

# SCREENING ANEURYZMATU ABDOMINÁLNÍ AORTY U PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

MUDr. Jiří Moláček, Ph.D., prof. MUDr. Vladislav Třeška, DrSc.

Chirurgická klinika, FN Plzeň

Autoři diskutují důležitou roli praktického lékaře v procesu aktivního pátrání po diagnóze aneuryzmatu abdominální aorty zejména u mužů nad 60 let s ischemickou chorobou srdeční a s projevy ischemické choroby dolních končetin. Časná a správná diagnóza přispěje k elektivní terapii s mnohonásobně vyšší úspěšností, než mají urgentní případy s rupturou AAA.

**Klíčová slova:** aneuryzma abdominální aorty (AAA), screening, diagnostika, léčba.

Med. Pro Praxi 2006; 3: 140–142

## Úvod

Prevalence aneuryzmatu abdominální aorty (AAA) (obrázek 1) u mužů starších 60 let se pohybuje od 2 do 6 % (5, 7), roční incidence tohoto závažného onemocnění trvale stoupá a zdá se, že se jedná o skutečný nárůst počtu nemocných s AAA, a nikoliv jen o relativní nárůst díky lepším diagnostickým možnostem. U mužů starších 55 let je ruptura AAA (rAAA) (obrázek 2) 10. nejčastější příčinou smrti. Praktický lékař může velkou měrou přispět k včasné diagnóze AAA a

tím k elektivní terapii s několikanásobně vyšší šancí na úspěch, než tomu je u urgentních výkonů stále zatížených vysokou mortalitou.

## Současný stav

Mortalita elektivní resekční terapie AAA (obrázek 3) se pohybuje kolem 3–5 % (3), u endovaskulární terapie (EVAR) (obrázek 4) je mortalita ještě nižší, kolem 2–3 % (4). Takzvaná globální mortalita ruptury AAA (rAAA) (tj. celkové procentuální vyjádření nemocných umírajících v souvislosti s rupturou AAA) je

velmi vysoká, 80–90 % nemocných s rupturou AAA umírá (1). Řada nemocných se ani nedostane do zdravotnického zařízení. Dosáhne-li nemocný specializovaného cévního centra, jeho šance na přežití rapidně narůstá – 30denní pooperační mortalita rAAA se pohybuje v rozmezí 30–50 % (1). Na našem pracovišti (Chirurgická klinika FN v Plzni) je 30denní mortalita za posledních 5 let kolem 37 %. Záleží na mnoha faktorech, jako jsou lokalizace ruptury (do retroperitonea x do volné dutiny břišní), komorbidity nemocného, rychlost stanovení správné diagnózy, a rovněž na zkušenosti operačního týmu.

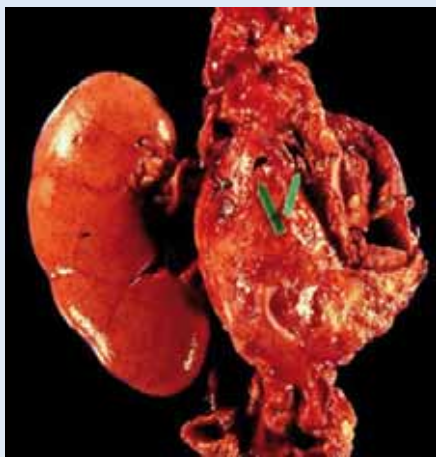
I když etiopatogeneze tohoto onemocnění není stále zcela jasná, diagnostické a terapeutické algoritmy jsou velmi dobře propracovány. Velké randomizované studie (4) objasnily riziko ruptury u různých velikých výdutí, stanovily rozměry asymptomatických výdutí, které jsou již indikovány k operaci. Základní podmínkou však zůstává primární diagnostika výdutě. Více než 60 % aneuryzmat na břišní aortě je asymptomatických, jsou často diagnostikovány náhodou při klinickém vyšetření, eventuálně při provedení některé zobrazovací metody (nejčastěji USG) z jiné indikace. Zbýlých 40 % výdutí se projeví až svou symptomatologií, nejčastěji bolestmi břicha, zad, pocity plnosti, hubnutí, pocity pulzující rezistence v břiše. Může též docházet k embolizaci trombotických hmot z vaku AAA do tepen dolních končetin. Nejzávažnějším projevem výdutě je samozřejmě její ruptura. Ani ta však dosti často nepřichází jako náhle vzniklá příhoda, až v 50 % ji předchází symptomy, jako je stupňující se bolest v břiše či bedrech. Tyto příznaky (některými autory označované jako „haralds“) by vždy měly lékaře upozornit na možnost přítomnosti AAA a vést jeho diferencially diagnostické úvahy tímto směrem.

