

UDK: 617.55-009.7-083.98
COBISS.SR-ID: 133750537

DOI: 10.5937/abc2203007M

NEOBIČNE PREZENTACIJE URGENTNOG TORAKOABDOMINALNOG BOLA

UNUSUAL PRESENTATIONS OF URGENT THORACOABDOMINAL PAIN

Ivana Milićević-Nešić, Dušica Gujaničić

Univerzitetski klinički centar Srbije, Urgentni centar, Beograd

Sažetak:

Uvod: Vaskularna hitna stanja u trbuhu nisu česta, ali su značajna zbog visokog mortaliteta, potrebe za hitnom dijagnozom i momentalnim, najčešće operativnim lečenjem. Tromboembolijski poremećaji dovode do ishemije i infarkta zahvaćenih intraabdominalnih organa, dok ruptura aneurizme abdominalne aorte i disekcija aorte, kao jedna od najurgentnijih stanja u medicini, vode hipovolemijском šoku i smrtnom ishodu, ukoliko se ne prepoznaju na vreme. Cilj rada: Ukazati na pacijente sa neobičnim kliničkim slikama i neočekivanim okolnostima, da se ne bi zakasnilo sa pravovremenom dijagnozom i odlukom o daljem lečenju. Prikaz slučaja: Prvi slučaj je pacijentkinja starosti 57 godina, koju je lekarska ekipa Zavoda za urgentnu medicinu dva puta dovodila u Prijemno trijažnu ambulantu Urgentnog centra (UC) tokom noći. Prvi put je doneta zbog navodne alkoholisanosti i poremećaja stanja svesti, nakon čega biva upućena na Vojnomedicinsku akademiju (VMA). Drugi put iz pomenute ustanove, vraćena pod sumnjom na disekciju aorte, gde se, nakon što se stanje svesti popravilo, požalila da ima bol u grudima. Nakon učinjene kompjuterizovane tomografske aortografije (CTA) i potvrđene disekcije ascendentne aorte hitno operisana. Spor postoperativni period sa komplikacijama završio se pozitivnim ishodom, otpuštena iz bolnice nakon 15 dana. Drugi pacijent je starosti 35 godina. Došao je u UC sa jakim bolom u epigastrijumu, koji je počeo jedan sat pre dolaska. Nakon suspektnog ultrazvučnog nalaza, povišenog D-dimera i bola rezistentnog na analgeziju, napravljena je dobra odluka da se uradi CTA aortografija koja ukazuje na trombozu arterije mesenterike superior. Hitno operisan, potom reoperisan, konzilijarno sagledavan sve vreme, ali je egzistirao 15-og dana hospitalizacije. Zaključak: Treba imati na umu neobične prezentacije torakoabdominalnog bola, zbog pravovremene dijagnostike i lečenja.

Ključne reči: disekcija aorte, CTA, D-dimer, tromboza

KORESPONDENCIJA/CORRESPONDENCE

Dušica Gujaničić

Beograd, Univerzitetski klinički centar Srbije, Urgentni centar, Pasterova 2

Telefon: +381646689310, E-pošta: dusskag@gmail.com

UVOD

U proseku 7-10% svih pacijenata koji se javi u hitnu službu ima bol u trbuhu [1]. Jedna trećina svih abdominalnih bolova je nespecifična abdominalna bol. Jako je bitno u prijemnim ambulancama identifikovati ozbiljne i vitalno ugrožavajuće uzroke bola, pogotovo kod pacijenata sa povećanim faktorima rizika. Diferencijalna dijagnoza abdominalnog bola je široka i raznolika, od najurgentnijih stanja kakva su na primer ruptura abdominalne aneurizme, mezenterijalna tromboza, do nekih blagih, nespecifičnih poremećaja. Najčešći uzroci bola u trbuhu su akutni apendicitis, pankreatitis, diverticulitis, opstrukcija creva, ali takođe, prisutna je i patologija visceralnih abdominalnih krvnih sudova.

Vaskularna hitna stanja u trbuhu nisu česta, ali su značajna zbog visokog mortaliteta i potrebe za hitnom dijagnozom i momentalnim, najčešće operativnim lečenjem. Većina ovih stanja je vremenski zavisna jer usled smanjene perfuzije kroz oštećeni krvni sud dolazi do mikroskopskih i makroskopskih oštećenja organa i razvoja šoka što se manifestuje smanjenjem kapilarnog punjenja, marmorizovanom kožom i hipotenzijom. Tromboembolijski poremećaji dovode do ishemije i infarkta zahvaćenih intraabdominalnih organa, dok ruptura aneurizme abdominalne aorte i disekcija aorte, kao jedna od najurgentnijih stanja u medicini, vode hipovolemijskom šoku i smrtnom ishodu, ukoliko se ne prepoznaju na vreme.

Podaci iz literature ukazuju da čak polovina pacijenata koja se javi u hitnu službu ne dobije preciznu dijagnozu, a kod čak polovine dijagnostifikovanih dijagnoza je pogrešna [2]. Zbog tog razloga, ukoliko nismo u mogućnosti da isključimo urgentne vaskularne uzroke bola u trbuhu, a bol i dalje perzistira kod pacijenta, potrebna je produžena opservacija. Treba pratiti vitalne parametre i monitorizovati pacijenta tokom cele opservacije. Kada su u pitanju teški pacijenti, vitalno ugroženi, lakše ćemo se odlučiti za neku od imidžing metoda, da bi isključili pojedina hitna stanja i postavili pravu dijagnozu. Problem su stabilni pacijenti, sa nespecifičnim simptomima, kako kod njih ne zakasni sa pravovremenom dijagnozom i odlukom o daljem lečenju?

Između 2007. i 2011. godine u SAD bilo je 23% povećanja pregleda u hitnim službama, zbog bola u trbuhu taj trend nastavlja da se povećava i dalje [3]. Kod većine odraslih stopa prijema u bolnicu zbog bolova u trbuhu se kreće između

18 % i 42% [4]. I pored svih smernica za dijagnostiku i urgentno zbrinjavanje abdominalnog bola, kao i naprednih dijagnostičkih, laboratorijskih i imidžing metoda, pregleda od strane različitih specijalista, etiologija bola često ostaje nepoznata. Kod 40% pacijenta poreklo abdominalnih bolova se nikada ne utvrdi.

Poseban entitet predstavlja bol u trbuhu kod starijih osoba, koji su česti pacijenti u hitnim službama. Kod njih se pravilno donošenje dijagnoze može zakomplikovati relativnim nedostatkom simptoma, čak i u prisutvu ozbiljnih stanja. Starije osobe često nemaju povišenu telesnu temperaturu, zbog usporenog metabolizma kasne odstupanja u laboratorijskim vrednostima, peritoneum je manje osetljiv. Upravo je ovo populacija pacijenata izložena riziku od tzv. "vaskularnih katastrofa", kao što su mezenterijalna tromboza i ruptura aneurizme trbušne aorte. Ovi vaskularni razlozi čine 10% svih slučajeva abdominalnog bola kod osoba starijih od 70 godina [5]. Uvek treba imati na umu da kod jako starih pacijenata ili kod jako mladih, kao i kod onih sa nizom ozbiljnih komorbiditeta, simptomi su obično nespecifični. Cilj ovog rada je da ukaže na pacijente sa neobičnim kliničkim slikama i neočekivanim okolnostima. Kako kod njih ne zakasni sa pravovremenom dijagnozom i odlukom o daljem lečenju? Ovo je poseban problem za lekare koji rade inicijalni pregled i trijažu ovakvih pacijenata.

MATERIJAL I METODOLOGIJA

Prikupljeni su podaci iz istorije bolesti iz zdravstvenog informacionog sistema Heliant. U ovom radu biće predstavljeni dva prikaza slučaja pacijenata sa nespecifičnom prezentacijom akutnih torakoabdominalnih zbivanja.

PRIKAZ SLUČAJA 1

Pacijentkinja starosti 57 godina, dovežena je od strane lekarske ekipe Zavoda za urgentnu medicinu Beograd (ZUM Beograd) u Prijemno trijažnu ambulantu Urgentnog centra (UC) Univerzitetskog kliničkog centra Srbije (UKCS) u kasnim večernjim časovima od strane ekipe ZUM Beograd. Po navodima lekara u pratnji, pacijentkinja je dovežena iz restorana, gde je povratila. Dovežena je na ležećim kolicima, bez očevidaca i mogućnosti uzimanja dodatnih heteroanamnestičkih podataka. Na pitanje da li je konzumirala alkohol potvrdno odgovara da je

PRIKAZ SLUČAJA/CASE REPORT

ABC časopis urgentne medicine, vol. XXII, godina 2022., broj 3

pila koktel. Negira da je pala, negira povređivanje.

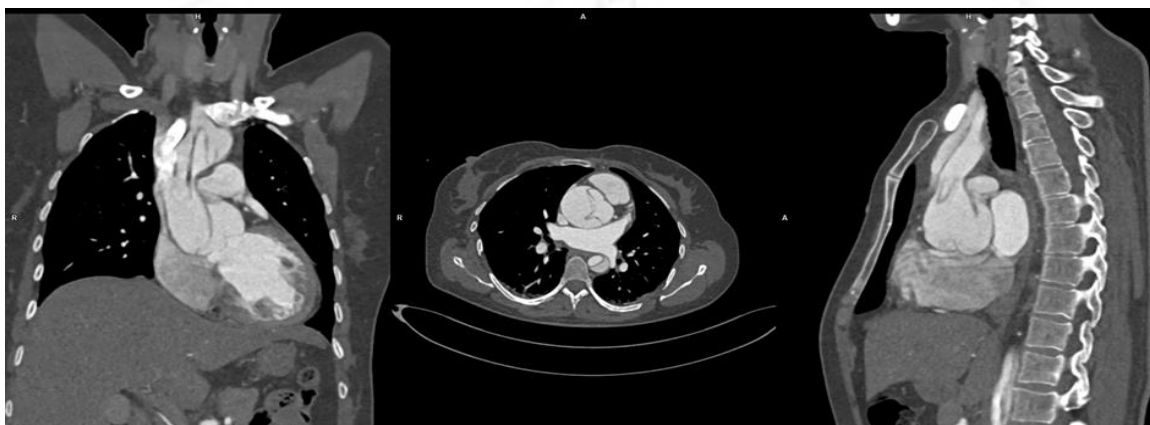
Objektivni pregled: pacijentkinja somnolentna, imponuje da je alkoholisana, komunikacija se uspostavlja, ali se ne produbljuje, povremeno odgovara orjentisano na sva pitanja, ali zatim ponovo tone u san. Afebrilna, eupnoična, koža ružičasto prebojena. Srčana radnja ritmična, tonovi jasni, šumova nema. Srčana frekvencija (fr.) 90/min., TA 111/37mmHg. Trbuh mek, palpatorno bolno neosetljiv, bez peritonealnog defansa i nadražaja, bez palpabilnih tumefakcija. Jetra i slezina se ne palpiraju. Ekstremiteti bez otoka, deformiteta, varikoziteta. Periferne pulsacije simetrično se palpiraju. EKG: sinusni ritam, fr. 90/min., bez značajnih promena u ST segmentu i T talasu. U gasnim analizama: pH 7,407; pO₂ 8,33; SpO₂ 94%. Elektrolitno i metabolički stabilna. Kompletna krvna slika (KKS) u referentnim vrednostima.

Pacijentkinji je uključena infuziona terapija, rastvor 5% Glucosae 500 mL i.v., metoklopramid amp i.v. i upućena je na multi-slajсну kompjuterizovanu tomografiju (MDCT) endokranijuma koji je opisao frontalno desno, precentralno levo i parijetalno levo nativne kortiko-subkortikalne zone hipodenziteta, koje diferencijalno dijagnostički odgovaraju zonama postishemijske encefalomalacije, kao i hronične

lakunarne ishemijske lezije frontalno kortikalno levo. Konsultovan je neurolog čije mišljenje je da su opisane promene najverovatnije hroničnog karaktera i da ne mogu objasniti sadašnje stanje svesti pacijentkinje.

S obzirom da je MDCT endokranijuma bez akutnih zbivanja, da se kod pacijentkinje hemodinamski i elektrolitno ne može objasniti poremećeno stanje svesti, a da postoji podatak o konzumiranju alkohola, pacijentkinja je upućena toksikologu na Vojnomedicinsku akademiju (VMA) u pratnji službe SHMP. Na otpustu i tokom transporta somnolentna, stabilnih vitalnih parametara (fr. 90/min., SpO₂ 96%, TA 110/70 mmHg).

Pacijentkinja napušta UC oko 1h posle ponoći, da bi u 6h ujutru, ponovo, u pratnji lekarske ekipe SHMP, bila dovežena sa VMA pod sumnjom na akutnu disekciju aorte. Iz izveštaja toksikologa se saznaje da je pacijentkinji na VMA određen nivo alkohola u krvi, koji je bio nizak. Bolesnica se tada, tokom pregleda, požalila na bol u grudima. Obzirom na uredan EKG, učinjen je orjentaciona ultrasonografija (UZ) srca, koji je pobudio sumnju na aortnu disekciju, te je odrađena i kompjuterizovana tomografska aortografija (CTA), kojom je potvrđena disekcija ascendentne aorte sa propagacijom u descendentnu (slika 1.).



Slika 1. CTA: a. koronalni presek, disekcija u ascendentnoj aorti. b. aksijalni presek, disekcija u ascendentnoj i descendentnoj aorti. c. sagitalni presek, disekcija u ascendentnoj aorti

Pri drugom prijemu pacijentkinja svesna, orjentisana, navodi da se seća da je bila na večeri sa prijateljem, da je popila jedan koktel i da je posle toga osetila jak bol u grudima i da je povratila. Ne seća se šta se desilo posle toga, ne seća se pregleda tokom večeri u našoj ambulanti. Negira hronična oboljenja. Afebrilna, eupnoična, hemodinamski stabilna, fr. 69/min., TA 153/54 mmHg na desnoj ruci, TA 161/46 mmHg na levoj ruci. Na plućima uredan nalaz, SpO₂ 99%. EKG:

sinusni ritam, fr. 69/min., minimalna ST depresija u I, aVL, V5-V6.

U konsultaciju je hitno pozvan kardiohirurg, koji je indikovao momentalno operativno lečenje. Trebovano je IV doze eritrocita (ER), IV doze sveže smrznute plazme (SZP), trombociti i krioprecipitat. Pacijentkinja je u pratnji lekarske ekipe, uz neinvazivni monitoring vitalnih parametara upućena na II hiruršku kliniku UKCS.

Po prijemu je hitno uvedena u operacionu salu, u uslovima opšte anestezije učinjena je operacija po Bentalu (zamena aortne valvule i ushodne aorte kompozitnim graftom). Operativni tok protekao uredno. Postoperativno, zbog lošijih gasnih analiza, pacijentkinja bila na neinvazivnoj mehaničkoj ventilaciji (NIV). Učinjena obostrana pleuralna punkcija i drenaža. Kontrolni RTG srca i pluća pokazao je nalaz u regresiji. Tokom celog postoperativnog perioda pacijentkinja visoko hipertenzivna, dosta slabog odgovora na antihipertenzivnu terapiju. Time se stekao utisak da je arterijska hipertenzija verovatno postojala duži vremenski period. Sama pacijentkinja negira ranije bolesti i navodi da jednom godišnje ide na sistematski pregled. Posle 15 dana pacijentkinja se sa urednim kontrolnim ehokardiografskim pregledom otpušta kući, sa uputstvima za dalju rehabilitaciju i praćenje.

PRIKAZ SLUČAJA 2

Pacijent starosti 35 godina, dovežen je u Prijemno trijažnu ambulantu UC od strane lekarske ekipe ZUM Beograd zbog jakog bola u epigastrijumu, koji se javio pre 1 sat. Bol je lokalizovan u epigastrijumu, bez propagacije, javio se u mirovanju, na subjektivnoj skali od 1 do 10 pacijent izjavljuje da je 9. Negira mučninu i povraćanje. Bolesnik negira alergije, leči arterijsku hipertenziju u poslednjih nekoliko

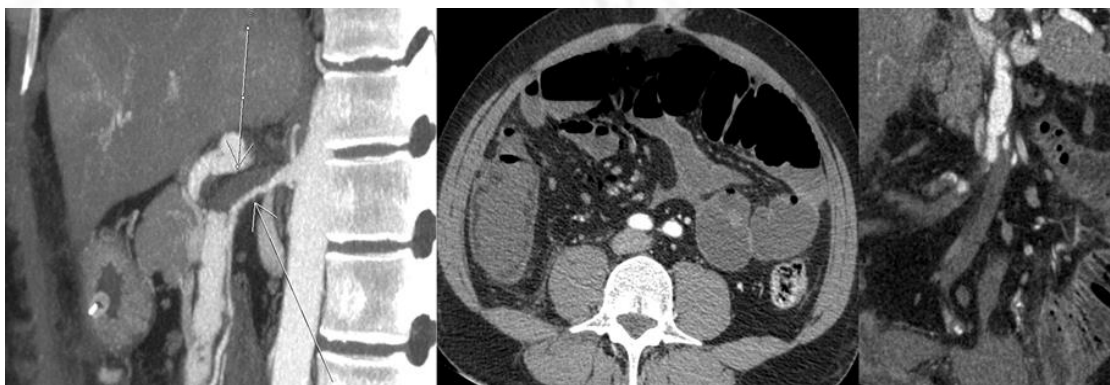
meseci. Objektivni pregled: svestan, orjentisan, hemodinamski stabilan. Urednog fizikalnog nalaza na srcu i plućima. TA jednaka na obe ruke, 190/100 mmHg, SpO₂ 100%. Abdomen mek, palpatorno bolno osetljiv u epigastrijumu. EKG: sinusni ritam, fr. 58/min., negativan T talas u II, III i V4-V6. Urednih gasnih analiza.

Pacijentu je ordinirana antihipertenzivna i analgetska terapija, uzete laboratorijske analize (KKS, C-reaktivni protein, troponin I, D-dimer, urea, kreatinin, amilaze) i učinjen je UZ abdomena i nativna rentgenografija (RTG) abdomena.

Na učinjenom UZ pregledu abdomena verifikovane su vijuge tankog creva širine do 21 mm lumena, ispunjene tečnim sadržajem, usporene peristaltike i laminarni sloj tečnosti hepatogastrično do 2 mm. RTG nativni abdomena je opisan kao uredan.

