

# Incidencia y clasificación de endofugas tipo 1 proximales tras el tratamiento endovascular de aneurismas utilizando el dispositivo Nellix™

Leo H. van den Ham <sup>a</sup>, Andrew Holden <sup>b</sup>, Janis Savlovskis <sup>c</sup>, Andrew Witterbottom <sup>d</sup>, Kenneth Ouriel <sup>e</sup>, Michel M.P.J. Reijnen <sup>a,\*</sup>, on behalf of the EVAS Type IA Endoleak Study Group

<sup>a</sup> Department of Surgery, Department of Radiology, Rijnstate Hospital, Arnhem, The Netherlands

<sup>b</sup> Department of Radiology, Auckland Hospital, Auckland, New Zealand

<sup>c</sup> Department of Radiology, Stradins University Hospital, Riga, Latvia

<sup>d</sup> Department of Radiology, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, UK

<sup>e</sup> Syntactx, New York, NY, USA

**Objetivo/contexto:** las endofugas tipo 1 proximales se asocian con crecimiento y rotura de los aneurismas de aorta abdominal (AAA) y precisan siempre tratamiento. El sistema Nellix (sellado endovascular de aneurismas, EVAS) es una modalidad única de tratamiento de AAAs, en la que la aparición y tratamiento de endofugas es también diferente. Este estudio pretendió analizar y categorizar las endofugas proximales en una cohorte tratada con EVAS.

**Método:** se incluyeron todos los pacientes tratados entre febrero de 2013 y diciembre de 2015 en 15 centros con experiencia en EVAS, y con endofugas proximales. Un laboratorio centralizado analizó las angiotomografías computarizadas. Se celebró una reunión para consensuar, discutir y clasificar cada caso en cuanto a selección, aspectos técnicos y posibles causas de la endofuga. Estas endofugas se clasificaron utilizando un sistema nuevo para EVAS.

**Resultados:** en el período de estudio se trataron 1851 pacientes, seguidos una mediana de  $494 \pm 283$  días. Entre ellos, 58 (3,1%) desarrollaron una endofuga proximal (1,5% temprana y 1,7% tardía). En total, el 84% de los 58 pacientes se trataron fuera de las instrucciones de uso (IFU) originales, y el 96% fuera de las IFU actuales refinadas. La causa de endofuga más probable fue un posicionamiento muy distal de los stent (44,6%), encontrándose también anatomía hostil (16,1%) o una combinación de ambas (33,9%). Se realizó tratamiento por embolización o extensión proximal en el 47% de los casos, con un éxito técnico del 97%.

**Conclusión:** la incidencia global de endofuga proximal tras EVAS fue del 3,1% tras un seguimiento medio de 16 meses, ocurriendo el 1,5% en los primeros 30 días. La incidencia se relaciona con la selección de casos y el posicionamiento de los stent. Es fundamental la detección y clasificación precoz para evitar una potencial rotura del saco.

**Palabras clave:** Clasificación, Sellado endovascular de aneurismas, Endofuga, EVAS, Incidencia, Nellix

# Resultados a cinco años del tratamiento endovascular de la safena mayor: un metaanálisis

Sterre A.S. Hamann <sup>a</sup>, Jenny Giang <sup>b</sup>, Marianne G.R. De Maeseneer <sup>a</sup>, Tamar E.C. Nijsten <sup>a</sup>, Renate R. van den Bos <sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Department of Dermatology, Erasmus Medical Centre, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam, The Netherlands

<sup>b</sup> Erasmus University Rotterdam, Rotterdam, The Netherlands

**Objetivos:** las opciones de tratamiento más frecuentes para la incompetencia de la vena safena mayor son la ligadura y stripping (ST), la ablación termal (EVTA) por medio de láser endovenoso (EVLA) o radiofrecuencia, y la escleroterapia con espuma guiada por ecografía (EE). El objetivo de esta revisión sistemática y metaanálisis fue comparar la efectividad a largo plazo de estas modalidades de tratamiento.

**Método:** se realizó una búsqueda sistemática de la literatura existente. Se incluyeron ensayos clínicos (RCT) con seguimiento igual o superior a 5 años. Se compararon, usando un test z o un test t de Student, las tasas ponderadas de éxito anatómico (como objetivo principal) y las tasas de reflujo recurrente de la unión safenofemoral (USF), así como la diferencia media en el Venous Clinical Severity Score (VCSS). Se evaluaron y describieron también los datos de calidad de vida.

**Resultados:** tres ensayos clínicos y 10 estudios de seguimiento de RCT se incluyeron, de los que 12 se ponderaron en el metaanálisis. En total, 611 extremidades se trataron con EVLA, 549 con ST, 121 con EE y 114 combinando ligadura de cayado y EVLA (L-EVLA). La EE presentó peores tasas ponderadas de éxito anatómico que el ST, EVLA y L-EVLA: 34% (IC 95% 26-44) versus 83% (IC 95% 72-90), 88% (IC 95% 82-92) y 88% (IC 95% 17-100) respectivamente,  $p < 0,001$ . La tasa ponderada de reflujo recurrente de la USF fue significativamente menor para el ST que para EE (12%, IC95% 7-20 vs. 29%, IC95% 21-38,  $p < 0,001$ ) y para EVLA (12%, IC95% 7-20 vs. 22%, IC95% 14-32,  $p = 0,038$ ). Los scores VCSS se ponderaron para EVLA y ST, con mejorías similares para los dos.

**Conclusión:** EVLA y ST muestran mejores tasas de éxito a 5 años que la EE tras el tratamiento de la insuficiencia de safena mayor. Las tasas de reflujo recurrente en la USF son significativamente inferiores para ST que para EE y EVLA. Los scores VCSS fueron similares entre ST y EVLA.

**Palabras clave:** Venas varicosas, Procedimientos endovasculares, Terapia láser, Cirugía, Resultados de tratamiento

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8659553>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8659553>

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