

# Tętniak rzekomy tętnicy żołądkowo-dwunastniczej jako powikłanie choroby wrzodowej żołądka — opis przypadku

## Pseudoaneurysm of the gastroduodenal artery — a rare complication of peptic ulcer disease — case report

Marta Drzewiecka, Jakub Szmytkowski, Maciej Słupski

Klinika Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. Jurasza (Department of Hepatic Surgery and General Surgery, Antoni Jurasz University Hospital No. 1 in Bydgoszcz)

### Streszczenie

W artykule przedstawiono przypadek 50-letniego pacjenta z tętniakiem rzekomym tętnicy żołądkowo-dwunastniczej, którego początkowo leczono w ośrodku rejonowym z rozpoznaniem krwawiącego wrzodu żołądka. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na zasadność uwzględnienia tętniaków naczyń trzewnych w różnicowaniu przyczyn nawracających krwawień do światła przewodu pokarmowego, a także uwzględnienie możliwości uszkodzenia tętnicy żołądkowo-dwunastniczej w przebiegu choroby wrzodowej.

**Słowa kluczowe:** tętniak rzekomy, tętnica żołądkowo-dwunastnicza, choroba wrzodowa żołądka

Chirurgia Polska 2016, 18, 1–2, 31–33

### Abstract

The authors present a case of a 50 years old patient with a pseudoaneurysm of the gastroduodenal artery mimicking a bleeding stomach ulcer. The aim of this article is to indicate that visceral artery aneurysms must not be overlooked when diagnosing recurrent upper gastrointestinal bleeding and that the possibility of major vessel damage by peptic ulcers must also be stressed.

**Key words:** pseudoaneurysm, the gastroduodenal artery, peptic ulcer disease

Chirurgia Polska 2016, 18, 1–2, 31–33

## Wstęp

Tętniaki tętnic trzewnych (VAA, *visceral artery aneurysms*) to grupa tętniaków występujących w obrębie pnia trzewnego, tętnicy kręzkowej górnej i dolnej lub ich gałęzi. W zależności od czynników etiologicznych oraz mechanizmu powstawania wyróżnia się tętniaki prawdziwe i rzekome.

Tętniaki tętnicy żołądkowo-dwunastniczej stanowią około 1,5% wszystkich tętniaków tętnic trzewnych [1, 2]. Objawy kliniczne oraz śmiertelność są uzależnione od rozmiaru oraz miejsca występowania zmiany. Tętniaki i pseudotętniaki naczyń trzewnych zwykle pozostają bezobjawowe lub prezentują objawy niespecyficzne. Cze-

sto pierwszym sygnałem wskazującym na ich obecność są: nagły, silny ból brzucha, nudności i wymioty treścią krwistą, krwisty stolec, wyczuwalny pulsujący guz w nadbrzuszu [1, 3–5]. Leczenie tętniaków tętnic trzewnych jest oparte na technikach zabiegowych. Wybór metody — laparotomia lub techniki małoinwazyjne wewnątrznacyniowe — jest uzależniony od stanu klinicznego pacjenta, trybu zabiegu, umiejscowienia i morfologii tętniaka, występujących powikłań, a także możliwości technicznych, którymi dysponuje dany szpital [5–7].

Przedstawiono przypadek pacjenta z tętniakiem rzekomym tętnicy żołądkowo-dwunastniczej, którego początkowo leczono w ośrodku rejonowym z rozpoznaniem krwawiącego wrzodu żołądka.

## Opis przypadku

Pacjent w wieku 50 lat został przyjęty do kliniki z powodu krwawienia do światła przewodu pokarmowego. Uprzednio 3-krotnie był hospitalizowany w ciągu 2 miesięcy na Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Rejonowego z powodu masywnego krwawienia z wrzodu żołądka. Był tam 2-krotnie operowany: wykonano laparotomię zwiadowczą i gastrotomię z podkłuciem krwawiącego i drążącego do trzustki wrzodu żołądka. W badaniu histopatologicznym wycinka pobranego podczas zabiegu nie wykazano obecności komórek nowotworowych. Łącznie w trakcie 3 hospitalizacji w Szpitalu Rejonowym przetoczono 39 j. koncentratu krwinek czerwonych, podczas każdego pobytu wykonano gastrofiberoskopię oraz 2-krotnie tomografię komputerową jamy brzusznej, nie ustalając rozpoznania.