U pristiglim laboratorijskim analizama sve vrednosti su bile u referentnom opsegu, osim D-dimera - 2,32 mg/l (cut off 0,5).

Kod pacijenta je i dalje perzistirao jak bol u trbuhu, te je odlučeno da se uputi na CTA. Uočava se prizidna tromboza arteriae mesentericae superior (AMS) do 5mm, koja dominantno zahvata prednju polovinu cirkumferencije uz visoko suspektnu propagaciju i trombozu prednje, najpre druge grane AMS. Leva zajednička ilijačna arterija je aneurizmatiski proširena, 27 mm. (slika 2).



Slika 2. CTA: a. Neokluzivna tromboza početnog segmenta AMS, sagitalna rekonstrukcija; b. Ishemija desnog kolona sa znacima pneumatoze (gas u zidovima creva), aksijalna rekonstrukcija; c. Okluzivna tromboza AMS pred račvom, bez postkontrastne opacifikacije lumena desnih količnih grana, koronalna rekonstrukcija

Pozvani su u konsultaciju vaskularni hirurg i abdominalni hirurg. Vaskularni hirurg je zaključio da trenutno nema indikacija za vaskularnim hirurškim lečenjem i da je indikovana primena niskomolekularnog

heparina. Pacijent je primljen na odeljenje Hirurgije UC, gde je odmah operisan. Učinjena je laparaskopska eksploracija, pronađena je početna nekroza desnog kolona, te je izvršena parcijalna kolektomija. Nakon dva dana učinjena

PRIKAZ SLUČAJA/CASE REPORT*ABC časopis urgentne medicine, vol.XXII, godina 2022., broj 3*

relaparotomija sa subtotalnom kolektomijom, resekcijom tankog creva i terminalnom jejunostomom. Obzirom na nejasan uzrok mezenterijalne tromboze konzilijarno sagledavan od hematologa, kardiologa, urologa, nefrologa, hirurga, vaskularnog hirurga i anesteziologa. Rezistentna hipertenzija, prisutna i pri inicijalnoj prezentaciji i tokom hospitalnog lečenja, shvaćena da je renalnog porekla, obzirom da je postojala jasna hipoperfuzija bubrega usled neokluzivne tromboze desne renalne arterije sa hematomom ispod prednjeg trbušnog zida u nivou umbilikusa. Razmatrana je mogućnost trombektomije desne renalne arterije. Uvidom u CTA vidi se i disekcija trunkusa celijakusa, arterije hepatike i splenike, AMS. I pored svih preduzetih mera multidisciplinarnog lečenja, pacijent je egzistirao petnaestog dana od hospitalizacije. Prikazani pacijent jeste imao jaku bol kojom se prezentovao, ali nije odavao utisak bolesnika sa ovako urgentnim stanjem koje će fatalno završiti, imajući u vidu fizikalni pregled, dobar hemodinamski status, prethodno zdravstveno stanje i godine života.

DISKUSIJA

Uzroci vaskularnog abdominalnog bola su promene koje zahvataju glavne krvne sudove koji ishranjuju abdominalne organe. To su pre svega abdominalna aorta i njene tri glavne grane: truncus coeliacus, AMS i arteria mesenterica inferior (AMI). Truncus coeliacus vaskularizuje jetru, želudac, abdominalni deo jednjaka, slezinu, gornji deo duodenuma i pankreas. AMS vaskularizuje creva od donjeg dela duodenuma do leve fleksure kolona i deo pankreasa. AMI vaskularizuje descendenti kolon, sigmoidni kolon i rektum.

Bolesti povezane sa visceralnim arterijama nisu među uobičajenim uzrocima akutnog abdomena, ali kašnjenje u dijagnozi i lečenju može da nosi veoma visok rizik od morbiditeta i mortaliteta. Visok indeks kliničke sumnje i pedantna procena studija imidžinga, budući da nalazi mogu biti izuzetno suptilni, dva su najvažnija parametra za dijagnozu i ranu intervenciju [4].

Akutna vaskularna stanja u abdomenu nekada često nisu jednostavna za prepoznavanje i predstavljaju ozbiljna urgentna stanja, izazvana retkim, često nepoznatim varijacijama na krvnim sudovima. Tako su Minten i sar. prošle godine objavili zanimljiv prikaz slučaja o disekciji truncusa coeliacusa kod mlađeg muškarca sa segmentnom arteriolarnom

mediolizom. Pacijent se javio u hitnu službu sa jakim bolom u trbuhu, potpuno neupadljivog fizikalnog nalaza i urednih laboratorijskih analiza, i u toku ospervacije se stanje pogoršalo, te je odlučeno da se učini CTA gde je viđena pomenuta disekcija [6].

