

## **ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ (ΑΚΑ)**

Η ύπουλη νόσος

ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΟΥ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ

**ΠΕΤΡΟΥ ΜΟΥΣΤΟΓΙΑΝΝΗ** (Συνεργάτη του Νοσ. ΥΓΕΙΑ)

Με τον όρο «**ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής**»(ΑΚΑ), περιγράφουμε μια κατάσταση κατά την οποία η μεγαλύτερη αρτηρία του σώματός μας, η αορτή, παρουσιάζει αύξηση της διαμέτρου της, τουλάχιστον 2 φορές μεγαλύτερη από το φυσιολογικό.

Η νόσος αφορά τόσο σε άνδρες, όσο και σε γυναίκες, με μεγαλύτερη όμως συχνότητα στο αντρικό φύλο.

Συνήθως παρουσιάζεται σε ηλικία μεγαλύτερη των 50 – 55 ετών και οφείλεται σε γνωστά αλλά και άγνωστα αίτια. Η κυρίαρχη άποψη είναι ότι πρόκειται για νόσο γενετικά καθορισμένη με ισχυρή κληρονομική προδιάθεση, η οποία όμως επηρεάζεται και από πολλούς επίκτητους παράγοντες κινδύνου, όπως το ανδρικό φύλο, η μεγάλη ηλικία, η αθηρωματική νόσος, η υπέρταση, το κάπνισμα, τα χρόνια πνευμονικά νοσήματα κ. α.!

Συνήθως η νόσος είναι τελείως ασυμπτωματική και ανακαλύπτεται τυχαία στα πλαίσια ενός γενικότερου ελέγχου, με διάφορες απεικονιστικές εξετάσεις

(υπέρηχο, αξονική τομογραφία κλπ). Μερικές φορές, όταν η διάμετρος του ανευρύσματος είναι μεγάλη, μπορεί να υπάρχουν άτυπα συμπτώματα ή σημεία (πόνος στη μέση ή στην κοιλιά, ή ψηλαφητή σφύζουσα μάζα), που μπορούν να οδηγήσουν στη διάγνωση. Ο σοβαρότερος κίνδυνος ενός ΑΚΑ είναι η ρήξη. Η ρήξη είναι μια πολύ σοβαρή επιπλοκή, που πρέπει οπωσδήποτε να προλαμβάνεται, γιατί έχει πολύ μεγάλα ποσοστά θνητότητας, ιδιαίτερα σε ασθενείς που βρίσκονται μακριά από εξειδικευμένα αγγειοχειρουργικά κέντρα. Εκτός από τη ρήξη, μπορεί να εμφανισθεί και περιφερική αρτηριακή εμβολή, από θρομβωτικό υλικό που βρίσκεται μέσα στο σάκκο του ΑΚΑ και μπορεί να αποσπασθεί έτσι ώστε να αποφράξει μια αρτηρία των κάτω άκρων και να προκαλέσει οξεία ισχαιμία.

Για όλους τους παραπάνω λόγους, είναι φανερό η ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου. Εκτός από την κλινική εξέταση του γιατρού, που παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος της διαγνωστικής προσπέλασης, σήμερα έχουμε στα χέρια μας, μια πλειάδα από τεχνικά μέσα και εργαστηριακές εξετάσεις, που μας βοηθούν στη γρηγορότερη και πληρέστερη διάγνωση του προβλήματος, (υπέρηχοι, αξονική τομογραφία και αγγειογραφία, μαγνητική αγγειογραφία κλπ).

Η θεραπεία ενός ΑΚΑ, είναι μόνο χειρουργική. Το ερώτημα όμως, είναι πότε πρέπει να χειρουργείται ένας ασθενής. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που εκτιμώνται για αυτό τον σκοπό. Κυριότερος είναι η διάμετρος του ανευρύσματος. Αν δεν φτάνει τα 5 – 5.5 cm στους άνδρες, ή στα 4.5 – 5cm στις γυναίκες, συνήθως δεν υπάρχει ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση. Εκτός όμως από τη διάμετρο, εκτιμώνται κι άλλοι παράγοντες, όπως πχ η ταχύτητα με την οποία αυξάνει, η ηλικία και το προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενούς, τυχόν συνυπάρχοντα σοβαρά προβλήματα υγείας κλπ. Η τελική ένδειξη για χειρουργική παρέμβαση, ανήκει στον κατάλληλα εκπαιδευμένο γιατρό, δηλαδή στον αγγειοχειρουργό, ο οποίος και θα επιλέξει και την καταλληλότερη χειρουργική μέθοδο για τον κάθε ασθενή. Η παλιότερη και καλύτερα μελετημένη μέθοδος, είναι η ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση του ΑΚΑ, με τοποθέτηση ενός ειδικού συνθετικού μοσχεύματος, το οποίο τοποθετείται με κατάλληλο τρόπο στην αορτή στο σημείο του ανευρύσματος. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει και η μέθοδος της ενδαγγειακής αντιμετώπισης, όπου με πολύ μικρότερης βαρύτητας χειρουργική προσπέλαση, τοποθετείται ενδαγγειακά ένα άλλο είδος μοσχεύματος, με πολύ καλά επίσης αποτελέσματα. Η κάθε μέθοδος έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της, τα οποία και πρέπει να λαμβάνονται

σοβαρά υπόψιν, πριν την επιλογή. Η επέμβαση πρέπει να γίνεται σε οργανωμένα αγγειχειρουργικά κέντρα, με τον κατάλληλο εξοπλισμό, από εξειδικευμένους αγγειχειρουργούς, πολλές φορές και με τη συνεργασία και υποστήριξη και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων, με σκοπό την ασφαλή αντιμετώπιση και θεραπεία των ασθενών με ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής.