DERIBAZIO ETA MAZKURI-ORDEZKATZE TEKNIKAK.MASKURIKO MINBIZIAREN TRATAMENTUAN

MENDIBIL J.P.; SANZ JAKA.

Minbizia batengatik zistektomia erradikala jasan behar izan duten gaixoentzat bizitza kalitate handiago baten bilaketa, larru azalera-estomara gernua bideratzeari alternatibak aurkitzean oinarritzen da: ikuspuntu funtzional batetik onargarriak direnez deribazio edukigarrien tekniken bitartez eta, gehienbat, heste zatiz eraikitako ordezko-mazkuriez gauzatutakoak dira.

Teknika hauetan daukagun esperientzia aurkezten dugu: neomazkuri ileala Studer-en arabera gizonezkoengan eta poltsa errektosigmoideoa Mainz II, emakueengan.

METODO ETA MATERIALEAK

1991ko Maiatzetik 1993ko Abendurarte 15 gaixoengan zistektomia erradikal bat burutu dugu, 13 gizonezko eta 2 emakume (Adintartea 45-71 urte). Ebakuntza-aurretiko diagnostikoa "Mazkuriko kartzinoma trantsizionala" zen kasu guztietan. 13 gaixoengan minbiziak infiltranteak ziren, gainerako beste bietan superfizialak (azalekoak) zirelarik = bata A G III multifokala eta beste 10 urteko eboluzioa zeraman eta mazkuri osora hedatuta zegoen A G III mazkuriko kartzinoma, 46 urteko anitz operatutako gizonezko batean.

Kasu guztietan gaixotasuna klinikoki mazkurian bakarrik zegoen kokaturiko (UIV, Tak pelbiabdominala, toraxeko erradiologia, mazkurik tumorearen UBE).

Gizonezkoengan, alde bietako linfadenektomia ilio-obturatriza eta zistektomia erradikala egin da. Mazkuriaren ordezkatze teknika gisa Studer-ek (1985) deskribaturikoa erabili da, lotura uretero-ilial zuzenarekin.

Emakumezkoengan, uretrektomia eta histero-anexektomia bat daraman pelbi-linfadenektomia eta zistektomia erradikal baten ordoren poltza errektosigmoideo batera erantsitako anastomosi ureteral bat egin da, berriki deskribaturiko Minz II teknikaren arabera.

EMAITZAK

Erauzitako lagin kirurgikoaren azterketa anatomopatologikoa honako hau izan zen:

1- Adenokartzinoma, emakume batengan.
14- Mazkuriko kartzinoma trantsizionalak
1- Izaera anaplastikoak.
2- Kartzinoma epidermoidezko guneekin.
1- Zelula neuroendokrinozko bartzinoma batekin.
1- Prostatako adenokartzinoma GI batekin.

Gaixotasunaren hedapena TNM sistemaren arabera

4- pTO pNO MO
9- pT3b pNO MO
1- pT3b pN2 MO
1- pT4 pN2 MO

KONPLIKAZIOAK

A) Ebakuntza-unekoak (intraoperatoriak): Batere ez.

B) Ebakuntza-ondorengoak (potoperatorioak)

Hurrenekoak (ospitaleratze garaikoak)

1 larruazal-neomazkuri arteko fistula

1 anastomosi uretro-ilealean gertaturiko gernu ihesaren ondoriozko urinoma

1 li
1 ge
1
Beran
1 gil
1 lot
1 zau
1 esk

EMAITZAK

Jarraipen k
9- Ga
1- Er
pa
kin
4- Ze
1- Ze
Jarraipena (
Bizira
Batazb
Emaitza fun
Gaixo guztie
giko kontinentzia
Gaueko inko

KOMENTARIO

Zistektomia
oinarrizko tratam
Zistektomia
garrantzitsuaz elk
elikadura parente

1 linforrea

1 gernu jatorriko sindrome septikoa

1 heste jatorriko sindrome septikoa

Berantiarrak (alta ospitalarioaren ostean)

1 giltzurrun-atrofia

1 lotura uretero-ilealaren estenosia

1 zauriko seromaren drenaia

1 eskuineko beheko gorputzadarreko sakoneko tronbosi benosoa.

EMAITZAK

Jarraipen kontrola (94-otsaila)

9- Gaixo bizirik eta gaixotasunaren zeinurik gabe.

1- Errezidiba edo gaixoberritzea neomazkurian: uretran + adenopatia lunboaortikoak; pT4 pN2 gaixoa da zeinari UBE + kimioterapia sistematikoa egin zitzaion.

4- Zenduak, kantzerragatik.

1- Zendua, gaixotasun interkurrente batengatik (12 hilabete).

Jarraipena (Bizirik dauden gaixoak)

Biziraupen tartea 1'5 - 30 hilabete.

Batazbestekoa - 12'5 hilabete.

Emaitza funtzionalak

Gaixo guztiengan aktibitate fisikoa normala izan da. 8 gaixoengan egunargiko kontinentzia (%88'8). Horietako bi kasutan gernu-ihesa txikiekin (%25).

Gaueko inkontinentzia bi gaixoengan (%22).

KOMENTARIOAK

Zistektomia erradikalak mazkuriko minbizi infiltrantea duten gaixoen oinarrizko tratamentua izaten jarraitzen fu (7, 10, 11).

Zistektomia erradikala kirurgia haundiko teknika da, morbimortalitate garrantzitsuaz elkartzen dena nahiz eta teknika kirurgikoaren hobekuntza, elikadura parenterala, etab... hilkortasunaren tasa jeitsi erazi egin duten

% 0'4 - % 6 raino. Kirurgia honen arazo nagusienetako bat gernu-deribazioa da eta ez bakarrik epe erdi eta luzera gaineratu daitezkeen konplikazio ez hain urriengatik, baizik eta estoma-inkontinentzia-deribazioak, gaixoen bizitza kalitate mailan sortzen duen galeragatik.

Guzti hau ekiditeko mazkuria ordezkatzeko asmoa duten teknika kirurgiko desberdinak hobetzen ari dira heste mehearen, heste lodiaren eta, noiz behinka, urdailaren zati desberdinak erabiliz.

Gure kasuan Studer-ek 1985ean deskribatutako teknika erabiltzen dugu bere sinpletasunagatik gure praktikan nabaritzeko aukera izan dugun bezala (ebakuntza-uneko konplikaziorik eza).

Polysorb motako jostura mekanikoen erabilerak neomazkuriaren egintzan denbora kirurgikoa gutxitzen du eta ez du inolako beste konplikaziorik ekarri. Anastomosi uretero-ilealak zuzenean egiten dira destubulizatu gabeko ileo tximiniko puntu batean ainguratuz edo lotuz.

Aipaturiko ileo tximiniaren peristaltismoak errefluxua ekidingo luke, butxadura (obstrukzio) distalik ez dagoen bitartean (anastomosi uretro-ileala edo uretra).

Emakumezkoengan pentsaezinezkoa da mazkuriaren ordezkatzea deskribatu den legez uretrektomia beharrezkoa baita. Gauza bera gertatuko litzateke patologia uretrala duten edo uretrektomia bat egitea gomendaturik daukaten gizonezkoengan.

Sigmarako deribazioak larruazaleko estoma ekidingo luke baina beste arazo inportante batzuk planteatuko lituzke: errefluxua, infekzioak, eta aparatuko goi aldearen txarkitzea, aldaketa metaboliko larriak eta inkontinentzia, gauekoa bereziki.

Guzti hau sahiesteko gure bi kasuetan anastomosi ureterala poltza errektosigmoideo batera (Mainz II— motakoa) egin dugu. Horrela, bolumen handia presio gutxiaz, gernuaren osagaien erreabsorzio txikiagoa eta kontinentzia, hiru beharrezko betekizun hauek lortzen dira.

Ondorioz, gure gaixoen konplikazio urriak, eta bizirauten dutenen egoera funtzional onak, sendatzeko asmoz zistektomia bat egitera doazen gaixoak mazkuriaren ordezkatze teknikak erabiltzeko kandidatu bezala kontsideratuak izatera eraman gaitu.

PORTO-SI
BARI

ZABALETA,

SARRERA

Hestegorriko
hipertentsioaren
gertatzen diren he

Lan honetan
daukagun esperie
koen alternatiba b

MATERIALE ET

Gibel-barneko
dugu: hiru emakur
Guztiak zirrosiduna
alkoholak (hauetak
ri dagokionez: Bost
Zazpi kasutan, eski
izan dugu erabide h

GIBEL-BARNEKO LOTURA PORTO-SISTEMIKOA (GIPS). HESTEGORRIKO BARIZEEN ODOLJARIOAN AUKERA TERAPEUTIKO BERRI BAT

ZABALETA, S.; ARRIZABALAGA, R.; AZPIAZU, A.; GALDOS, I.; HURTADO, K; ALVAREZ, M.

SARRERA

Hestegorriko barizeen apurketa dela eta sortzen den odoljarioa, portako hipertentsioaren konplikazio garrantzitsuena da, baita zirrosidunen artean gertatzen diren heriotzen iturburu nagusienetakoa ere.

Lan honetan gibel-barneko lotura porto-sistemikoari (GILPS) buruz daukagun esperientzia azaltzen dugu. Erabide hau, beste osabide terapeutikoen alternatiba berri bat bezala, nahi genuke proposatu.

MATERIALE ETA METODOAK

Gibel-barneko lotura porto-sistemikoa (GILPS) zortzi gaixoengan erabili dugu: hiru emakume eta bost gizonezko. Beraien adinak 50-71 artean daude. Guztiak zirrosidunak: lau CHB-ek (C hepatisaren Birusa) eragina, eta beste lau alkoholak (hauetako bat CHB-rekin kutxatuta delarik). Child-Pugh-ren mailari dagokionez: Bost, 8 mailakoak dira; bi A mailakoak; eta Bat, C mailakoa. Zazpi kasutan, esklerosi endoskopiko programak huts eginda gero jo behar izan dugu erabide honetara. Kasu batean, berriz, aszitis errefraktarioagatik.

Gaixo guztiak anestesistaren kontrolpean egon dira nahiz eta loak hartuta ez egon. Tokia anestesiatu ondoren, eskubiko barneko bena jugularra zulatzen da. Ondoren, Rösch-ek asmatutako (Cook, Inc. Bloomington, IN) orratz zalu baten muturra gibelgaineko bena baten adar batetaraino luzatu. Gero, aurretik egindako ikerketa angiografikoaren gidaritzapean, porta bidebanatzen denetik hurbil dagoen puntu batean, porta adar baten bila saiatzen gara. Porta bena kateterizatu eta portan eta beheko kaba benan presioak neurtu. Ondoren, ardatz esplenoportalaren benografia egiten da.