Pacijentima su često potrebne opsežne procene, koje pored detaljne anamneze po sistemima, fizikalnog pregleda i laboratorijskih analiza, imidžing metoda poput UZ abdomena i kompjuterizovane tomografije (CT) abdomena, uključuju i primenu analgezije, stabilizaciju hemodinamskog statusa i specijalističke konsultacije.

Dijagnostička tačnost istorije bolesti i fizikalnog pregleda je nedovoljna za postavljanje tačne dijagnoze. Dijagnostička tačnost istorije bolesti, fizikalnog pregleda i laboratorijskih parametara takođe je nedovoljna za preciznu identifikaciju tačne dijagnoze. Međutim, dijagnostička tačnost anamneze, fizikalnog pregleda i/ili laboratorijskih parametara je dovoljna da napravi razliku između urgentnih i neurgentnih uzroka i opravda izbor za dodatno snimanje u slučaju sumnje na hitna stanja [7].

Pacijentkinja sa akutnom disekcijom aorte prezentovala se pod okolnostima koje su dijagnostički proces vodile u smeru poremećaja stanja svesti, usled upotrebe alkohola, budući da je ostali nalaz bio klinički neupadljiv. Nije bilo podataka o bolu u grudima, koji bi stavio u fokus akutno, životno ugrožavajuće zbivanje. Postojeće promene na MDCT endokranijuma pripisane su hroničnim i nisu mogle da objasne stanje svesti neurologu, zbog čega je i poslata toksikologu. Ovde je postojao period od 5 sati između dve prezentacije specijalisti urgentne medicine. Druga prezentacija razlikovala se od prve po stanju svesti, koje je bilo dosta bolje. Pacijentkinja je suvislo komunicirala i dala podatak o bolu u grudima koji je imala u toku večere. Bol je stavio akcenat na potencijalno životno ugrožavajuće stanje, koje je zahtevalo promptnu dijagnostiku, a potom i urgentno operativno lečenje.

Incidenca disekcije torakalne aorte je 3-4 na svakih 100.000 ljudi godišnje, a ako se ne otkrije i ne leči blagovremeno, može imati visok mortalitet. Netretirane disekcije imaju stopu mortaliteta od 25% nakon 6 h i 50% nakon 24 h. Ako se ne leče, dve trećine pacijenata će umreti u roku od nedelju dana [8].

Prijavljeno je da je incidenca tromboze mezenterične arterije 12,9 na 100.000 stanovnika. Kod našeg pacijenta u startu je nakon postavljanja dijagnoze tromboze AMS

postojala 50% šansa za preživljavanje, obzirom da je dijagnoza postavljena u prvih 24 h, prema podacima iz literature. Preživljavanje pada na 30% ako se dijagnoza odloži nakon 24 h. Prognoza tromboze mezenterične arterije je generalno loša. Velika retrospektivna studija otkrila je tridesetodnevni postoperativni mortalitet od 27,9% [9].

Mezenterična arterijska tromboza uzrokuje akutni i jak bol u stomaku kod većine pacijenata, obično udružen sa mučninom i povraćanjem. U ranoj fazi tromboze postoji neslaganje između intenziteta bolova u stomaku i minimalnog nalaza na fizikalnom pregledu. Nespecifična simptomatologija otežava postavljanje dijagnoze i nelečena mezenterična arterijska tromboza se često kreće ka akutnoj mezenteričnoj ishemiji sa nekrozom creva. Bol u trbuhu postaje sve difuzniji kako ishemija napreduje [10]. Mezenterični infarkt može biti praćen groznicom, krvavom dijarejom i šokom. Evolucija u ovoj fazi, kao i u slučaju našeg pacijenta, često ide ka smrti.

Mezenteričnu ishemiju treba hitno lečiti kombinacijom intravenske tečnosti, intravenskih antibiotika, intravenskog nefrakcionisanog heparina i hitne intervencije za obnavljanje protoka krvi u mezenteričnim vaskularnim stablima sa/bez resekcije creva [11]. Iako smo našeg pacijenta lečili po svim protokolima i bez gubljenja vremena, tok bolesti i propagacija ishemije i tromboze išli su do fatalnog ishoda.

I kod disekcije aorte i tromboze AMS, D-dimer ima svoje mesto u dijagnostičkom algoritmu. Pacijenti sa akutnom disekcijom aorte imaju veće vrednosti D-dimera od onih sa nespecifičnim bolom u grudima. Velika većina pacijenata sa akutnom disekcijom aorte ima vrednost D-dimera veću od 500 ng/ml. Dakle, kada se koristi izolovano, normalna vrednost D-dimera ne isključuje akutnu disekciju aorte, ali kada se koristi sa drugim kliničkim podacima, verovatnoća može biti dovoljno niska da isključi akutnu disekciju aorte [12].

