

Пульсирующая гематома в бассейне наружной сонной артерии, диагностированная после тиреоидэктомии

© Д.м.н., проф. В.Ф. КУЛИКОВСКИЙ^{1,2}, д.м.н. А.А. КАРПАЧЕВ^{1,2}, к.м.н. А.В. СОЛОШЕНКО^{1,2}, д.м.н. А.Л. ЯРОШ^{1,2}, Л.В. РУЖИЦКАЯ¹, В.И. ФЕТИСОВА¹, И.Ю. ШКИЛЕВА¹, Е.В. ШЕЛЯКИНА¹

¹ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, Россия;

²ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница святителя Иоасафа», Белгород, Россия

РЕЗЮМЕ

В клинику госпитальной хирургии НИУ «БелГУ» был госпитализирован больной 58 лет по поводу узлового зоба II степени. Выполнена тиреоидэктомия. В послеоперационном периоде у пациента появились икота и ощущение пульсации в области шеи справа. При ангиографии и спиральной компьютерной томографии шеи в ложе щитовидной железы справа обнаружена пульсирующая гематома с артериовенозной фистулой между верхней щитовидной артерией и правой лицевой веной. Произведено оперативное вмешательство: разобщение артериовенозной фистулы верхней щитовидной артерии с ветвями лицевой вены справа с удалением гематомы. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует редкий случай возникновения артериовенозного свища верхней щитовидной артерии с ветвями лицевой вены с формированием пульсирующей гематомы после тиреоидэктомии.

Ключевые слова: зоб, тиреоидэктомия, артериовенозный свищ, пульсирующая гематома.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Куликовский В.Ф. — e-mail: kulikovsky@bsu.edu.ru
Карпачев А.А. — e-mail: karpachev_a@bsu.edu.ru
Солошенко А.В. — e-mail: soloshenko@bsu.edu.ru;
Ярош А.Л. — <https://orcid.org/0000-0003-3574-7887>; e-mail: yarosh_a@bsu.edu.ru
Ружицкая Л.В. — e-mail: lida_ruz-7@mail.ru;
Фетисова В.И. — e-mail: Valmel93@yandex.ru;
Шкилева И.Ю. — e-mail: iceirinka1395@yandex.ru;
Шелякина Е.В. — e-mail: lenochka0395@rambler.ru.
Автор, ответственный за переписку: Ярош А.Л. — e-mail: yarosh_a@bsu.edu.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Куликовский В.Ф., Карпачев А.А., Солошенко А.В., Ярош А.Л., Ружицкая Л.В., Фетисова В.И., Шкилева И.Ю., Шелякина Е.В. Пульсирующая гематома в бассейне наружной сонной артерии, диагностированная после тиреоидэктомии. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2019;5:68-70. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201905168>

False aneurysm of external carotid artery diagnosed after thyroidectomy

© V.F. KULIKOVSKIY^{1,2}, A.A. KARPACHEV^{1,2}, A.V. SOLOSHENKO^{1,2}, A.L. YAROSH^{1,2}, L.V. RUZHITSKAYA¹, V.I. FETISOVA¹, I.YU. SHKILEVA¹, E.V. SHELYAKINA¹

¹Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia;

²Saint Joasaph Belgorod Regional Hospital, Belgorod, Russia

ABSTRACT

The patient 58-year-old with nodular goiter grade 2 was hospitalized to the surgical clinic. Thyroidectomy was performed. Post-operative period was complicated by hiccups and pulsation in the right half of the neck. According to angiography and CT data, there were a hematoma within thyroid bed and arteriovenous fistula between superior thyroid artery and right facial vein. Surgical repair of the fistula and false aneurysm drainage were carried out. This case report demonstrates a rare complication of thyroidectomy — arteriovenous fistula between superior thyroid artery and facial vein followed by pulsatile false aneurysm.

Keywords: goiter, thyroidectomy, arteriovenous fistula, false aneurysm.

