

Haigusjuht

Taaniel Laisk

III aast resident

Anamnees

- M, 60a
- Toodud kiirabiga eelteavitusega.
- Probleemiks teadvushäire/kõnehäire; ST-elevatsioonid.
- Kella 18 paiku pt läinud WC-sse. Abikaasa leidnud, proovinud tõsta, pannud toolile. Kõnehäire varasemast, kuid abikaasa sõnul pisut hullem.

Kaasuvad haigused

- Suvel oli insult ACM dex alal. 19.07.21 Ataksia, kõnnifunktsiooni ja tasakaalu halvenemine. Kõnehäire.
- DM II
- 2011 STEMI. Saabus haiglasse elustamisjärgses seisundis. Okludeerunud LAD mis dilateeritud ning stentitud 2 ravimkaetud stentiga
- 16.07.21 Ehhos EF 27%, vasak vatsake laienenud.

Obj. Leid.

- EMO-sse saabudes: Vaatab otsa, vastab lühidalt küsimustele. Valu rinnus ja õhupuudust eitab. Kopsudes bilat. vesik. h/k. **Hingeldab > 30x´**. SpO2 100%, kiirabi poolt reservuaarmask 3 l/min. 140/77mmHg, **fr 130-190x´**, **sagedus muutuv, P-sakk olemas. Käed-jalad jahedad**, külgühtlaselt. a. radialisel pulsid olemas, jalgadel raske leida.
- EKG: siinustahhükardia 115x, värske infarkti muutusi ei ole
- Bedside-UH: südame tamponaadi ei ole. Kõhuaort nähtavas osas norm suurust

Vahekokkuvõte

- 60a M
- teadvushäire/kõnehäire-uus? raske aru saada, kõndimine halvenenud/kukkunud?
- Varasem insult, infarkt ja elustamine.
- Hingeldab, tahhükardiline 130-190x/min, jäsemed jahedad ja jalgade pulsse ei palpeeri?- šokis? Rindkerevalu ega hingeldust ei kaeba?
- EKG siinustahhükardia
- Analüüsides südame ja või lihaskahjustusele viitav leid, südamepuudulikkuse süvenemine, leukotsütoos ja D-dimeeride oluline tõus

Diferentsiaaldiagnostika. Mis patsiendiga toimub?

- 1) Südamelihase infarkt
- 2) KATE
- 3) Insult
- 4) CRUSH sündroom? teadaolevalt ei lebanud pikemalt maas.