W dniu przyjęcia do kliniki chory był stabilny krążeniowo-oddechowo, stężenie hemoglobiny wynosiło 11,6 g/dl. Drugiego dnia pobytu wystąpił kolejny incydent intensywnego krwawienia do światła przewodu pokarmowego. Na podstawie wykonanej gastroskopii ujawniono krwawienie z miejsca podkłucia. Z uwagi na nieudaną próbę endoskopowego zaopatrzenia krwawienia wykonano laparotomię z zeszcieniem perforowanego, krwawiącego wrzodu w części przedodźwiernikowej żołądka drążącego w kierunku zmienionej guzowato głowy trzustki.

W wykonanym w 3. dobie hospitalizacji angio-TK naczyń jamy brzusznej w obrębie głowy trzustki została opisana niejednorodna zmiana ogniskowa o wymiarach 97 × 99 × 100 mm, która modelowała i uciskała pętle dwunastnicy, niejednorodna z obszarami hiperdensyjnymi, mogącymi odpowiadać świeżej krwi. Po podaniu kontrastu w obrębie zmiany pojawiło się silne wzmocnienie kontrastowe o wymiarach 16 × 15 × 33 mm w łączności z tętnicą żołądkowo-dwunastniczą — obraz sugerował tętniaka rzekomego w obrębie krwiaka. Trzon i ogon trzustki opisano jako niejednorodne z miernie poszerzonym przewodem Wirsunga, sugerujące przewlekłe zapalenie.

Obraz angio-TK jamy brzusznej wskazywał na tętniaka rzekomego tętnicy żołądkowo-dwunastniczej (ryc. 1).

Ze względu na ponowne krwawienie pacjenta zakwalifikowano do pilnej relaparotomii — potwierdzono obecność olbrzymiego pseudotętniaka tętnicy żołądkowo-dwunastniczej, którego wycięto, a naczynie zeszyto szwem Prolene 5-0. W 6. dobie pacjenta ponownie operowano z powodu nieszczelności szwu po gastrotomii — wykonano zeszcienie przedniej ściany żołądka. W 9. dobie hospitalizacji ponownie stwierdzono objawy przetoki żołądkowej. Pacjenta reoperowano w trybie pilnym — stwierdzono perforację tylnej ściany żołądka. Z uwagi na brak możliwości zeszczenia perforacji wykonano częściową resekcję żołądka sposobem Billroth II. Pacjenta skierowano do Kliniki Intensywnej Terapii. W przebiegu pooperacyjnym wyciek treści żołądkowej z drenów z jamy brzusznej leczono zachowawczo. Po 17 dniach pobytu w Klinice Intensywnej Terapii pacjenta z graniczną wydolnością oddechową, zmianami zapalnymi w lewym dolnym polu płucnym, w pełnym logicznym kontakcie skierowano do Kliniki Chirurgii.



**Rycina 1.** Badanie angio-TK jamy brzusznej — obraz w płaszczyźnie osiowej przedstawiający tętniaka rzekomego tętnicy żołądkowo-dwunastniczej

W badaniu kontrolnym przewodu pokarmowego z kontrastem nie stwierdzono obecności przetoki. Przechodzenie kontrastu z żołądka do jelita cienkiego i okrężnicy określono jako swobodne, włączono dietę doustną z dobrą tolerancją.

W stanie ogólnym dobrym, po łącznie 34 dniach hospitalizacji, chorego skierowano do Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Rejonowego, w którym pierwotnie był leczony.

## Dyskusja

W niniejszej pracy autorzy przedstawili przypadek 50-letniego chorego z tętniakiem rzekomym tętnicy żołądkowo-dwunastniczej, manifestującego się klinicznie w postaci nawracających masywnych krwawień do górnego odcinka przewodu pokarmowego. Przegląd dostępnego piśmiennictwa dotyczącego tego schorzenia pozwala stwierdzić, że jest to najczęstsza postać kliniczna tej patologii [1], natomiast chory znajdował się w grupie demograficznej, w której jest ona najczęściej spotykana [8, 9]. Analiza obszernego materiału klinicznego dostępnego w licznych publikacjach pozwala stwierdzić, że najczęściej tętniak rzekomy tętnicy żołądkowo-dwunastniczej rozwija się jako powikłanie przewlekłego zapalenia trzustki na drodze uszkodzenia ściany naczynia przez enzymy proteolityczne [10]. W opisywanym przypadku do uszkodzenia tętnicy żołądkowo-dwunastniczej doszło najprawdopodobniej w przebiegu wrzodu trawiennego drążącego do mięszu trzustki, ponieważ w pobranym do badania histopatologicznego materiale tkankowym z guza trzustki nie opisano zmian typowych dla przewlekłego zapalenia tego narządu. Zdecydowana większość autorów zaleca w terapii zabiegi endowaskularne, zwracając jednak uwagę na możliwe powikłanie w postaci niedokrwienia trzewi [11, 12]. W przypadku opisanego pacjenta diagnostyka i ewentualne leczenie endowaskularne nie były możliwe, początkowo z powodu braku dostępności radiologii inwazyjnej w szpitalu, do którego pierwotnie trafił, a na-

