

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής είναι μια επείγουσα, απειλητική για την ζωή κατάσταση, με πολύ υψηλά ποσοστά θνητότητας. Η εκδήλωσή της είναι ενίοτε άτυπη και μπορεί να μιμηθεί συχνότερες καταστάσεις οξείας κοιλίας, όπως οξεία σκωληκοειδίτιδα, εκκολπωματίτιδα ή κολικός νεφρού.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος περιστατικού με ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής που προσήλθε με κλινική εικόνα οξείας σκωληκοειδίτιδας

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για άνδρα ηλικίας 65 ετών, που προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου μας με άλγος δεξιού λαγονίου βόθρου, οξείας έναρξης και σταθερής έντασης. Η κλινική εικόνα καθώς και ο εργαστηριακός του έλεγχος (λευκοκυττάρωση, αύξηση δεικτών φλεγμονής) ήγειραν ισχυρά την υποψία οξείας σκωληκοειδίτιδας. Ωστόσο, κατά την αξονική τομογραφία κοιλίας που πραγματοποιήθηκε, αναδείχθηκε ένα μεγάλο υπονεφρικό ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, με ρήξη και οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα δεξιά.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής οδηγήθηκε επειγόντως στο χειρουργείο, όπου υπό τοπική αναισθησία υπεβλήθη σε ενδαγγειακή αποκατάσταση με την τοποθέτηση διχαλωτού αυτοεκπτυσσόμενου αορτικού ενδομοσχεύματος Ankura™ (LifeTech Scientific, Shenzhen, China). Δεν παρατηρήθηκαν διεγχειρητικές επιπλοκές. Η μετεγχειρητική του πορεία ήταν ομαλή. Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο την 3η μετεγχειρητική ημέρα, σε καλή γενική κατάσταση.

**Συμπεράσματα:** Λόγω της απειλητικής για την ζωή κατάστασης, η ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής είναι απαραίτητο να εντάσσεται στην διαφορική διάγνωση των ασθενών με κοιλιακό άλγος, ιδιαίτερα στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Η διατήρηση υψηλού δείκτη υποψίας και η έγκαιρη χρήση απεικονιστικών μεθόδων, ειδικά της αξονικής τομογραφίας, είναι απαραίτητη για την διάκριση από άλλες αιτίες οξείας κοιλίας και την πρόληψη της καθυστερημένης διάγνωσης και την βελτίωση της επιβίωσης.

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΙΑΣ

Μαρία Βελικούδη  
Β' Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ.  
Κινητό: 0030 6984466758  
E-mail: mariaveli95@gmail.com

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- Ως ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής (ΑΚΑ) ορίζεται η μόνιμη, εντοπισμένη διάταση της κοιλιακής αορτής, που υπερβαίνει τουλάχιστον το 50% της μέσης διαμέτρου.
- Αν και τα περισσότερα ΑΚΑ είναι ασυμπτωματικά και ανιχνεύονται τυχαία, η ρήξη είναι η πιο επικίνδυνη επιπλοκή και σχετίζεται με θνησιμότητα 65-80%.
- Η κλασική τριάδα της ρήξης - οξύ κοιλιακό άλγος/οσφυαλγία, υπόταση και σφύζουσα κοιλιακή μάζα - εμφανίζεται σε λιγότερο από το 50% των ασθενών.
- Αντίθετα, πολλοί ασθενείς εμφανίζουν μη ειδικά ή παραπλανητικά συμπτώματα, οδηγώντας έτσι σε διάγνωση συχνότερων καταστάσεων οξείας κοιλίας, όπως οξεία σκωληκοειδίτιδα, εκκολπωματίτιδα, κολικό νεφρού ή διάτρηση κοίλου σπλάχνου.