+

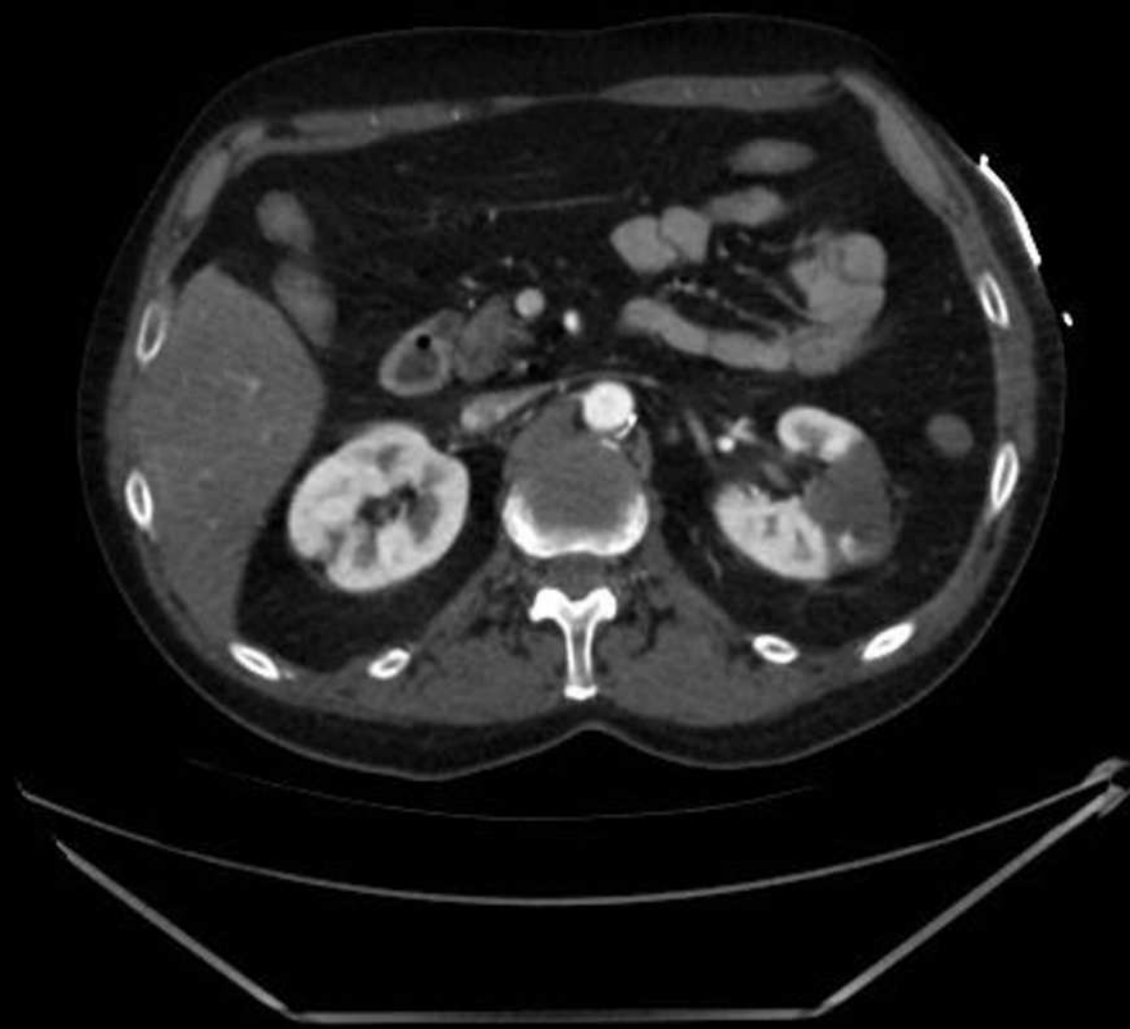
šokis või sinnerpoole teel.

