

Эндоваскулярная коррекция псевдоаневризмы правой маточной артерии. Клинический случай.

А.И. Квашин (1,2), А.В. Мельник¹ (1), М.А. Шарифулин (1).

1. ГУЗ Иркутская областная клиническая больница; 2. Научный Центр Реконструктивной и Восстановительной Хирургии ВСНЦ СО РАМН.
Иркутск, Россия.

Псевдоаневризма маточной артерии – редкое, но потенциально опасное осложнение гинекологических операций. Женщина 39 лет поступила в отделение гинекологии ИОКБ в январе 2010 года с диагнозом артерио-венозный маточный шунт через три месяца после плановой миомэктомии с энуклеацией трёх узлов по поводу интерстициально-субсерозной миомы матки. Диагноз псевдоаневризмы правой маточной артерии был подтверждён КТ и ангиографией. Артерио-венозный шунт обнаружен не был. При помощи рентгеноэндоваскулярной техники выполнена редукция кровотока по маточным артериям с целью предупреждения формирования контралатеральных анастомозов и возможного маточного кровотечения. Эндоваскулярная эмболизация маточной артерии явилась эффективным и малоинвазивным методом лечения псевдоаневризмы маточной артерии.

Ключевые слова: псевдоаневризма маточной артерии, эндоваскулярная эмболизация.

Список сокращений:

ИОКБ – Иркутская Областная Клиническая Больница.

ЭМА – эмболизация маточной артерии.

Введение: Псевдоаневризма представляет собой наполняемую кровью полость, которая сообщается с истинным просветом артерии. Ограничивают псевдоаневризму прилежащие ткани, не содержащие элементов артериальной стенки (1,2). Повреждение сосудистой стенки, как причина развития ложной аневризмы, возникает в результате воспаления, травмы сосуда или ятрогенного повреждения в ходе хирургического вмешательства, взятия тканевой биопсии, дренирования (2).

Развитие псевдоаневризмы маточной артерии – редкое, но серьёзное осложнение гистерэктомии (3,4), миомэктомии (5,6), кесарева сечения (7), кюретажа (8). Частота образования ложной аневризмы после миомэктомии составляет 0,63% (9). Без своевременной УЗС, КТ и ангиографической диагностики с последующим лечением, псевдоаневризмы склонны к предсказуемому разрыву с развитием угрожающего жизни пациента кровотечения (3,4,6).

Точный механизм формирования ложной аневризмы после миомэктомии не известен. Возможно, что маточная артерия повреждается при энуклеации глубоко расположенного интра-

миометриального узла. Описание псевдоаневризм после миомэктомии единичны, что, вероятно, связано с бессимптомным течением возникшего осложнения (5,6). В силу этих причин некоторые авторы предлагают выполнять УЗС матки после миомэктомии у всех пациентов (3).

В нашем наблюдении представлена псевдоаневризма правой маточной артерии, выявленная при УЗС через 2 месяца после миомэктомии и успешно ликвидированная путём транскатетерной эмболизации маточной артерии (ЭМА) частицами PVA.

Клиническое наблюдение: Женщина 39 лет поступила в отделение гинекологии ИОКБ в январе 2010 года с диагнозом артерио-венозный маточный шунт через три месяца после плановой миомэктомии с энуклеацией трёх узлов по поводу интерстициально-субсерозной миомы матки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная была выписана под наблюдение в женскую консультацию, где при контрольном УЗС было выявлено наличие заполненной жидкостью полости размерами 26х22х25 мм, располагающейся в правой боковой стенке матки и артерио-венозного шунта с высокой скоростью кровотока в стенке матки, вероятно в месте энуклеации одного из узлов. Диагноз псевдоаневризмы установлен МСКТ ангиографией (рис. 4).