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Kulikovsky V.F. — e-mail: kulikovsky@bsu.edu.ru
Karpachev A.A. — e-mail: karpachev_a@bsu.edu.ru
Soloshenko A.V. — e-mail: soloshenko@bsu.edu.ru
Yarosh A.L. — <https://orcid.org/0000-0003-3574-7887>; e-mail: yarosh_a@bsu.edu.ru
Ruzhitskaya L.V. — e-mail: lida_ruz-7@mail.ru
Fetisova V.I. — e-mail: Valmel93@yandex.ru
Shkileva I.Yu. — e-mail: iceirinka1395@yandex.ru
Shelyakina E.V. — e-mail: lenochka0395@rambler.ru
Corresponding author: Yarosh A.L. — e-mail: yarosh_a@bsu.edu.ru

TO CITE THIS ARTICLE:

Kulikovsky VF, Karpachev AA, Soloshenko AV, Yarosh AL, Ruzhitskaya LV, Fetisova VI, Shkileva IYu, Shelyakina EV. False aneurysm of external carotid artery diagnosed after thyroidectomy. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova.* 2019;5:68-70. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/hirurgia201905168>

Формирование артериовенозных свищей обусловлено своеобразной патоморфологической перестройкой стенок образующих сосудов, получившей название венизации артерий и артериализации вен. Непосредственными причинами, обуславливающими структурную перестройку стенок сосудов, являются гемодинамические нарушения, вызывающие изменения их функциональной нагрузки и состояния сосудистых капилляров [1].

Причинами развития посттравматических осложнений, приводящих к формированию артериовенозных фистул, являются неадекватная обработка ран без ревизии сосудов (33,9%), диагностические ошибки, связанные с особенностями закрытых повреждений сосудов (31,6%), наличие тяжелых сочетанных и комбинированных травм (22,7%), неправильно выбранная хирургическая тактика [2]. Диагностика артериовенозных свищей основана на обнаружении постоянного шума в области патологического артериовенозного соустья, усиливающегося во время систолы. Сдавление питающей артерии приводит к исчезновению шума и дрожания. При локализации больших аневризм в области сонных артерий наряду с местными симптомами наблюдается выраженная системная симптоматика: сердцебиение, шум в голове, возможны одышка, цианоз [3, 4]. Однако период запоздалой диагностики при артериовенозном сбросе составляет в среднем 2 года [5].

Проблема диагностики и лечения артериовенозных свищей сложная и еще не решена, что связано с постоянным увеличением числа пострадавших с повреждениями сосудов, ошибками диагностики, возникающими в 30% случаев и обусловленными многообразием и сложностью анатомических вариантов, особенностью создавшихся гемодинамических нарушений. Неудовлетворительные результаты лечения наблюдают в 27–75% случаев [6, 7].

Приводим клиническое наблюдение.

Больной, 58 лет, 18.09.17 госпитализирован в клинику госпитальной хирургии НИУ «БелГУ» на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» в плановом порядке по поводу узлового зоба II степени. Считает себя больным в течение последних 8 лет, когда появились жалобы на чувство давления в области шеи, одышку, сердцебиение, тремор верхних конечностей. Наблюдался у эндокринолога по месту жительства.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые. Частота дыхательных движений 17 в 1 мин. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, частота сердечных сокращений 76 в 1 мин. АД 135/80 мм рт.ст. При осмотре: по передней поверхности шеи визуализируется увеличенная щитовидная железа, плотноэластической консистенции, безболезненная, не спаянная с окружающими тканями. Глазные симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Дельримпля, Штельвага, Краусса, Розенбаха положительные. По результатам КТ выявлено, что щитовидная железа резко увеличена: правая доля размером 65,5×52,3×82,3 мм, левая — 62,1×53,1×84,1 мм (с наличием кистозидных образований слева до 17,3 мм), перешеек диаметром до 33,2 мм.

Общий анализ крови: нейтрофилез 86,3%, лимфопения 7,8%. Биохимический анализ крови: глюкоза 6,7 ммоль/л, незначительная гипопропротеинемия 57,2 г/л, тиреотропный гормон 0,03 мЕД/л, тироксин свободный 15,47 пмоль/л, паратгормон 10,86 пг/мл. Отклонений в коагулограмме и анализе мочи нет.

По данным клинического и инструментального обследований поставлен окончательный диагноз: узловой зоб II степени. Манифестный тиреотоксикоз в стадии медикаментозной субкомпенсации.

19.09.17 выполнена операция. Разрезом по Кохеру, с пересечением коротких мышц шеи выделена щитовидная железа. При ревизии: щитовидная железа диффузно увеличена в размерах: левая доля 10×6 см, перешеек 3×2 см, правая доля 10×6 см, представлена узлами диаметром от 2 до 3 см (рис. 1). Выполнена тиреоидэктомия.