Prema studijama, D-dimer ima osetljivost od 95% za identifikaciju crevne ishemije i ima tendenciju rasta u ranoj fazi mezenterične ishemije [13]. Vrednost D-dimera bila je povišena kod mladog pacijenta sa trombozom AMS, što je i navelo specijalistu urgentne medicine da indikuje CTA, a ne nativni CT abdomena. Sa CTA i vaskularne strukture i sekundarni efekti abnormalnosti visceralnih sudova mogu se istovremeno proceniti. Infarkti čvrstih organa, abnormalnosti zida creva, prisustvo i obim intraabdominalne slobodne

tečnosti i hematoma se takođe mogu precizno proceniti pomoću CT-a. Uloga CT-a može biti još više naglašena kod pacijenata koji su hemodinamski nestabilni i kojima je potrebno hitno lečenje.

Kada je akutni bol u trbuhu u pitanju, pa kada se i odlučimo za CT, pitanje je da li pacijentu učiniti CT abdomena ili CTA. Da li imamo jasnu ideju o zbivanju u trbuhu i kako ne napraviti pogrešan potez? Da li ćemo videti sve promene na krvnim sudovima na CT abdomena, i da li ćemo propustiti zbivanja na parenhimu organa trbuha, ako budemo sveli dijagnostiku samo na krvne sudove? Yuang Li Lei i sar. su 2022. godine objavili rad gde su ukazali na značaj merenja odnosa dijametra AMS i vene mesenterike superior, kao znaka za disekciju AMS na CT abdomena [14].

Ponavljani bol u trbuhu većiti je izazov i pored svih preduzetih mera. Svi lekari, kako oni na prehospitalnom nivou, tako i kliničari, bili su u prilici da leče bolesnika sa jakim, neizdrživim, cepajućim bolom u trbuhu, za koje se ispostavilo da su bili posledica gastroenteritisa. Sa druge strane, svi smo viđali i pacijente sa naizgled blagim simptomima, bez patoloških nalaza, iza kojih se krila "hirurška katastrofa". Promena paradigmi u posmatranju abdominalnog bola treba da dovede do: smanjenja broja pogrešnih dijagnoza, smanjenja broja nepotrebnih hospitalizacija, zbirnog smanjenja zračenja pacijenata i poboljšavanja globalnih strategija u tretmanu pacijenata sa abdominalnim bolovima. Sve ovo nam pokazuje da je dijagnoza bola u trbuhu izuzetno teška i izazovna. To može biti simptom blagih, hroničnih i neurgentnih stanja, koja ne zahtevaju promptno zbrinjavanje. Ali isto tako može biti početni znak teškog oboljenja, životno ugrožavajućeg stanja, gde je brzina preduzetih mera od ključnog značaja za oporavak. Svi lekari koji se bave urgentnom medicinom s jedne strane ne žele da propuste ni jedno akutno stanje, ali isto tako se trude da ne podležu nepotrebnoj dijagnostici i zračenju svakog pacijenta koji se javi u hitnu službu. Pitanje je kako napraviti adekvatnu ravnotežu te dve potrebe i ne načiniti greške? S druge strane, pravovremeno postavljena dijagnoza ne znači bezuslovno i dobar krajnji ishod za pacijenta, kao što ni odloženo postavljanje dijagnoze, ne znači bezuslovno i loš ishod za pacijenta. Pacijentkinja sa disekcijom aorte, imala je odloženo postavljanje dijagnoze, prolongiran i komplikovan postoperativni tok, ali je preživela i oporavila se. Mladi pacijent sa trombozom AMS vrlo brzo i ispravno je dijagnostikovao, nije se

gubilo vreme, ali su tromboza i ishemija bile nezaustavljive i pacijent je egzistirao.

ZAKLJUČAK

Svaki pacijent sa torakoabdominalnim bolom treba da bude sistematski sagledan, uz detaljnu anamnezu, faktore rizika, fizikalni pregled, laboratorijske analize i adekvatnu odluku o izboru imidžing metode. Ukoliko nismo isključili vaskularne uzroke bola u trbuhu, a bol i dalje perzistira, produžiti ospervaciju pacijenta ili ponoviti određene preglede. U eri sofisticirane dijagnostike, ponovno uzimanje anamneze može biti vrlo komplementarno najsavremenijem imidžingu i vrlo često, ključ do uspešne dijagnoze.