Пациентке выполнена ангиография обеих бассейнов внутренних подвздошных артерий путём пункции правой бедренной артерии по методике Сельдингира, заведения интрадьюссера 5 Fr и вентрикулярного катетера. Обе маточные артерии последовательно суперселективно контрастированы через катетер Робертса. В бассейне левой маточной артерии имелись типичные для фибромиомы признаки (повышенно извитые гиперпла-

¹Адрес для переписки:
Мельник Алексей Викторович.
г. Иркутск, м-он Юбилейный 100,
Иркутская Областная клиническая больница, отд. Ангиографии.
E-mail: am78@bk.ru
Тел. 89642122545; 8 (3952) 40-78-56; 40-78-57
Статья получена 30 апреля 2010 г.
Принята в печать 21 мая 2010 г.

зированные сосуды). Проведена эмболизация двумя дозами частиц PVA (500-700мкм) до появления стойкого стаза контрастированной крови в артерии (рис. 1,2).

При контрастировании правой маточной артерии выявлена ложная аневризма (35х30мм) с турбулентным кровотоком, ровными краями и задержкой контрастированной крови. Артериовенозный шунт не обнаружен. Венозная фаза наступала своевременно. Правая маточная артерия эмболизирована тремя дозами частиц PVA (500-700мкм) до появления стойкого стаза контрастированной крови в артерии и отсутствия визуализации псевдоаневризмы (рис.3).

В послеоперационном периоде состояние пациентки удовлетворительное. Температура 36,6 С. Жалобы на незначительные тянущие боли внизу живота. Выделений из влагалища нет.

При контрольном УЗИ через 5 дней после ЭМА по передней стенке правого тазового угла выявляется полость 21х17х20 мм с признаками организующейся гематомы.

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение в женскую консультацию по месту жительства.

Заключение: Эндоваскулярная эмболизация маточной артерии - миниинвазивный метод лечения фибромиоматоза матки, а так же маточного кровотечения различной этиологии. ЭМА с целью лечения миомы матки применяется с 1995 года (10), однако ещё в 1979 году, эмболизация маточной артерии использовалась для гемостаза при послеродовом и послеоперационном кровотечении (11,12,13). Эффективность ЭМА, как метода, вызывающего стойкий гемостаз при травматических тазовых кровотечениях, гинекологических заболеваниях, раке тазовых органов, составляет более 97% (12).

ЭМА при лечении псевдоаневризм имеет преимущества в сравнении с традиционной хирургической операцией, где требуется внутриполостное вмешательство. Интраоперационно достаточно трудно обнаружить и лигировать питающий псевдоаневризму сосуд, а попытка эвакуировать содержимое гематомы зачастую приводит к вторичному кровотечению в результате редукции эффекта «гематомной тампонады». При ЭМА возможна точная визуализация питающего сосуда и суперселективное его закрытие. Так же достигается эмболизация дистального микрорусла артерии, что не доступно при обычном лигировании.

При выполнении ЭМА для ликвидации ложной аневризмы, было важным закрытие, как питающей, так и контралатеральной маточной артерии с целью предупреждения формирования межартериальных коллатералей.

ЭМА является безопасным, малоинвазивным и эффективным методом профилактики острых геморрагических событий при наличии псевдоаневризмы маточной артерии.



Рис. 1. Ложная аневризма (стрелка) шейного сегмента левой ВСА.

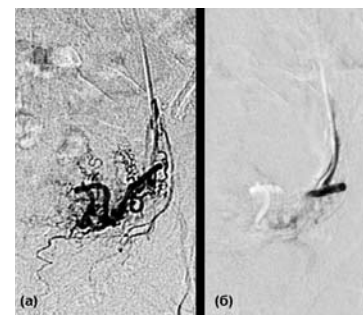


Рис. 2. Отсутствие контрастирования полости ложной аневризмы ВСА после имплантации стент-графта.

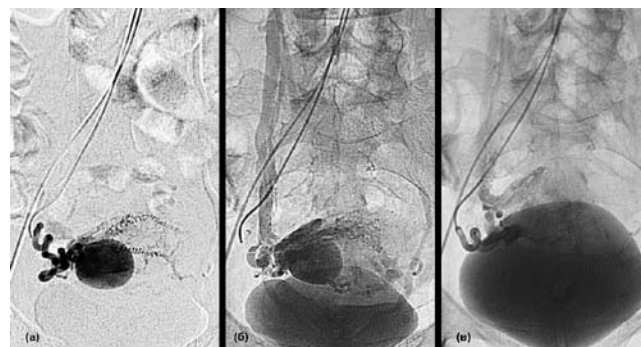


Рис. 3. Фузиформная аневризма интракраниального отдела правой позвоночной артерии.

