

Leczenie endowaskularne zespołu żyły głównej górnej przed wytworzeniem przetoki tętniczo-żylniej u chorego z wrodzoną trombofilią poddawanego powtarzanym hemodializom

Endovascular management of superior vena cava syndrome prior to arterio-venous fistula creation in patient treated by repeated haemodialysis

Mirosław Dziekiewicz¹, Grzegorz Kade², Zofia Wańkowicz², Marek Maruszyński¹

¹Klinika Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa

²Klinika Chorób Wewnętrznych, Nefrologii i Dializoterapii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa

Ogólna dostępność w Polsce leczenia nerkozastępczego hemodializami (HD) dla chorych z nieodwracalną niewydolnością nerek (NNN) spowodowała wzrost udziału osób z czynnikami ryzyka powikłań w zakresie funkcjonowania dostępu naczyniowego do HD w postaci przetoki tętniczo-żylniej (PTŻ) i/lub cewników naczyniowych zakładanych do żył centralnych górnej połowy ciała. Szczególną grupę stanowią chorzy z wrodzonymi lub nabytymi stanami nadkrzepliwości krwi (trombofilie). Opisany przypadek dotyczy 45-letniego chorego przyjętego w 2008 r. do Kliniki Neurologii Wojskowego Instytutu Medycznego z powodu udaru niedokrwienego mózgu. U pacjenta stwierdzono oligoanurię z wysokimi wskaźnikami retencji azotowej (stężenie mocznika 180 mg/dl, kreatyniny 10 mg/dl, szacunkowy współczynnik filtracji kłębuszkowej (eGFR) 10 ml/min/1,73 m²), a w USG — obecność małych marskich nerek. Wobec wystąpienia obrzęku płuc zastosowano w trybie pilnym zabieg HD z użyciem czasowego cewnika założonego do prawej żyły podobojczykowej. Rozpoznano NNN o niejasnej etiologii i włączono chorego do programu HD, wytwarzając PTŻ na lewym przedramieniu. W 12. miesiącu programu doszło do samoistnej zakrzepicy PTŻ. Z wywiadu klinicznego wynikało, że pacjent zataił chorobę psychiczną (schizofrenia) i stąd niesystematycznie przyjmował leki przeciwplatekcyjne. Kolejne epizody zakrzepicy dostępu naczyniowego (DN) wystąpiły w trakcie i po zabiegu lewostronnej nefrektomii wykonanej w 2. roku programu HD. Epizody te obejmowały kolejno: PTŻ na lewym przedramieniu, czasowe cewniki zakładane do lewej żyły szyjnej wewnętrznej i do prawej żyły udowej. Dializując chorego na cewniku permanentnym założonym do prawej żyły udowej podjęto równocześnie decyzję o wytworzeniu PTŻ na prawym przedramieniu z naczyń własnych pacjenta, licząc na podobną „żywołność” PTŻ jak w przypadku dostępu na lewym przedramieniu. Równocześnie rozpoznano wrodzoną trombofilię związaną z obecnością mutacji typu Leiden genu czynnika V. W 3. roku programu HD u chorego stwierdzono pełnoobjawowy zespół żyły głównej górnej (ZŻGG). W angiografii spływu żył podobojczykowych i szyjnych wewnętrznych zaobserwowano krytyczne zwężenie prawej żyły podobojczykowej (ryc. 1). Chorego zakwalifikowano do procedury endowaskularnej; wykonano plastikę przezskórną balonem o długości 60 mm i średnicy 8 mm, z implantacją stentu o tych samych wymiarach (ryc. 2). W okresie pooperacyjnym ustąpił obrzęk głowy i szyi. Zabieg pozwolił na wytworzenie kolejnej przetoki na prawym ramieniu. Przedstawiony przypadek ilustruje kilka istotnych problemów współczesnej hemodializoterapii u chorych wysokiego ryzyka: uzyskanie adekwatnego DN do hemodializy u chorego z wrodzoną nadkrzepliwością i obciążonego chorobą psychiczną w postaci schizofrenii ograniczającej przestrzeganie zaleconego reżimu terapeutycznego. Nadkrzepliwość wrodzona jako istotna przyczyna nawracających zakrzepów kolejnych DN do hemodializy jest rzadko opisywana. Mutacja czynnika Leiden stanowi przyczynę 20–50% pierwszych epizodów zakrzepicy naczyniowej. ZŻGG w populacji ogólnej występuje najczęściej w przypadku nowotworów, takich jak rak płuca, chłoniaki, nowotwory przerzutowe. W kardiologii zespół ten najczęściej rozwija się u chorych po kaniulacji żył szyjnych czy podobojczykowych, w tym implantacji urządzeń medycznych (np. kardiowertera-defibrylatora). W populacji osób hemodializowanych ZŻGG jest znaleziskiem kazuistycznym, związanym zwykle z występowaniem czynników predysponujących. W opisanym przypadku pacjenta z trombofilią i ZŻGG przedstawiono endowaskularne postępowanie mające na celu udrożnienie prawej żyły podobojczykowej. Zabieg ten był leczący dla chorego, a w dalszym etapie pozwolił na wytworzenie DN po tej stronie. Postępowanie to nie jest niestety powszechne w chirurgii DN, wielokrotnie chorzy przechodzą liczne operacje rekonstrukcyjne przetok.



Rycina 1.
Flebografia
spływu żylnego
z prawej
kończyny
górnej



Rycina 2. Obraz
śródoperacyjny po
wykonanej plastikę
i implantacji stentu

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Mirosław Dziekiewicz, Klinika Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej, Wojskowy Instytut Medyczny, ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa, e-mail: dziekiewicz@wp.pl

Konflikt interesów: nie zgłoszono