Gehienez 10 mm-ko kalibreraino zabaltzen diren Grüntzig erako angioplastia-baloiak sartuaz, porta eta gibelgaineko benaren arteko bidea tunelizatzen da. Behin tunela irekita, baloiaz zabaltzen den 10 mm-ko diametroa duen Strecker (Medi-Tech) protesia jartzen da, bere mutur baskularrak 2-3 cm. basoen barruan barneratuta gelditzen direlarik. Bena-sistema bien arteko lotura bikaina dela frogatu ondoren, porto-kaba gradientearen neurketa berri bat egitera jotzen dugu.

EMAITZAK

Kasu guztietan lortu da gibel-barneko lotura (GILPS) porto-sistemikoa ezartzea. Gure gaixoek, protesia jarri aurretik, 25 mm.-tatik gorako (25-44) presio portala zuten. Jarri ondoren, 16 mm.-taraino gutxi gora-behera (15-20) jeitsi zen. Protesia jarri eta egun batzuetara, gaixo guztiak, bi ezik, bere etxera joan dira. Hilabetera eta sei hilabetez behin kontrolatuak izan dira, bai Eko-Döppler bidez edo angiografiaz. Ikusi ditugun konplikazioak ondorengoak dira:

Odoljarioa: Kasu batean. Urria, esklerosiaz kontrolatua, eta azken urte honetan gehiago azaldu ez dena.

Estenosia: Hiru kasutan (bitan, sei hilabetetara eta urtebetera bestean).

Entzefalopatia: Hiru kasutan. GILPS-aren ondorio bezala, I gradukoa, eta laktulosaz kontrolatua. Kasu batean hiponatremiak eraginda izan da.

Sukarra: Kasu batean, D-taldeko Streptokokoagatik.

Protesiaren Butxaketa Osoa: Kasu batean. Gaixo hau bi hilabetetarako hil zen.

Heriotza: Bi kasutan. Bat protesaiaren butxaketa osoaren ondorioz, bestea gibel-ezaskitasunagatik.

Orkatiletako edemak: Kasu batean. Bere kabuz desagertuak.

EZTABAIDA

Gibeleko zi
ko barizeen apu

Hestego
Zirrosia
Barizeen
Lehe
Bir-o
Barizeen
Lehenbiz
Ospit
Ospit
Odolj
Zirros

Odoljaria gel
aukera terapeutik
eta barizeen eskler
koa da eraginkorr
sortarazten lagund
tikoengan gauzatz
sahiestzaileak. Ho
bezala hartzen da,
bidez eskleroterapia

Barizeen esklero
odoljario gutxiago ja
tasun txikiagoa dut
jasan dutenen artetik

Gibel-barneko
zeko gauza den erabi
bat, gibelgaineko be
kor bat ezartzean, d
ezarketan, ez du anes

GILPS orain de
bat da, baina gaur eg

Ondorio bezala
barizeek eragindako

EZTABAIDA

Gibeleko zirrosiaren bilakaeran, maiz gertazen den gauza da hestegorriko barizeen apurketa eta odoljarioa. Horrela:

Hestegorriko barizeen prebalentzia		%60
Zirrosiaren bilakaeran barizeak agertzeko probabilitatea		%93
Barizeen odoljarioa gertatzeko arriskua		
Lehendabizikoa	Urteko	%20
Bir-odoljarioa	(bizirik gelditzen direnen artean)	%72
Barizeen odoljarioaren hilkortasuna		
Lehenbiziko odoljarioa		
Ospitalizatuen artean		%37
Ospitalizatu baino lehen		%25
Odoljario bakoitzarena		%31
Zirrosidunen artean, globalki		%40

Odoljaria gelditzeko eta birgertaketa urruntzeko gehien erabiltzen diren aukera terapeutikoak, sahiesbide edo deribazio porto-sistemiko kirurgikoa eta barizeen esklerosi endoskopikoa dira, hain zuzen. Dudarik gabe, aurrenekoa da eraginkorrena berriro ager ez dadin odoljarioa, baina entzefalopatia sortarazten lagundu dezake. Bestalde, une larrietan edo endakatutako zirrotikoengan gauzatzen denean, hilkortasun kirurgiko handia du kirurgia sahiestzaileak. Horregatik, toki gehienetan, bigarren aukera terapeutiko bezala hartzen da, gordeta edukiaz beste osabide kontserbatzaileagoak, adibidez eskleroterapiak, huts egiten dutenean erabiltzeko.

Barizeen esklerosi endoskopikoaren programa barnean dauden gaixoek, bir-odoljario gutxiago jasaten dute, eta tratamendurik gabeko gaixoek baino hilkortasun txikiagoa dute. Hala ere, beraien erdiak jasaten du bir-odoljarioa, eta, jasan dutenen artetik, laurdenak kirurgia deribatiboa behar izango du geroago.

Gibel-barneko lotura porto-sistemikoa (GILPS) porta-lurraldea hustutzeko gauza den erabide terapeutiko berri bat da. Gibel-barneko portaren adar bat, gibelgaineko benaren adar batekin lotzen duen metalezko protesi zabalkor bat ezartzean, datza bere oinarria. Erabide honek eraso urria dakar bere ezarketan, ez du anestesia sakon bat behar, erlajazio arin bat nahikoa delarik.