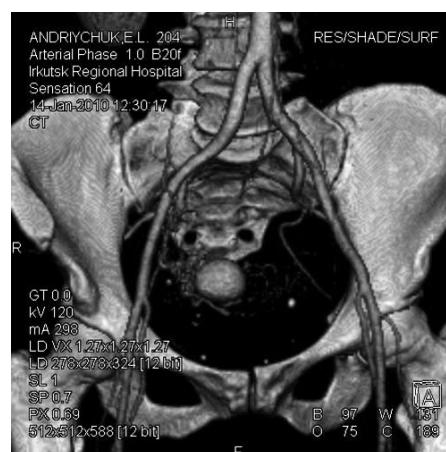


Рис. 4. Ангиограмма правой позвоночной артерии после имплантации стент-графта.

Список литературы.

1. Zimon A.E., Hwang J.K., Principe D.L., Bahado-Singh RO. Pseudoaneurysm of the uterine artery. Obstet. Gynecol., 1999, 94, 827–30.
2. Saad N.E., Saad W.E., Davies M.G. et al. Pseudoaneurysms and the role of minimally invasive techniques in their management. Radiographics, 2005, 25, 173–89.
3. Langer J.E., Cope C. Ultrasonographic diagnosis of uterine artery pseudoaneurysm after hysterectomy. J. Ultrasound Med., 1999, 18, 711–4.
4. Lee W.K., Roche C.J., Duddalwar V.A. et al. Pseudoaneurysm of the uterine artery after abdominal hysterectomy: radiologic diagnosis and management. Am J. Obstet. Gynecol., 2001, 185, 1269–72.

5. Higon M.A., Domingo S., Bauset C. et al. Hemorrhage after myomectomy resulting from pseudoaneurysm of the uterine artery. *Fertil. Steril.*, 2007, 87, 417, e5–8.
6. Takeda A., Kato K., Mori M. et al. Late massive uterine hemorrhage caused by ruptured uterine artery pseudoaneurysm after laparoscopic assisted myomectomy. *J. Minim. Invasive Gynecol.*, 2008, 15, 212–6.
7. Kovo M., Behar D.J., Friedman V., Malinger G. Pelvic arterial pseudoaneurysm- a rare complication of Cesarean section: diagnosis and novel treatment. *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 2007, 30, 783–5.
8. Kim Y.A., Han Y.H., Jun K.C., et al. Uterine artery pseudoaneurysm manifesting delayed postabortal bleeding. *Fertil. Steril.*, 2007; Published online 19 September 2007 [Epub ahead of print].
9. Hurst B.S., Matthews M.L., Marshburn P.B. Laparoscopic myomectomy for symptomatic uterine myomas. *Fertil. Steril.*, 2005, 83, 1–23.
10. Ravina J.H., Bouret J.M., Fried D. et al. Value of pre-operative embolisation of a uterine fibroma: Report of a multi-centre series of 31 cases. *Contraception, Fertilite, Sexualite*, 1995, 23, 45-49.
11. Vedantham S., Goodwin S.C., McLucas B., Mohr G. Uterine artery embolisation - an under-used method of controlling pelvic haemorrhage. *Am. J. Obstet. Gynaecol.*, 1999, 176, 938-948.
12. Greenwood L.H., Glickman M.G., Schwartz P.E. et al. Obstetric and non-malignant gynecologic bleeding: treatment with angiographic embolization. *Radiology*, 1987, 164, 155-159.
13. Abbas F.M., Currie J.L., Mitchell S. et al. Selective vascular embolization in benign gynecologic conditions. *J. Reprod. Med.*, 1994, 39, 492-496.