stępnie — po przekazaniu do Szpitala Uniwersyteckiego — z uwagi na skrajnie ciężki stan chorego, który wymagał leczenia chirurgicznego w trybie nagłym.

## Wnioski

Opisany przypadek oraz przegląd dostępnego piśmiennictwa zwracają uwagę na zasadność uwzględnienia tętniaków naczyń trzewnych w różnicowaniu przyczyn nawracających krwawień do światła przewodu pokarmowego. Ważną kwestią jest także uwzględnienie możliwości uszkodzenia tętnicy żołądkowo-dwunastniczej w przebiegu choroby wrzodowej. Zaprezentowany opis pacjenta potwierdza ponadto skuteczność badania angio-TK w diagnostyce nawracających krwawień do światła przewodu pokarmowego.

## Piśmiennictwo

- Habib N, Hassan S, Abdou R, et al. Abdou R. Gastroduodenal artery aneurysm, diagnosis. Clinical presentation and management: a concise review. *Annals of Surgical Innovation and Research*. 2013; 7: 4.
- Messina LM, Shanley CJ. Visceral artery aneurysms. *Surg Clin North Am*. 1997; 77(2): 425–442, indexed in Pubmed: [9146723](#).
- Matsuzaki Y, Inoue T, Kuwajima K, et al. Aneurysm of the gastroduodenal artery. *Intern Med*. 1998; 37(11): 930–933, indexed in Pubmed: [9868954](#).
- Sojka M, Jargiełło T, Wolski A, et al. Wolski A. Leczenie tętniaków trzewnych i nerkowych metodami wewnątrznaczyniowymi. *Postępy Nauk Medycznych*. 2012; 5: 419–427.
- Nowak G, Prus K, Ziober-Malinowska P, et al. Tętniak rzekomy tętnicy żołądkowo-dwunastniczej u pacjenta z żółtaczką mechaniczną – opis przypadku; *Ultrasonografia*. 2010; 41: 99.
- Sojka M, Jargiełło T, Przyszlak M. et al.: Wewnątrznaczyniowe leczenie tętniaków tętnic trzewnych - doświadczenie jednego ośrodka. *Acta Angiol*. 2011; 17: 209–218
- Łasocha B, Popiela TJ, Brzegowy P, et al. Leczenie tętniaka rzekomego tętnicy żołądkowo-dwunastniczej. *Przegląd Lekarski*. 2012; 69: 7.
- Morita Y, Kawamura N, Saito H, et al. [Diagnosis and embolotherapy of aneurysm of the gastroduodenal artery]. *Rinsho Hoshasen*. 1988; 33(5): 555–561, indexed in Pubmed: [3418920](#).
- Fujita Y, Morita S, Odani R, et al. [Aneurysm of the common hepatic artery and the gastroduodenal artery]. *Rinsho Hoshasen*. 1987; 32(9): 1055–1058, indexed in Pubmed: [3694851](#).
- Bergert H, Hinterseher I, Kersting S, i wsp.: Management and outcome of hemorrhage due to arterial pseudoaneurysms in pancreatitis. *Surgery* 2005; 137: 323–328.
- Kasirajan K, Greenberg RK, Clair D, et al. Endovascular management of visceral artery aneurysm. *J Endovasc Ther*. 2001; 8(2): 150–155, doi: [10.1177/152660280100800209](#), indexed in Pubmed: [11357975](#).
- Koganemaru M, Abe T, Nonoshita M, et al. Follow-up of true visceral artery aneurysm after coil embolization by three-dimensional contrast-enhanced MR angiography. *Diagn Interv Radiol*. 2014; 20(2): 129–135, doi: [10.5152/dir.2013.13236](#), indexed in Pubmed: [24356294](#).

### Adres do korespondencji:

dr n. med. Marta Drzewiecka  
Klinika Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. Jurasza  
ul. Skłodowskiej Curie 9, 85–094 Bydgoszcz  
tel. 669 794 121  
e-mail: m.drzew@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 21.02.2016 r.