GILPS orain dela hogei urte Rösch eta bere kideek asmatutako tresna bat da, baina gaur egun arte ez da benetako aukera terapeutikoa bihurtu.

Ondorio bezala esan genezake, GILPS osabide ideala dela hestegorriko barizeek eragindako odoljarioan. Ez da erasokorra, seguraski ez du gibela

portaren odol-fluxurik gabe uzten, porta-kabaren gradientea nahikoa jeisten du eta gerorako gibel-transplante posible bat ez du oztopatzen.

Eragozpen handiena protesiaren estenosi goiztiarra da. Nahiz eta erabide angiografikoaz konpondu, ezin da ukatu gaixoek aldizka kontrol andiografikoak jasan behar dituztela, eta hau nahiko nekagarria dela. Baliteke, etorkizunean, Eko-Döppler-aren bidez estenosiaren kontrolak egitea eta horrela gaixoen bilakaera leuntzea.

BIBLIOGRAFIA

1. TERÉS J, BORDAS JM, BOSCH J. *Hemorragia Digestiva Alta. Monografías Clinicas en Gastroenterología.* Dic. 1992; 44-47 Ediciones Doyma.

2. RÖSCH J, HANAFEC WN, SNOW H. *Work in progress; Transyugular intrahepatic portal venography and radiologic portocaval shunt: an esperimental study.* Radiology 1969; 1112-1114.

3. RICHTER GM, NOELDGE G, ROESSEL M, el al. *Transyugular intrahepatic portosystemic stent shunt (TIPSS).* Radiology 1990; 1027-1030.

4. ZEMEL G, KATZEN BT, BEKER GJ, BENENATI JF, SALLEE DS. *Percutaneous transyugular protosystemic shunt.* JAMA 1991; 266: 390-393.

5. RING EJ, LAKE JR, ROBERT JP. et al. *Using Transyugular Intrahepatic Portosystemic shunts to control variceal bleeding before liver transplantation.* Ann Int Med 1992; 116: 304-309.

6. GARCIA-VILLARREAL L, ZOZAYA JM, QUIROGA J, SANGRO B, LONGO J, BILBAO JI, PRIETO J. *Nueva técnica en el tratamiento de la hipertensión portal. Prótesis intrahepática portosistémica (PIP) ("TIPS"). Syllabus. II Jornadas sobre avances en hepatitis crónica y cirrosis.* pp. 167-174. La Toja, Septiembre 1992.

7. CABRERA J, MAYNAR M, GRANADOS R, GORRIZ E, REYES R, RODIGUEZ-SAN ROMAN JL, RAMIREZ J, GUERRA C. *Comumicación intrahepática portosistémica por vía transyugular. Seguimiento clínico y hemodinámico. Resultados preliminares. Gastroenterología y Hepatología.* Enero 1993. vol. 16, nº 1; 17.

EKO TRAN
ENBO

ALBIZU
L

SARRERA

Eko transesofagi
ko kontrastasunagat
aurkezteko.

Eko TEak bular
horrela plaka aterom
ko istripu baskularra
aurkikuntzan bere bal

HELBURUAK

Enbolo-iturria au
ki jasan duten gaixo b

EKO TRANSESOFAGIKOAREN AURKEZPENA ENBOLISMO PERIFERIKO BERRIAN

ALBIZU A.; ELIZARAN I.; POREDA A.; ABURTE M.;
LARAUDOGOITIA E.; LEKUONA I.

SARRERA

Eko transesofagikoa (TE) metodorik sensibleena dela frogatu da berezko kontrastasunagatik eta ezkerreko aurikula eta aurikulatxoan tronboak aurkezteko.

Eko TEak bularreko aortaren azterketa zehatza egiten uzten digu eta horrela plaka ateromatoso eta tronboen presentzia alde batera utzi. Garuneko istripu baskularra jasan duten gaixoengan, EKO TEak enbolo-iturriren aurkikuntzan bere baliotasuna erakutsi du.

HELBURUAK

Enbolo-iturria aurkitu Eko TEaren bitartez enbolismo periferikoa berriki jasan duten gaixo batzuengan.

METODOLOGIA

22 gaixo: 12 emakume eta 10 gizon, 69 urte 12 gorabehera (denak 40 urtetik gora).

— Estenosi mitrala: 3

— Kardiopatia iskemikoa: 3

— Kardiopatia hipertentsiboa: 2

— Kardiopatia dilatatua: 1

— Kardiopatia gabekoak: 13

Kokapena: — Ezkerreko zangoa (9)
— Ezkerreko besoa (5)
— Eskubiko zangoa (8)

— Tronbo guztiak ebakuntzaz kendutakoak.

Eko TT eta TEa enbolismoa jasan ondorengo 24 orduetan egin ziren.

EMAITZAK

— Berezko kontrastasuna aurkitu genuen ezkerreko aurikulan 6 gaixoengan, guzti hauek fibrilazio aurikularrarekin, 3 estenosi mitralarekin eta beste 3 kardiopatia barik.

— Bi gaixoetan tronboa ezkerreko aurikulan (aurikulatxoan) aurkitu zen, biak estenosi mitral erreumatikoaz.

— 12 gaixoetan bularreko aortan plaka ateromatoso haundiak ikusi ziren, irtenak 6 eta tronbo haundi mugikor bat, azalari irentsirik beste 3.