На 8-е сутки после операции у пациента появились икота и ощущение пульсации в области шеи справа. По данным ультразвукового дуплексного сканирования от 28.09.17, в ложе правой доли щитовидной железы определена пульсирующая гематома размером 60×30×40 мм, распространяющаяся до уровня бифуркации общей сонной артерии и начального отдела наружной сонной артерии, ветви наружной сонной артерии расширены, извиты, в одной из ветвей дефект стенки, сообщающийся с полостью гематомы.



Рис. 1. Этап оперативного вмешательства — выделение правой доли щитовидной железы (интраоперационная фотография).

Fig. 1. Surgical stage — right thyroid lobe dissection.



Рис. 2. Ангиограмма сосудов шеи справа.

Пульсирующая гематома бассейна правой наружной сонной артерии (указано стрелкой).

Fig. 2. Angiogram of cervical vessels on the right.

Pulsatile hematoma of right external carotid artery (arrow).



Рис. 3. Спиральная компьютерная томография шеи с внутривенным контрастированием.

Пulsatile гематома бассейна правой наружной сонной артерии (указано стрелкой).

Fig. 3. Contrast-enhanced CT of the neck.

Pulsatile hematoma of right external carotid artery (arrow).

При ангиографии и спиральной компьютерной томографии (СКТ) шеи в ложе щитовидной железы справа обнаружена гематома с пульсирующим компонентом, артериовенозной фистулой между верхней щитовидной артерией и правой лицевой веной. Объем пульсирующей части гематомы около 20 см³ (рис. 2, 3).

При осмотре ангиохирургом сформулирован диагноз: пульсирующая гематома ложа правой доли щитовидной железы с повреждением верхней щитовидной артерии и формированием артериовенозного сброса в правую лицевую вену.

05.10.17 произведено оперативное вмешательство — разобщение артериовенозной фистулы верхней щитовидной артерии с ветвями лицевой вены справа с удалением гематомы.

При детальной ревизии в зоне ложа правой доли щитовидной железы выявлена расширенная лицевая вена с систоло-диастолическим дрожанием. Верхняя щитовидная артерия выделена, перевязана, резецирована проксимальнее дефекта и в области устья. Лицевая вена выделена, перевязана, резецирована дистальнее и проксимальнее дефекта. Полость гематомы подвергнута ревизии, тромботические массы эвакуированы, полость дренирована. Наложены швы на рану.

Послеоперационный период без осложнений, больной выписан на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 3 мес, жалоб не предъявляет, чувствует себя удовлетворительно.

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует редкий случай возникновения артериовенозного свища верхней щитовидной артерии с ветвями лицевой вены справа с формированием пульсирующей гематомы как возможного осложнения тиреоидэктомии и успешное лечение данного состояния.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Belli S, Yabanoglu H, Aydogan C, Parlakgumus A, Yildirim S, Haberal M. Surgical interventions for late complications of arteriovenous fistulas. *International Surgery*. 2014;99(4):467-474.
- Franz RW, Jump MA. Endovascular repair of post-traumatic, concomitant popliteal artery pseudoaneurysm and arteriovenous fistula. *International Journal of Angiology*. 2009;18(1):41-44. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1278322>
- Yu PT, Rice-Townsend S, Naheedy J, Almodavar H, Mooney DP. Delayed presentation of traumatic infrapopliteal arteriovenous fistula and pseudoaneurysm in a 10-year-old boy managed by coil embolization. *Journal of Pediatric Surgery*. 2012;47(2):7-10. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2011.10.069>
- Kılıç A, Yarıoğlu M, Ergün E, Ünal Y, Murat SN. Percutaneous treatment of a superior mesenteric artery pseudoaneurysm and arteriovenous fistula with coil embolization: a case report. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2017;45(6):556-559. <https://doi.org/10.5543/tkda.2017.56346>
- Coombs PR, Curry G, Ptasznik R. Acute thrombosis of a non-iatrogenic venous false aneurysm: A sonographic diagnostic dilemma. *Sonography*. 2016;3(2):63-66. <https://doi.org/10.1002/sono.12062>
- Queiroz AB, Mulatti GC, Aun R, Valentim LA, Puech-Leão P. Endovascular repair of a traumatic arteriovenous fistula involving the iliac bifurcation using an iliac branch device. *Journal of Vascular Surgery*. 2012;55(5):1474-1476. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2011.12.006>
- Schamroth C. Late false aneurysm formation after transfemoral TAVR. *JACC: Cardiovascular Interventions*. 2016;9(1):100-101. <https://doi.org/10.1016/j.jcin.2015.08.036>

Поступила 07.08.2018

Received 07.08.2018

Принята в печать 13.10.2018

Accepted 13.10.2018