

Następnie wprowadza się koszulkę naczyniową zawierającą stentgraft, który po właściwym umiejscowieniu jest uwalniany z koszulki i rozpięra się samoczynnie w aorcie (ryc. 59.14 b).

Trudnym etapem zabiegu jest zainstalowanie drugiego ramienia stentgraftu, gdyż konieczne jest przeprowadzenie przewodnika przez otwór w stentgrafcie po przeciwległej stronie. Po upewnieniu się, że przewodnik znajduje się wewnątrz światła stentgraftu, wprowadzamy ramię przeciwległe stentgraftu, postępując się znacznikami widocznymi w promieniach rentgenowskich, tak aby ramię było założone z zakładką przynajmniej na jeden metalowy segment stentgraftu, by zapobiec rozłączeniu się i ewentualnym przeciekom (ryc. 59.14 c). Cały zabieg kończy się arteriografią kontrolną w celu wykluczenia ewentualnych przecieków pomiędzy ścianą naczynia a stentgraftem oraz przecieków z tętnic lędźwiowych lub kręzkowych (ryc. 59.14 d).

Schemat implantacji stentgraftu przedstawia rycina 59.15 a–e.

### Powikłania po leczeniu TAB wewnątrznaczyniowymi stentgraftami

Metody wewnątrznaczyniowego leczenia tętniaków aorty brzusznej wiążą się z możliwością wystąpienia powikłań. Najczęstszą przyczyną powikłań po EVAR jest nieskuteczne wyłączenie krążenia w worku tętniaka w trakcie zabiegu lub w późniejszym okresie, co prowadzi do przecieków (*endoleaks*) (ryc. 59.16).

Ten typ powikłania jest szczególnie niebezpieczny, ponieważ może prowadzić do dalszego powiększania się tętniaka, a w konsekwencji do jego pęknięcia. W zależności od źródła wyróżniamy cztery podstawowe typy przecieków wraz z podtypami oraz typ V, tzw. *endotension*. Podstawowe rodzaje przecieków przedstawiono w tabeli 59.2. Najczęściej występuje typ II, który w 5-letniej obserwacji stwierdzany jest u 20–40% chorych po EVAR. Pozostałe najistotniejsze odległe powikłania po implantacji stentgraftu to: migracja, zakrzepica, zakażenie protezy oraz pęknięcie tętniaka (tab. 59.3).

