



ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

www.elsevier.pt/acv



ARTIGO ORIGINAL

Aneurisma umeral em doentes com transplante renal

Pedro Martins*, Tiago Ferreira, Viviana Manuel, José Tiago, Luis Silvestre, Ruy Fernandes, Luís Mendes Pedro, José Silva Nunes e José Fernandes e Fernandes

Clínica Universitária de Cirurgia Vascular, Hospital Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Recebido a 22 de fevereiro de 2014; aceite a 23 de abril de 2014

PALAVRAS-CHAVE

Aneurisma umeral;
Transplante renal;
Fístula rádio-cefálica

Resumo

Nos doentes com insuficiência renal crónica terminal o aneurisma da artéria umeral proximal a uma fístula arterio-venosa (FAV) é uma complicação rara e tardia. Os objectivos do estudo foram a caracterização clínica e demográfica destes doentes, a análise da terapêutica cirúrgica adoptada e seus resultados.

A análise foi observacional e retrospectiva, durante um período de 10 anos (2002-12) relativa aos doentes insuficientes renais crónicos com transplante renal e aneurisma umeral em membros com FAV rádio-cefálica prévia. Foram excluídos doentes com pseudo-aneurismas relacionados com acessos vasculares.

Seis doentes, 5 homens (83%) e 1 mulher (17%) com a idade média de 54 anos, transplante renal e FAV rádio-cefálica laqueada/ocluída foram avaliados. A apresentação clínica mais comum foi a de massa umeral pulsátil indolor. O diâmetro médio dos aneurismas foi de 32,5 mm. Todos os doentes foram submetidos a ressecção do aneurisma e interposição umero-umeral de conduto venoso em 4 doentes, protésico em 1 doente e a anastomose topo-a-topo em 1 doente. No *follow-up* médio de 35 meses verificou-se num doente trombose de enxerto protésico aos 2 meses e em 2 doentes degenerescência aneurismática (33%) do enxerto venoso e/ou artéria umeral proximal à reconstrução vascular aos 53 e 60 meses, o que motivou nos três doentes segunda intervenção cirúrgica. Não se registaram casos de perda de membro ou de mortalidade. *Remodeling* expansivo provocado pelo alto débito e *shear* stress proximal à FAV no contexto de maior sobrevida dos doentes com transplante renal em relação aos doentes em hemodiálise e o eventual efeito da terapêutica imunossupressora, poderão explicar a ocorrência deste efeito degenerativo. O conduto de eleição deve ser o enxerto venoso pela sua maior permeabilidade, não obstante o seu potencial de dilatação subsequente, pelo que é indispensável um programa de vigilância rigoroso.

© 2014 Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

*Autor para correspondência.

Correio eletrónico: pmalvesmartins@hotmail.com (P. Alves Martins).

KEYWORDS

Brachial artery
aneurysm;
Kidney transplant;
Radiocephalic fistula

Brachial artery aneurysm on receivers of kidney transplant**Abstract**

In patients with end-stage chronic kidney disease, brachial artery aneurysms proximal to an arteriovenous fistula are a rare and late complication. The aim of this study was clinical and demographic characterization of these patients and analysis of the outcomes of surgical treatment.

An observational retrospective study was conducted comprising a period of 10 years (2002-2012) on receivers of kidney transplant with brachial artery aneurysms in limbs with a previously constructed radiocephalic fistula. Patients with access-related pseudo-aneurysms were excluded.

Six patients - 5 male (83%) and 1 female (17%) - with an average age of 54 years, all of whom were kidney transplant recipients and had a ligated/occluded radio-cephalic fistula. The most common presentation was a painless pulsatile mass. Average aneurysm diameter was 32.5 mm. All patients had their aneurysm resected. An interposition graft was placed in 5 patients - vein graft in 4 patients, prosthetic graft in 1 patient. End-to-end anastomosis was performed in 1 patient. The average follow-up was 35 months, with thrombosis of 1 prosthetic graft at 2 months, 2 patients suffered aneurysmal degeneration (33%) of the graft and/or brachial artery proximal to the reconstruction at 53 and 60 months, all requiring a second procedure. No fatalities or cases of limb loss were recorded.

Expansive remodeling caused by high flow and shear stress proximal to an arteriovenous fistula associated with longer survival of kidney transplant recipients and the effect of immunosuppressive therapy may explain development of these aneurysms. Our results point out that venous conduit should be the preferred choice by its longer patency, although requiring a non-invasive surveillance program by the risk of late aneurysmal degeneration.

© 2014 Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascul. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

A arteriomegalia proximal a FAVs pode ser uma adaptação frequente ao alto débito e stress hemodinâmico¹, mas a degenerescência aneurismática focal é muito rara. A primeira descrição de aneurisma proximal a uma FAV, de etiologia traumática, foi realizada por Hunter há mais de 200 anos².

Os doentes com insuficiência renal crónica em programa de hemodiálise dependem da criação e manutenção de um acesso vascular, preferencialmente uma FAV pela sua maior permeabilidade e menor taxa de complicações a longo prazo. Nestes doentes, a maioria dos aneurismas periféricos são pseudo-aneurismas anastomóticos do acesso ou aneurismas venosos decorrentes da punção repetida de FAV.

Nos doentes com transplante renal frequentemente a primeira técnica de substituição renal utilizada é a hemodiálise através de FAV durante um período limitado de tempo. Estes últimos doentes pela sua maior sobrevida associada à longa persistência no tempo de um acesso vascular podem constituir um grupo particularmente susceptível à degenerescência aneurismática da artéria dadora.

Os objectivos do presente estudo consistiram na caracterização clínica e demográfica dos doentes com transplante renal e aneurisma umeral associado a fístula rádio-cefálica laqueada/ocluída, na análise da estratégia diagnóstica e dos resultados da terapêutica cirúrgica adoptada.

Material e métodos

Os processos hospitalares de todos os doentes submetidos a cirurgia de reconstrução da artéria umeral no Hospital de Santa Maria (Lisboa), de Novembro de 2002 a Dezembro de 2012 foram revistos.

Os doentes com transplante renal e aneurisma umeral associado a fístula rádio-cefálica laqueada/ocluída foram seleccionados, tendo sido excluídos doentes com pseudo-aneurismas anastomóticos do acesso vascular ou com aneurismas venosos de FAV.

Definiu-se como aneurisma uma dilatação da artéria umeral superior a 50% do diâmetro normal esperado³. A etiologia do aneurisma foi estabelecida através da interpretação da apresentação clínica e dos exames complementares de diagnóstico nomeadamente, o estudo anatomo-patológico.

Foi registada a informação referente ao tipo de acessos vasculares, intervenções subsequentes, sintomatologia e cirurgia de reconstrução arterial através da análise dos processos hospitalares e de entrevista. Foram utilizados os diagnósticos prévios referenciados para confirmação de hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes e tabagismo.

A cirurgia de reconstrução arterial consistiu em ressecção do aneurisma umeral e anastomose topo a topo ou interposição de enxerto venoso/protésico.

O *follow up* dos doentes foi realizado através de consulta médica regular e pela análise dos registos hospitalares. Foi realizada uma consulta extraordinária para obter uma avaliação actualizada através da clínica

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868349>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868349>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)