Často je právě praktický lékař prvním odborníkem, za kterým přijde pacient se svými obtížemi. Nemocní s AAA přicházejí za praktickým lékařem i s mnoha dalšími problémy. Jde o rizikovou skupinu nemocných (muži nad 60 let) trpící často současně jinými obtížemi. Jedná se velmi často o kuřáky se

Obrázek 1. 3D rekonstrukce CT vyšetření



Obrázek 2. Sekční nález ruptury aneuryzmatu abdominální aorty



Obrázek 3. Resekce AAA a náhrada bifurkační protézou – operační nález



Obrázek 4. Endovaskulární řešení AAA – počítačová rekonstrukce CT vyšetření



**Obrázek 5. CT angiografie aneuryzmatu břišní aorty**



symptomatickou ischemickou chorobou srdeční, ischemickou chorobou dolních končetin, s arteriální hypertenzí či s emfyzémem plic. Tito nemocní jsou velmi často zevrubně vyšetřováni, přítomnost AAA však může uniknout. Podle některých studií jeden ze sedmi nemocných nad 60 let s ischemickou chorobou srdeční má AAA (6). Je tedy zřejmé, že by se mělo po AAA u těchto nemocných aktivně pátrat.

Nejjednodušší je diagnostika u štíhlých nemocných, kde je i na pohled patrná pulzující rezistence v dutině břišní nebo je palpačně velmi dobře hmatná pulzující výduť.

Obtíže nastávají u obézních nemocných, kde může uniknout i větší výduť. U těchto nemocných je na místě provést ultrasonografii břicha, která by mě-

la patřit k základním screeningovým vyšetřením. CT přichází na řadu až při nejasnostech a v rámci předoperační diagnostiky.

Další otázkou je diagnostika symptomatického AAA eventuálně rupturujícího AAA. Nemocní se nezdá ocitají na urologických odděleních s diagnózou renální koliky, v horším případě jsou odesláni se spasmolytiky do domácí péče. Je zřejmé, že lékař v nemocnici s veškerým možným zázemím (USG, CT) (obrázek 5) stanoví správnou diagnózu s menšími obtížemi než lékař v ambulanci, který může provést pouze fyzikální vyšetření. Přesto pečlivé vyšetření a již jen pouhé podezření na toto onemocnění může přinést včasnou a správnou diagnózu. Vždy bychom měli mít na paměti, že jakékoliv prodlení ve stanovení správné diagnózy může mít v tomto případě fatální následky. Proto například pouhé podezření na rupturující AAA u hemodynamicky nestabilního nemocného není indikací k provedení CT, ale k okamžitému transportu pacienta na specializované pracoviště.

#### Literatura

1. Davidovic L, Markovic M, Kostic D. Ruptured abdominal aortic aneurysms: Factors influencing early survival. *Annals of Vasc. Surg.*, Publisher on line, January, 2005.
2. Chuter RAM, Senft G, Hopkinson BR. European experience with a system for bifurcated stent-graft insertion. *J. Endovasc. Surg.*, 4, 1997; 13–22.
3. Johnston KW. Multicentre prospective study of nonruptured abdominal aortic aneurysms. *J. Vasc. Surg.*, 9, 1989; 437–441.
4. Maderic J, Vulev I, Bartunek J, Mistrik A, Verhamme K, De Bruyne B, Rieckensky I. Frequency of abdominal aortic aneurysm in patients over 60 years of age with coronary artery disease. *Am.J.Cardiol.* 2005, Nov. 1, 96 (9), 1214–1216.
5. Rutherford RB. *Vascular Surgery*, 6th edition, 1999.
6. Silverstein MD, Pitts SR, Chaikof EL, Ballard DJ. AAA-cost effectiveness of screening, surveillance of intermediate sized AAA and management of symptomatic AAA. *Proc. (Bayl. Univ. Med. Cent.)* 2005; Oct, 18 (4): 345–367.
7. Třeška V, a kol. *Aneurysma abdominální aorty*, Grada publishing 1999.

#### Shrnutí

Ideálním stavem by bylo, kdyby se AAA zapsalo do podvědomí praktických lékařů jako onemocnění postihující určitou rizikovou skupinu nemocných (stejně tak jako např. ischemická choroba srdeční či aterosklerotické postižení karotického řečiště), po kterém je třeba aktivně pátrat. Aktivní screening napomůže včasné elektivní chirurgické nebo endovaskulární léčbě s podstatně vyšší úspěšností, než je tomu u urgentních situací rAAA. Rovněž finančně je mnohem výhodnější aktivní screening než řešení urgentních stavů nemocných s rAAA, které jsou zatíženy vysokou morbiditou a mortalitou (8).

Článek je podpořen grantem

IGA MZ NA/7653-3

#### MUDr. Jiří Moláček, Ph.D.

Chirurgická klinika FN Plzeň  
Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň  
e-mail: molacek@fnplzen.cz