ONDORIOAK

— Enbolismo periferikoa jasandako lehen uneetan egiten diren Eko TEak portzentaia altu batean enbolo-iturria erakusten du.

— Bularreko aortaren lesio ateromatoso konplikatuak kopuru garrantzitsu batean enbolismoen iturri izan daitezke gaixotasun enbolikoa duten 40 urtetik gorako pertsonengan.

EKO TR
IKERKETA
TRO

ARANZI

SARRERA

Arterietako e
tratamendurako,
lismo arriskua gai

Kumarinikoe
rioz II, VII, IX, X
bai. Kumarinikoe
fagiko (TE) bidez

HELBURUAK

Eko TE-az 19
tan eragindako ald

EKO TRANSEOFAGIKOAREKIN EGINDAKO IKERKETA, KUMARINIKOEKIN TRATATUTAKO TRONBOAK DITUZTEN GAIXOETAN

ARANZEGUI I.; PEREDA A.; ELIZARAN I.; MARTIN A.;
LARAUDOGOITIA E.; LEKUONA I.

SARRERA

Arterietako eta benetako gaixotasun tronboenbolikoen prebentzio eta tratamendurako, koagulazioaren aurkako farmakoak erabiltzen dira. Enbolismo arriskua gaitza duten gaixoentzako, tratamendurik eraginkorrena da.

Kumarinikoek K-bitaminaren produkzioa geldiarazten dute, eta ondorioz II, VII, IX, X. koagulazio-faktoreen eta C eta S proteinen sintesia ere bai. Kumarinikoek nahiz eta ekintza fibrinolitikorik ez eduki, Eko Transesofagiko (TE) bidez ikusitako tronboetan, aldaketak ikusten dira.

HELBURUAK

Eko TE-az 19 gaixoen jarraipenean tratamendu kumarinikoak tronboetan eragindako aldaketak somatzea.

METODOLOGIA

19 gaixo (12 emakume eta 7 gizon). 69 ± 12 urte. Hauetatik 15 fibrilazio aurikularrean eta 4 erritmo sinusalean zeuden.

• 12k estenosi mitrala zuten eta balbuloplastia aurretik ikertu ziren. Beste 2k kardiobertsio aurretikan. Eta beste 5ek ez zuten kardiopatia ezagunik, baina enbolo bila ikertu ziren.

• Estenosi mitrala eta tronboak zituzten gaixoak balbuloplastiarako ezeztatu ziren.

• Koagulazioaren aurkako tratamendua hasi zen, INR 3-5 tartean mantenduz. Handik 4,1 ± 0,5 hilabetetara bigarren Eko TE bat burutu zen. Eta 14 gaixoei hirugarren bat egin zitzaien handik 7,2 ± 1,7 hilabetetara. Beste 3 gaixoengan laugarren Eko TE bat egin zen 12,1 ± 1,2 hilabeteren epean.

EMAITZAK

Lehen Eko TE (19 gaixo): 13 kasutan, ezkerreko aurikulatxoan tronboak aurkitu ziren, 3tan ezkerreko aurikulan eta 3tan bularreko aortan.

— Bigarren Eko transesofagikoan (19 gaixo): tronboa 5 kasutan (%38) desagertu egin zen, hauetatik denak aurikulatxoan kokatuak. 3tan babuloplastia mitrala burutu zen, batetan kardiobertsioa; 5 kasutan tronboa txikiagotu egin zen eta gainontzekoetan ez zen aldatu.

— Hirugarren Eko transesofagikoan (14 gaixo): tronboaren neurria 2 kasutan txikiagotu zen eta besteetan ez zen aldaketarik aurkitu.

— Laugarrenean (3 gaixo): tronboaren neurria ez zen aldatu inoiz. Ez zen enbolismorik gertatu.

ONDORIOAK

Kumarinikoekin tratatutako gaixoengan tronboa desagertu edo gutxitu egiten da lehengo hilabeteetan, hala ere, ez dirudi urrengo jarraipenetan horrelakorik gertatzen denik.

— Kumarinikoek ekintza fibrinolitikorik ez dutenez, tronbo berak eragindako berezko gertakizun fibrinolitikoa izan daiteke.

BIRIKA-
ERRENDI
INTERST

ABURTO
PEF

SARRERA

Birika-biopsia
metodorik erabilie
ohizko metodoak
da. Teknika honen
tuta, idazle bakoit
direlarik; honela, a
beste zenbait aurkil
honi buruzko gure

METOLOGIA

Gure lanak urt
bitartez diagnostiko

BIRIKA-BIOPSIA TRANSBRONKIALAREN ERRENDIMENDUA BIRIKEN GAIXOTASUN INTERSTIZIAL HEDATUAN. 43 KASUREN AZTERKETA

ABURTO M.; MARTIN A.; ALBIZU A.; ARUNZEGUI I.;
PEREZ IZQUIERDO J.; CAPELASTEGUI A.

SARRERA

Birika-biopsia transbronkiala (BBT) da birika-ehuna lortzeko dagoen metodorik erabiliena. Biriken gaixotasun interstizial hedatuan (BGI), beste ohizko metodoak diagnostiko etiologikoa ematen ez digutenean erabiltzen da. Teknika honen sentsibilidadea eta espezifidadea ez daude zehazki finkatuta, idazle bakoitzak erabilitako kriterio diagnostikoen arabera aldatzen direlarik; honela, autore batzuk kriterio histologikoa soilik erabili beharrean, beste zenbait aurkikuntza erabiltzen dituzte. Komunikazio honetan, teknika honi buruzko gure esperientzia jorratzen dugu.