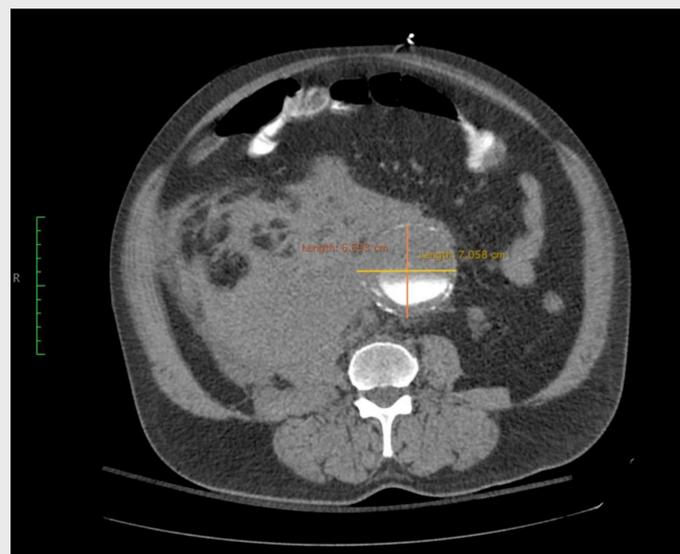
Blood test	Result
WBC (*10 <sup>3</sup> / μL)	18.2
RBC (*10 <sup>6</sup> / μL)	3.91
Hematocrit (%)	38.2
Hemoglobin (gr/dl)	12.5
PLT (*10 <sup>3</sup> / μL)	298
PT (sec)	11.7
INR	1.0
aPTT (sec)	23.7
SGOT (IU/L)	12
SGPT (IU/L)	18
Urea (mg/dL)	36
Creatinine (mg/dL)	1.02
LDH (IU/L)	139
CPK (IU/L)	114
CRP (mg/dL)	6.1

Abbreviations. WBC: white blood count, RBC: red blood count, PLT: platelets, PT: prothrombin time, INR: international normalized ratio, aPTT: activated partial thromboplastin time, SGOT: serum glutamic-oxaloacetic transaminase, SGPT: serum glutamic-pyruvic transaminase, LDH: lactate dehydrogenase, CPK: creatine phosphokinase, CRP: C-reactive protein

Πίνακας 1. Εργαστηριακός έλεγχος στο ΤΕΠ

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

- 65χρονος άνδρας προσήλθε στο ΤΕΠ του νοσοκομείου μας με οξεία έναρξη κοιλιακού άλγους, εντοπιζόμενο αρχικά στο επιγάστριο και κατόπιν στον δεξιό λαγόνιο βόθρο.
- ΑΙ: καπνιστής, αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία
- Κατά την προσέλευσή του ο ασθενής ήταν πλήρως προσανατολισμένος, με φυσιολογικά ζωτικά σημεία.
- Η κλινική εξέταση ανέδειξε ήπιο μετεωρισμό της κοιλίας και εντοπισμένη ευαισθησία στον δεξιό λαγόνιο βόθρο, με θετικό σημείο McBurney.
- Τα εργαστηριακά του αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.
- Με βάση το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο, τέθηκε η υπόνοια οξείας σκωληκοειδίτιδας.
- Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία (CT) η οποία αποκάλυψε ένα υπονεφρικό ΑΚΑ, μέγιστης εγκάρσιας διαμέτρου 70 mm, με κεκαλυμμένη οπισθοπεριτοναϊκή ρήξη και σχηματισμό μεγάλου οπισθοπεριτοναϊκού αιματώματος δεξιά (Εικόνα 1).