LITERATURA

1. Amini A, Nagalli S. Bowel Ischemia. [Updated 2023 Jul 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554527/>
2. Waheed KB, Shah WS, Jammal A, Mohammed HR, Altaf B, Amjad M, et al. Superior mesenteric artery syndrome: An often overlooked cause of an abdominal pain. Saudi Med J. 2021; 42 (10) :1145-48.
3. Khuda Bakhsh Z, Khan R, Bashir K. Abdominal Pain Caused by Occlusion of the Celiac Trunk and Superior Mesenteric Artery in Addition to Irritable Bowel Syndrome: Case Series and Literature Review. Cureus. 2021;13(6): e15729.
4. Karaosmanoglu AD, Kysal A, Akata D, Ozmen MN, Karcaaltincaba M. Role of imaging in visceral vascular emergencies. Insights Imaging. 2020; 11(1):112.

5. Mirajkar A, Walker A, Gray S, Webb AI, Ganti L. Ruptured Hepatic Artery Aneurysm. Cureus. 2020; 12(4):e7715.
6. Minten L, Messiaen P, Van der Hilst J. Acute abdominal pain: a challenging diagnosis. Acta Gastroenterol Belg. 2022; 85(4): 646-7.
7. Gans SL, Pols MA, Stoker J, Boermeester MA; expert steering group. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. Dig Surg. 2015;32(1):23-31.
8. Kaeley N, Gangdev A, Galagali SS, Kabi A, Shukla K. Atypical Presentation of Aortic Dissection in a Young Female and the Utility of Point-of-Care Ultrasound in Identifying Aortic Dissection in the Emergency Department. Cureus. 2022;14(7): e27236.
9. Franca E, Shaydakov ME, Kosove J. Mesenteric Artery Thrombosis. [Updated 2023 May 2]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539763/>
10. Tilsed JV, Casamassima A, Kurihara H, Mariani D, Martinez I, Pereira J, et al. ESTES guidelines: acut. mesenteric ischaemia. Eur J Trauma Emerg Surg. 2016;42(2):253-70.
11. Al Mahruqi G, Stephen E, Abdelhedy I, Al Wahaibi K. Our early experience with mesenteric ischemia in COVID-19 positive patients. Ann Vasc Surg. 2021; 73:129-32.
12. Zitek T, Hashemi M, Zagroba S, Slane VH. A Retrospective Analysis of Serum D-Dimer Levels for the Exclusion of Acute Aortic Dissection. Open Access Emerg Med. 2022; 14:367-73.
13. Amaravathi U, Balamurugan N, Muthu Pillai V, Ayyan SM. Superior Mesenteric Arterial and Venous Thrombosis in COVID-19. J Emerg Med. 2021 May;60(5): e103-e107.
14. Lei YL, Song WX, Lin Y, Li HP, Lyu HP, Chen JZ, et al. The ratio of superior mesenteric artery diameter to superior mesenteric vein diameter based on non-enhanced computed tomography in the early diagnosis of spontaneous isolated superior mesenteric artery dissection. World J Emerg Med. 2022;13(3): 202-7.

UNUSUAL PRESENTATIONS OF URGENT THORACOABDOMINAL PAIN

Summary:

Introduction: Vascular emergencies in the abdomen are not common, but they are significant due to high mortality, the need for urgent diagnosis and immediate, most often operative treatment. Thromboembolic disorders lead to ischemia and infarction of the affected intra-abdominal organs, while abdominal aortic aneurysm rupture and aortic dissection, as one of the most urgent conditions in medicine, lead to hypovolemic shock and death, if not recognized in time. The aim: of this work is to point out patients with unusual clinical pictures and unexpected circumstances. With them, how not to be late with a timely diagnosis and decision on further treatment? Presentation of case 1 - female patient, aged 57, who was brought by SHMP to the Reception and Triage Clinic of the Emergency Center twice during the night: the first time due to alleged alcoholism and impaired state of consciousness, after which she was referred to the VMA, and the second time she was returned from the aforementioned institution suspected aortic dissection, when, after regaining consciousness, she complained of chest pain. After a CT aortography and a confirmed dissection of the ascending aorta, she underwent urgent surgery. The slow postoperative period with complications ended with a positive outcome, she was discharged from the hospital after 15 days. Presentation of case 2 - patient, 35 years old, who comes to the Emergency Center with severe pain in the epigastrium, which started 1 hour ago. After a suspicious ultrasound finding, elevated D-dimer and pain resistant to analgesia, a good decision was made to perform CT aortography, which indicates thrombosis of the superior mesenteric artery. He was operated on urgently, then re-operated on, and was observed by the consilium all the time, but he died on the 15th day of hospitalization. **Conclusion:** Unusual presentations of thoracoabdominal pain should be kept in mind, due to timely diagnosis and treatment.

Key words: aortic dissection, CTA, D-dimer, thrombosis