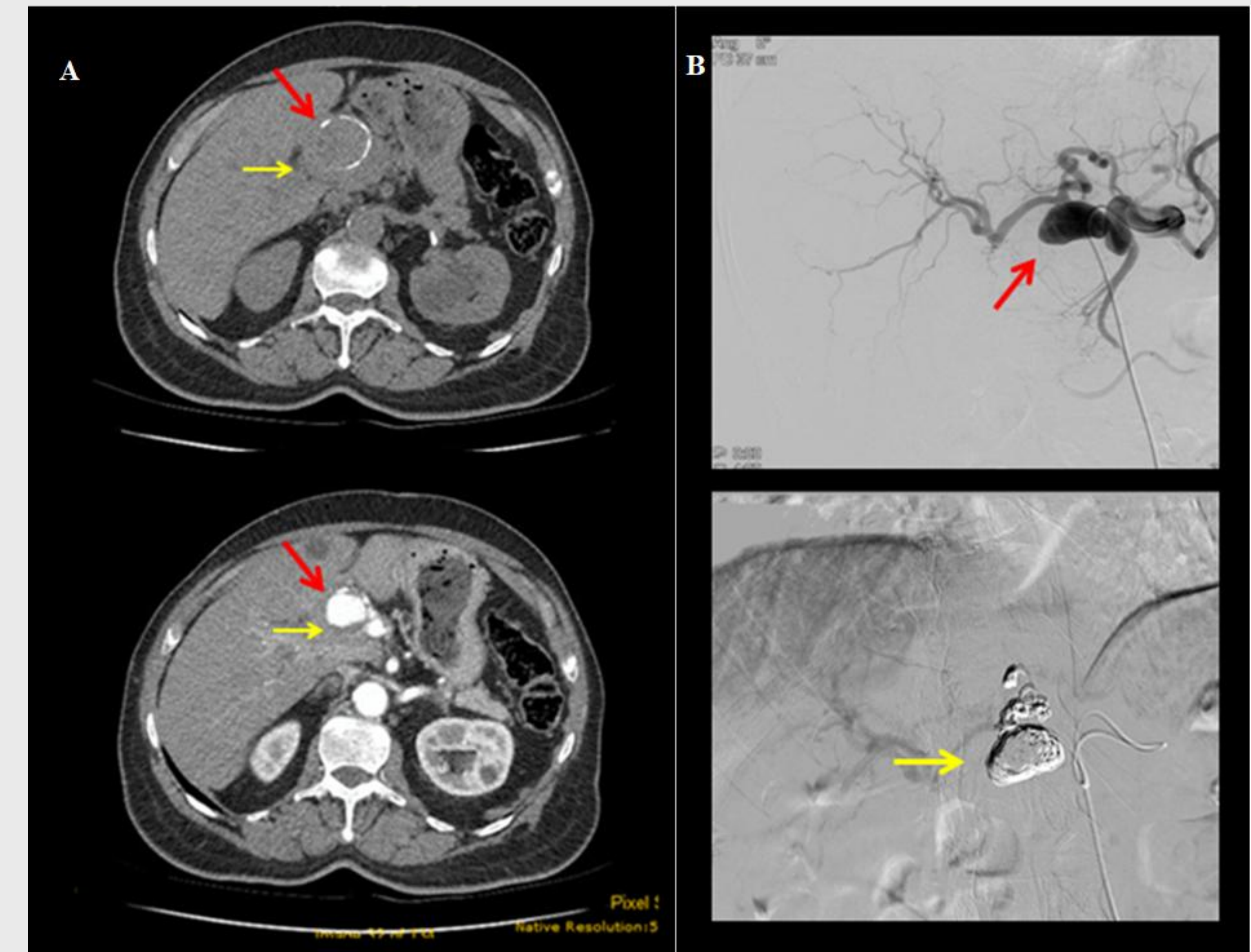
Σωτηρόπουλος Χρήστος, Ειδικευόμενος
 Γαστρεντερολογίας
 Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό
 Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα
 e-mail: cr.sotiropoulos@hotmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ανευρύσματα ηπατικής αρτηρίας (ΑΗΑ) είναι σπάνια και αντιπροσωπεύουν το 14-20% όλων των ανευρυσμάτων της σπλαχνικής κυκλοφορίας. Ο σχετιζόμενος με ΑΗΑ αποφρακτικός ίκτερος παρουσιάζεται λόγω εξωτερικής πίεσης του χοληδόχου πόρου ή ρήξης του ανευρύσματος στο χοληφόρο δέντρο με απόφραξη του αυλού από θρόμβους αίματος. Κοιλιακό τραύμα, λοίμωξη, φλεγμονή και αθηροσκλήρωση είναι οι πιο συχνοί προδιαθεσικοί παράγοντες. Παρουσιάζουμε μια περίπτωση ΑΗΑ που παρουσιάστηκε με αποφρακτικό ίκτερο.¹⁻⁴

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Αναφέρουμε την περίπτωση ενός ασθενούς 71 ετών με ιστορικό ΑΥ, ΚΥΠ και σπληνεκτομής λόγω ρήξης σπληνός σε τροχάιο ατύχημα προ 13 ετών, ο οποίος προσήλθε με κοιλιακό άλγος από 15ημέρου και ίκτερο από 8ημέρου. Κατά τη φυσική εξέταση ο ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερός χωρίς κοιλιακή ευαισθησία με ακουστό φύσημα ΔΕ υποχοδνρίου, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας με αύξηση χολοστατικών ενζύμων (TBL: 8,99 mg/dl, DBL: 5,72 mg/dl, AST: 138 U/l, ALT: 329 U/l, γ-GT: 150 U/l, ALP: 310 U/l) χωρίς πτώση