Εικόνα 1. CT με εικόνα ρήξης ΑΚΑ και οπισθοπεριτοναϊκού αιματώματος

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- Άμεσα εκλήθησαν οι Αγγειοχειρουργοί του νοσοκομείου μας και ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο.
- Υπό τοπική αναισθησία και αμφοτερόπλευρη μηριαία τομή, υπεβλήθη σε επείγουσα ενδαγγειακή αποκατάσταση ραγέντος ανευρύσματος κοιλιακής αορτής (EVAR), με τοποθέτηση ενός διχαλωτού αυτοεκπτυσσόμενου αορτικού ενδομοσχεύματος Ankura™ (LifeTech Scientific, Shenzhen, China).
- Η μετεγχειρητική του πορεία ήταν ομαλή και έλαβε εξιτήριο την 4<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα, υπό αντιαιμοπεταλική αγωγή.
- Πραγματοποιήθηκε αξονική αγγειογραφία (CTA) τον πρώτο μετεγχειρητικό μήνα, με καλή σκιαγράφιση του ενδομοσχεύματος, χωρίς ορατή ενδοδιαφυγή (Εικόνα 2).



Εικόνα 2. Μετεγχειρητική CTA (1-month)

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- Η κλινική εικόνα της ρήξης ΑΚΑ είναι συχνά μη ειδική και στην βιβλιογραφία ποικίλει από ασυμπτωματική έως και τον αιφνίδιο θάνατο.
- Η απεικόνιση παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαφορική διάγνωση, με την CT να παραμένει η εξέταση εκλογής για την οριστική διάγνωση ρήξης ΑΚΑ, καθώς παρέχει βασικές πληροφορίες σχετικά με τη μορφολογία του ανευρύσματος, το οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα και την ενεργό αιμορραγία, επιτρέποντας επίσης τον αποκλεισμό άλλων καταστάσεων οξείας κοιλίας.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Λόγω της απειλητικής για την ζωή κατάστασης, η ρήξη ΑΚΑ είναι απαραίτητο να εντάσσεται στην διαφορική διάγνωση των ασθενών με κοιλιακό άλγος, ιδιαίτερα στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες.
- Η διατήρηση υψηλού δείκτη κλινικής υποψίας και η έγκαιρη διενέργεια απεικονιστικών εξετάσεων, ειδικά της CT, είναι απαραίτητη για την διάκριση από άλλες αιτίες οξείας κοιλίας, την πρόληψη καθυστερημένης διάγνωσης και την βελτίωση της επιβίωσης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Wanhainen A, et al. Editor's Choice -- European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2024 Clinical Practice Guidelines on the Management of Abdominal Aorto-Iliac Artery Aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2024;67:192-331.
- Schmitz-Rixen T, et al. Ruptured abdominal aortic aneurysm-epidemiology, predisposing factors, and biology. *Langenbecks Arch Surg.* 2016;401:275-88.
- Bukhari HA, et al. Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm Misdiagnosed as Acute Appendicitis. *Journal of Case Reports* 2017;7:279-281.
- Sinha Y. Elderly patient with ureteric colic: suspect leaking aneurysm. *BMJ Case Rep.* 2013;2013:bcr2012008617.
- Su CY, et al. Ruptured abdominal aortic aneurysm presented as Cullen,s sign and Grey Turner,s sign. *Anatol J Cardiol.* 2020;23:E7-E8.
- Borrueal et al. Update on acute appendicitis: Typical and untypical findings. *Radiologia (Engl Ed).* 2023;65 Suppl 1:S81-S91.
- Azhar B, et al. Misdiagnosis of ruptured abdominal aortic aneurysm: systematic review and meta-analysis. *J Endovasc Ther.* 2014;21:568-75.
- Benson RA, et al. Ultrasound screening for abdominal aortic aneurysm: current practice, challenges and controversies. *Br J Radiol.* 2018;91:20170306.
- Hansen NJ. Computed Tomographic Angiography of the Abdominal Aorta. *Radiol Clin North Am.* 2016;54:35-54.
- Scicolone R, et al. Atherosclerotic Abdominal Aortic Aneurysms on Computed Tomography Angiography: A Narrative Review on Spectrum of Findings, Structured Reporting, Treatment, Secondary Complications and Differential Diagnosis. *Diagnostics (Basel).* 2025;15:706.