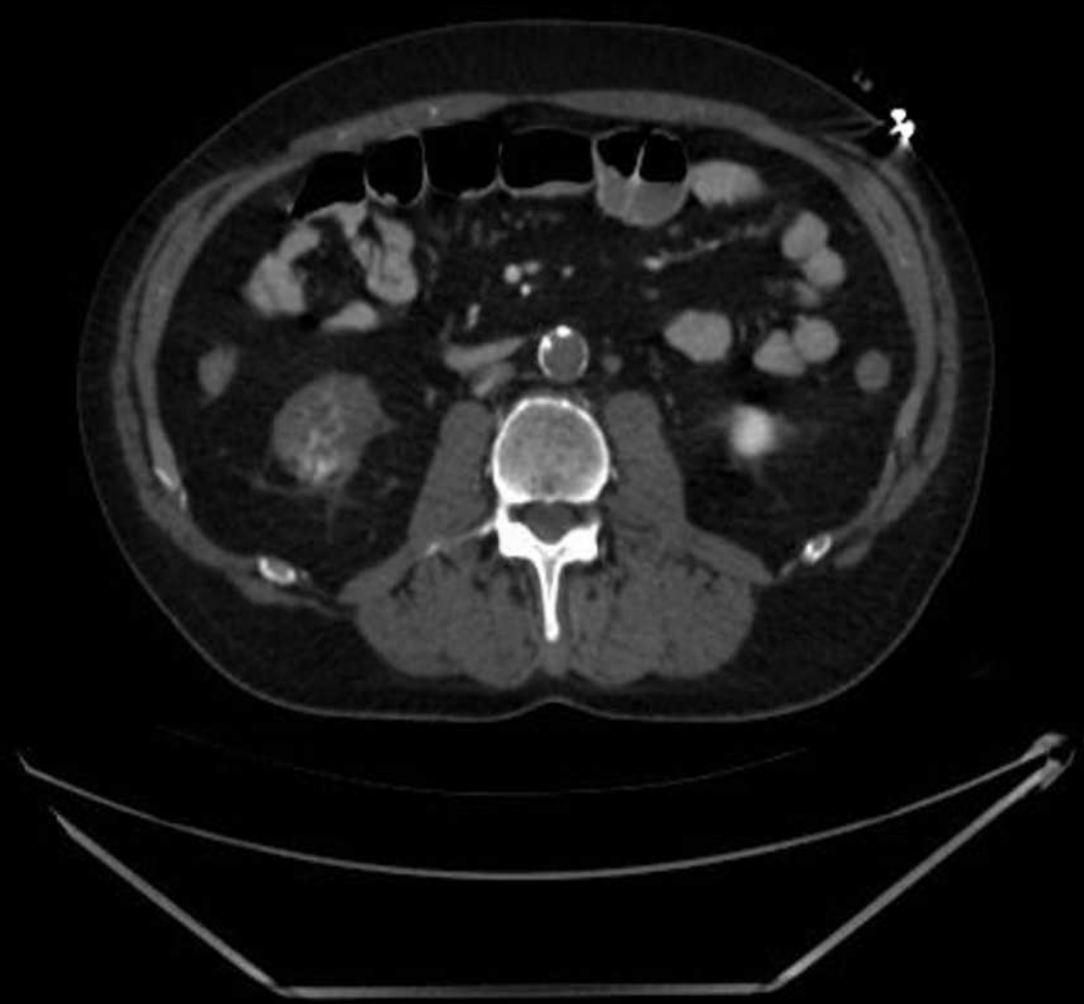
1. kompuutertomograafia, 28.02 kl 20.58

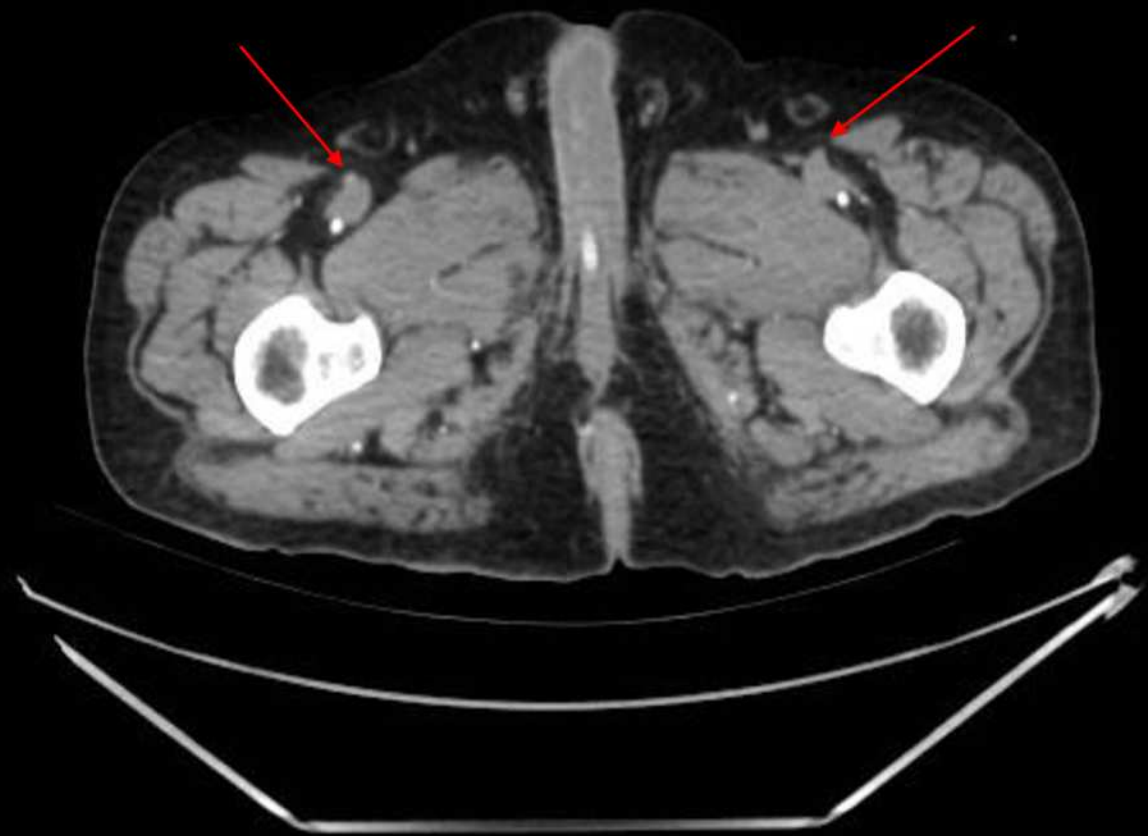
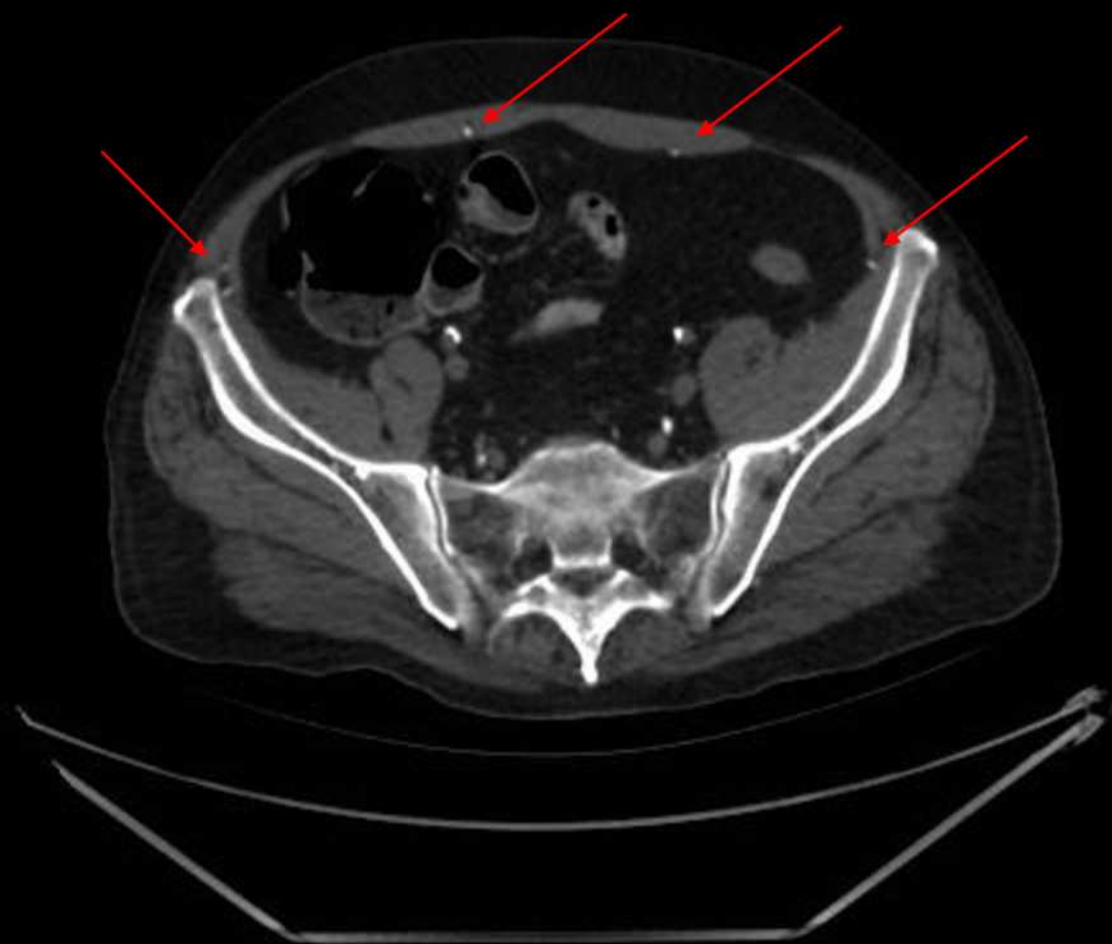
- Küsimus: peajuinfarkt? KATE?
- Vastus: peaaigus on väljakujunenud äge/alaäge isheemiline kahjustus paremal FP-I keskmise ajuarteri varustusel, lisaks kroonilised kahjustused T dex ja basaaltuumades ning M1 hargnemiskoha väike aneurüsm. Keskmise ajuarteri M1 ega M2 proksimaalosa veenvat oklusiooni ei sedasta (isheemia alad on mitmes eri lokaliseerimises kortikaalsel, emboolilised?). Kaela arterites olulisi ahenemisi, trombe ei sedasta. KATE-t ei sedasta. Kopsudes vaskulaarne-interstitsiaalne turse, südameõõned laienenud.