METOLOGIA

Gure lanak urtebete iraun du. 43 BBT egin ditugu, ohizko metodoen bitartez diagnostikorik gabe zeuden 41 gaixoengan (30 gizon eta 11 emaku-

me), 19 eta 83 urte bitartekoak. Erabili dugun teknika, Zavalak prosposatutakoa izan da; hau da, azterketa erradioskopikopean, eta biopsia-pintzak bronkioloan enklabatuaz, espirazio amaieran lagin histologikoa jasotzen dugu.

EMAITZAK

43 kasuetatik, 36ean birika-ehuna lortu genuen; 25etan, biopsiak diagnostiko histologikoa ekarri zuen, hauetatik 13tan diagnostiko zehatza emanez (6 sarkoidosi, 3 tuberkulosi, 2 linfangitis kartzinomatoso eta P. cariniik eragindako 2 neumonia); eta beste 12tan adostasunezko diagnostikoa (7 fibrosi eta 5 neumonitis interstizial).

Diagnostikorik gabeko 11 kasuetatik, 4 birika-ehun normala izan ziren eta 7 histologikoki argitu ezinak.

Gure lanean ez zen osteko konplikaziorik agertu.

ONDORIOAK

Gure esperientziak BBTaren morbilidadea ia hutsa dela erakusten digu. Gainera, teknika guztiz errentagarria da, BGIko hainbat kasutan diagnostiko histologiko espezifikoa lortzeko.

E

POMPOSO I.(1);
PRATS J.M.(1); Z
(1) Neurokirurgi
Mediku

SARRERA

Epilepsiaren e
nostiko elektrodisi
tamendu hau izuga

Teknika honek
duan parte hartzen

EPILEPSIAREN E

Gaurko konbin

Ikerketa neuro
rrekoa dela adierazte

SPET kritikoa
bat egiten duenean.

EPILEPSIAREN EBAKUNZA

POMPOSO I.(1); G.ARGANDOÑA E.(2); AURREKOETXEA J.(1);
PRATS J.M.(1); ZORRILLA J.(1); GARIBI J.(1); LAFUENTE J.V.(2);
(1) Neurokirurgia saila. Gurutzetako Ospitalea. (2) Neurozientzien saila.
Medikuntza Fakultatea. Euskal Herriko Unibertsitatea.

SARRERA

Epilepsiaren ebakuntza aspaldidanik ezaguna izan arren teknika diagnostiko elektrodisiologikoen eta neuroirudien (SPET barne) garapenak tratamendu hau izugarri gaurkotu du.

Teknika honek protokolo zehatza behar du diagnostikoan eta tratamenduan parte hartzen duten sail guztiak batera egin behar dutelako.

EPILEPSIAREN EBAKUNTZA EGITEKO IRIZPIDEAK

Gaurko konbinazio terapeutikoak huts egiten dutenean.

Ikerketa neurodisiologikoek, KTA-k edo EMN-k epilepsia foku bakarrekoa dela adierazten dutenean.

SPET kritikoa positiboa denean eta bai EEG-rekin baita neuroirudiekin bat egiten duenean.

METODOAK

Behin gaixoa aukeratuta lobulu temporalaren ebakuntza zuzena egiten da.

Zalantzazko kasuetan teknika inbasiboak eta er-inbasiboak aukeratzen dira.

Erdi-inbasiboetan elektrodo esfeneoidalak edo foramen obalekoak erabiltzen dira.

Inbasiboetan garun-barneko elektrodu sakonak eta azpiduralak sartzen dira. Elektrodo hauek fokua baieztatzen dute eta ingurua ziztatzen dute gerta daitezkeen ondorioak aurre ikusteko baliogarriak direlarik.

EREDU KIRURGIKOAK

Lobulu tenporalaren erresekzioa.

Katilukarektomia.

Hemisferektomia.

EBA

G. ARGAN
ZORRI
(1) Neurologia
Mediku

SARRERA

Estereotasia N
ko puntu bat (targe

HISTORIA

Historian agert
errusiarrari dagokio
ko lehen tresna este
ru berarekin (ikerk
lehen aldiz erabili zu

1949. urtean L
ezaugarririk garrantzi
kokatzen da beti, ber
distantzia bera da abo

EBAKUNTZA ESTEREOTASIKOA

G. ARGANDOÑA E.(2); POMPOSO I.(1); URIGUEN M.(1);
ZORRILLA J.(1); LAFUENTE J.V.(2); GARIBI J. (1);
(1) Neurologia saila. Gurutzetako Ospitalea; (2) Neurozientzien saila.
Medikuntza Fakultatea. Euskal Herriko Unibertsitatea.

SARRERA

Estereotasia Neurokirurgiaren atal bat da bere iharduera garezur-barneko puntu bat (target) zehazki kokatzen eta ebakitzea delarik.

HISTORIA

Historian agertzen den lehendabiziko erreferentzia Zernov anatomista errusiarrari dagokio. Zernovek 1889. urtean animalienganako ikerkuntzarako lehen tresna esterotasikoa asmatu zuen. Harley eta clar-ek (1906) helburu berarekin (ikerkuntzan) antzerako tresna asmatu zuten. Giza klinikan lehen aldiz erabili zutenak Spyegel eta Wicisek izan ziren 1947. urtean.