αιματοκρίτη ή δείκτες φλεγμονής. Από τη διενέργεια U/S άνω κοιλίας ανεδείχθησαν διατάσεις ενδο-/εξω-ηπατικών χοληφόρων χωρίς λιθιασικό περιεχόμενο και αγγειακό ανεύρυσμα κάτωθεν του ηπατικού χείλους. Άμεσα διενεργήθηκε CT αγγειογραφία σπλαχνικών αγγείων (Εικόνα Α) με ανάδειξη ανευρύσματος (3,4cm) ηπατικής αρτηρίας χωρίς στοιχεία ρήξης, με άσκηση εξωτερικής πίεσης επί του χοληδόχου πόρου. Κατόπιν ο ασθενής υπεβλήθη σε αγγειογραφικό εμβολισμό (με coils) του ανευρύσματος της ηπατικής αρτηρίας (Εικόνα Β), ενώ πραγματοποιήθηκε απεικονιστικός έλεγχος του χοληφόρου δένδρου με MRCP και διενέργεια ERCP με τοποθέτηση μεταλλικής πλήρως καλυμμένης ενδοπρόθεσης στο χοληδόχο πόρο. Ο ασθενής εμφάνισε ομαλή μετεπεμβατική πορεία και ανεπίπλεκτη νοσηλεία και κατά το follow-up παρέμεινε ασυμπτωματικός με σταδιακή αποδρομή του ικτέρου.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν και πολύ σπάνιο, το ανεύρυσμα ηπατικής αρτηρίας θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση του αποφρακτικού ικτέρου. Ωστόσο, δεν υπάρχει καμία μέθοδος θεραπείας που να θεωρείται ως η καλύτερη επιλογή για όλους τους ασθενείς με ΑΗΑ. Οι περισσότεροι κλινικοί γιατροί συμφωνούν ότι η διαχείριση του ΑΗΑ είναι εξαιρετικά δύσκολη και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες (εντοπισμός και μέγεθος του ανευρύσματος, παρουσία παράπλευρης κυκλοφορίας στο ήπαρ, τοπική φλεγμονή, ρήξη).