2. Kompuutertomograafia 01.03 kl 03.52

- Küsimus: Aordi tromboos? Dissekatsioon? Vasak jalg marmoraazis, mõlema jala reiearteril pulssi ei tunne. Südamemarkerite taseme tõus.







Vastus

- kõhuaordi oklusioon, neeruarteritest distaalsemal arterid ei kontrasteeru (sh alumine mesenteriaalarter); mõlemapoolsed neerufarkt; vasaku neeru tuumor; südame laienemine, interstitsiaalne kopsuturse.

Opi kirjeldusest

- Mõlema jala äge isheemia ateroskleroosi foonil tekkinud aordi tromboosist. Anamnees algusest 8 tundi, ägeda isheemia kliinik vähemalt 4 tundi. Vasak jalg reiest alates marmoraaasis, puudub funktsioon, paremat jalga suudab minimaalselt liigutada, tundlikkus tugevasti langenud. ajuinfarkti jääknähtude tõttu anamneesi võtmine väga keeruline. CTA infrarenaalselt aordi ja niudearterite tromboos. ühisreiearterites olulised stenoosid ateroskleroosist. PAH on väljendunud ka distaalsel aFS mõlemal jalal krooniliselt sulgunud

- II intensiivravi osakonda hospitaliseeritud erakorraliselt 01.03.22 trombektoomia + vasaku reie amputatsiooni järgselt postoperatiivseks jälgimiseks. Esines kardiogeenne šokk
- Patsiendil kujunes anuuria ja ülikõrge müoglobineemia, alustatud püsidalüüsiga.
- süveneb hüpotensioon, pt on vasopleegiline. Noradrenaliin tõusvas annuses.
- Exitus letalis 03.03.2022

Aortoiliakaalne oklusiivne haigus(Leriche sündroom)

- Aortoiliakaalne oklusiivne haigus sagedasem eakatel, kellel on kaugelearenenud aterosklerootiline haigus.
- Krooniline vorm on sagedam.
- Äge oklusioon sagedasem naistel ja seostatakse kõrge suremusega~50%

Aortoiliakaalne oklusiivne haigus

- Akuutse esinemuse korral:
 - Pain
 - Pulselessness
 - Pallor
 - Paresteesia
 - Paralüüs
- Akuutsed juhud võivad olla ka segase kliinilise pildiga nt. cauda equina sündroom + Fournier gangreen
- Kroonilistel juhtudel võib esineda: erektsioonihäireid, klaudikatsiooni ja femoraalpulsside puudumist.

Klassifikatsioon

- Oklusiooni paiknemine mõjutab ravi valikut
- Jaotatakse kolmeks tüübiks:
 - Tüüp I: piirdub distaalse aordi ja ühiste niudearteritega.
 - Tüüp II: Tüüp I + välimiste niudearterite oklusioon.
 - Tüüp III: aortoiliakaalne segment + femoropopliteaalsed sooned.

Etioloogia

- Ateroskleroos- peamine põhjus kroonilistel juhtudel
- Vaskuliit
- Tromboos- peamine põhjus ägedatel juhtudel?

- Võib areneda palju kollateraale läbi:
 - SMA/IMA-> ülemine rektaalarter-> keskmine ja alumine rektaalarter-> sisemine niudearter
 - Interkostaal ja lumbaalarterite kaudu
 - A. thoracia interna-> a. epigastrica superior-> a. epigastrica inferior

KT roll

- Oklusiooni ulatus
- Kaasuv vistseraalarterite ateroskleroos
- Kollateraalse hindamine
- OP planeering.

Kokkuvõte

- Äge aortoiliakaalne oklusiivne haigus on harv ja halva prognoosiga haigus.
- Õige diagnoosini jõudmine võib olla keeruline.
- Peamine põhjus embooliline?(aterosklerootiliste muutuste foonil).

Kasutatud kirjandus

- 1) [A modern series of acute aortic occlusion - ScienceDirect](#)
- 2) [Acute aortic occlusion—A multifaceted catastrophe - Journal of Vascular Surgery \(jvascsurg.org\)](#)
- 3) [Aortoiliac occlusive disease | Radiology Reference Article | Radiopaedia.org](#)