1949. urtean Leksell-ek arku zentraturiko tresna asmatu zuen zeinen ezaugarririk garrantzitsuena honako hau den: Target-a esfera baten erdialdean kokatzen da beti, beraz, kanpokaldeko edozein puntutik target-era ailegatzeko distantzia bera da abordaiaren angulazioak inolako eraginik ez daukalarik.

GAUR EGUNGO EGOERA

Azkenengo hamarkadan Neuroirudi tekniken garapenak (KTA, ENM) erabateko bultzada ematen dio esterotasiari target-aren kokapen zehatzagoa ematen bait digute.

1993.-eko Azaroan Gurutzetako Ospitalaren Neurokirurgia Sailak estereotasia sistema oso bat jasotzen du eta astean bi aldiz ebakuntza estereotasikoak egiten dira.

EBAKUNTZA ESTEREOSTASIKOA ERABILTZEKO IRIZPIDEAK

— Garun-biopsiak bai tumoreetan, baita prozesu inflamatorio edo desjatortzaileetan.

— Kiste, abszesu edo hemaromen hustutzea.

— Endoskopiak.

— Branditerapia.

— Tumore sakonen erresakepena.

— Zuzenduriko kraniektomiak.

— Ebakuntza funtzionala, dardara, mina, diskinesiak.

— Erradioebakuntza Linakez edo Garnma knife-z.

— Zelula enbrionarioen ezarte eta trasplantea.

A
ERR
PERKUTA
OSPITA
HEM

ARRIANDAL
Kardiologia
Adjuntoa; AL
INGUAN
OÑATI

SARRERA

Koronari An
baliagarria da ko
estenosiak dilatat
kazioak %5 etan.
gehitu egin dira.

Teknika hon
dura inguruko bu

ATEREKTOMIA KORONARIO ERROTAZIONAL TRANSLUMINAL PERKUTANEOA. ESPERIENTZIA GURUTZETA OSPITALEKO KARKOLOGI ZERBITZUKO HEMODINAMIKAKO UNITATEAN

ARRIANDAIAGA J.R.(1): KARDIOLOGIA; ARRIOLA J.(2): M.I.R. Kardiologia 5. Urtea; PEÑA N.(3): Kardiologia, Hemodinamikako Adjuntoa; ALCIBAR J.(4): Kardiologia, Hemodinamikako Adjuntoa; INGUANZO R.(5): Kardiologia Hemodinamikako Adjuntoa; OÑATE A.(6): Kardiologia, Hemodinamikako Adjuntoa.

SARRERA

Koronari Angioplastia transluminal Perkutaneoa (KATP) teknika oso baliagarria da koronari arteriatan gaixotasun ateromatzaileak sortzen dituen estenosiak dilatatzeko. Lorpen onak %85 kasuetan getatzen dira, eta konplikazioak %5 etan. Lesio konplexuetan lorpen onak gutxitu eta konplikazioak gehitu egin dira.

Teknika honen bidez maizago gertatzen diren arazoak hauk dira: prozedura inguruko butxaketa (%5), intimaren urraketa (%27), disekzio nabaria

(%3), ber-estenosia (%30), lorpen eskasa lesio elastikoetan, lesio estuegietan sartu ez ahal izatea. Butxaketa akutuaren ondorioz miokardioaren infartoa (MI), ber-baskularizatzeko premiazko ebakuntza eta heriotza sortzen dira.

Akats guzti hauk gutxitzeko beste teknika batzuk asmatu dira: aterektomi prozedurak. Hiru dira: Aterektomia Errotazional Transluminal Perkutaneoa (KARTP), Aterektomia Direkzionala(KAD), eta Erauzketa Transluminalaren Kateterra (ETK).

KARTP gomendatzen da angioplastia-osteko ber-estenosian, ostiumeko lesioetan, lesio oso kaltzifikatuetan, nabari gaixotutako arterietan, eta anguloetan kokatutako lesioetan. KAD egokia da ostiumeko lesioetan, lesio estzentrikoetan, eta angioplastiak sortzen dutuen urraduretan. ETK teknikaren bidez emaitza onak lortzen dira ostiumeko lesioetan, zana txertatuen lesioetan eta tronbo asko daukatenetan. KAD eta ETK ezin dira erabili lesio oso kaltzifikatuetan eta anguloetan kokatutakoetan.

Lan honetan Gurutzeta Ospitaleko Kardiologi zerbitzuko Hemodinamikako Unitatean KART teknikarekin izandako esperientzia aukezten dugu. Prozedura honen abantailak, angioplastiarekin konparatuz, dira: lesio erresidualaren orma leunagoak, ez da sortzen urradurarik, eta ez da kalterik egiten median. Bere arazoak, zulaketa, lesioren zehar ezin pasatu izatea oso estua denean eta emaitza eskasak tronboak daudenean.

MATERIALA

Lau paziente ziren, denak gizonezkoak, 63 eta 81 urte artekoak (68±7 batezbeste). Guztiek III-IV graduko anginarekin (Kanadiar Kardio-Baskular Gizartearen Klasifikazioaren arabera), medikamentu bidez kontrolaezina, ez zen miokardio-infarturik gertatu inorengan.

Bi pazientek gaixotasun ateromatzailea koronari hodi batean bakarrik zuten: aurreko bentrikuloen artekoan (ABA); beste biek, bi hodietan: batek ABA-n eta zirkunflexuan (Zx), eta besteak zorrotz-ertzekoan (ZE) eta ezker koronarioan (EzK). Azkenengo pertsonaren bi hodi horietan bi angioplastia eginda zeuden aurrez.

Hiru pazienteetan aterektomia errotazionala ABA koronariarengan aplikatu zen, eta laugarrenean Ezk-rengan. Lesio guztiak B motakoak ziren : danak 10 eta 20 mm. artekoak; hiru, eszentrikoak, bat, tronboz beterikoa, bat, kaltzifikatuta. Euren artean ez zen ultzeradun plakarik.

METODOA

Rotablator si
mm. arteko diam
inkrustatuekin; 3
erabilitzen da oli
amaieran kolokat
ten da, eta aterom

Olibak ebak
plaka kaltzifikatu
tikulak lortuz. M
errez pasatzen dir

Paziente guz
Horretarako Mor
trodun baloi bate
presio maximo ba

Denei prozed
tzaien, eta ostean

EMAITZAK

Paziente dan
iragankorra sortu
zen konplikaziori
tua, koronariak b
Kasu guztitan Osp

EZTABAIDA

Nahiz eta kas
emaitzek beste ike
matzen dituzte. A
te sartu ziren; ez
zen. Lesioen artea
infartua %5'6 kas
disekzio sortu zire
izan zen beharrezk

METODOA

Rotablator sistema erabili zen. Honek Konprenditzen ditu 1'25 eta 2'5 mm. arteko diametrodun oliba bat 10 um diametrodun diamantezko kristal inkrustatuekin; 300 cm. luzera eta 0'023 cm. diametrodun kateter gidari bat erabilitzen da oliba aurreratzeko eta jiratu ahal izateko. Kateterra lesioaren amaieran kolokatzen da. Errotazioa 50.000 giro minuturo (JM) abiaduraz hasten da, eta ateromaren parean 180.000 eta 200.000 JM artekoaz jartzen da.

Olibak ebaketa "berezia" egiten du, bereizten du ehun osasuntsua eta plaka kaltzifikatua. Plaka apurtu egiten du 5 mikra promediodun mikropartikulak lortuz. Mikropartikula horiek hematieak baino txikiagoak dira, eta errez pasatzen dira kapilarrean zehar, miokardioan kalterik egin gabe.

Paziente guztietan angiektomia egin ondoren angioplastia egin zen. Horretarako Monorail kateter bat erabili zen, 2'5 eta 3mm. arteko diametrodun baloi batekin. Bat eta Hiru arteko puzketa egin ziren, 4 atmosfera presio maximo batez, minutu bat iraunduz puzketa bakoitza.

Denei prozeduraren aurretik 100U/Kg. zainbarruko Heparina eman zitzaien, eta ostean 60mgr./egun kaltziokontrakoak eta 150mgr./egun Aspirina.

EMAITZAK

Paziente danetan emaitza angiografikoak lortu ziren. Bitan, espasmo iragankorra sortu zen eta koronaribarneko nitroglizerinaz gainditu zen. Ez zen konplikaziorik agertu: koronari-butxaketa, enbolaketa, miokardio infartua, koronariak ber-baskularizatzeko premiazko ebakuntza edo heriotza. Kasu guztitan Ospitaletik alta izan aurretik angina kontralatuta zegoen.

EZTABAIDA

Nahiz eta kasu gutxi izan ondorio estatistikoak atera ahal izateko gure emaitzek beste ikerketa haundiagoetan lortu diren erresultatu onak konfirmatzen dituzte. Adibidez, momentuz egin den lan haundienean 315 paziente sartu ziren; ez zen gertatu heriotzarik, emaitza ona %95 kasutan lortu zen. Lesioen artean %87 konplexuak ziren (B eta C motakoak). Miokardio infartua %5'6 kasutan egon zen eta premiazko ebakuntza %1'6 etan; 26 disekzio sortu ziren (%8'2) eta premiazko ebakuntza kasu batetan bakarrik izan zen beharrezkoa.

BIBLIOGRAFIA

— DETRE K.; HOLUBKOV R.; KELSEY S.; et al. *Percutaneus Transluminal coronary Angioplasty in 1985-86 and 1977-81.* N Engl J Med 318: 265-70. 1988.

— TEIRSTEIN PS.; WARCH DC.; HAG N.; et al. *High speed rotational coronary atherectomy for patients with difuse coronary artery disease.* J Am Coll Cardiol 18: 1964-701. 1991.

— BUCHBINDER M.; WARTH D.; O'NEIL W.; et al. *Multicenter registry of percutaneous coronary rotational ablation using the rotabator (Abstract).* J Am Coll cardiol 17 (Suppl A): 31A, 1991.

— WILLIAM O'NEILL, MD. *Mechanical Rotational Atherectomy.* Am J Cardiol 1992; 69: 12F-18F.

— C. MACAYA, A.; IÑIGUEZ, A.; FERNANDEZ-ORTIZ, y col. *Angioplastia coronaria con aterotomo de rotación.* Rev. Esp. cardiol. Vol.44, Num. 7, Ago-Sep. 1991.

LAUS

M

Anestesia lo
txikiaren abanta
nika deskribatze

Teknika hau
lera berri edo m
lean egiten dugu

Ikusmenare
rapenak azpimar