

بررسی و پی‌گیری عمل جراحی در صد بیمار مبتلا به آنوریسم آئورت شکمی

دکتر حسین ابدالی^۱، دکتر بهنام صانعی، دکتر مجید گیوی، دکتر مهرداد حسین پور، همایون ناجی

چکیده مقاله

مقدمه. آنوریسم آئورت شکمی علیرغم درمانهای جراحی موجود، هنوز یکی از علل مرگ و میر مهم در جهان می‌باشد. در این مطالعه، خصوصیات دموگرافیک بیماران مبتلا، خصوصیات آنوریسم و عوارض زودرس پس از عمل بیماران بررسی گردیده است.

روشها. برای انجام این مطالعه، صد بیمار مبتلا به آنوریسم آئورت که در بیمارستان الزهراء (س)، آیه... کاشانی، شهید چمران و فیض وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بستری شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج. بیشترین رده سنی ۶۰ تا ۷۰ سال و تفوق جنسی با مردان (۷۷ درصد) بود. بیشترین محل آنوریسم، زیر شریان کلیوی بدون درگیری شریانهای ایلیاک بود. از لحاظ اندازه آنوریسم، بیشتر بیماران (۶۶/۵ درصد) در گروه بالای ۶ سانتی متر قرار داشتند. ۷۸/۵ درصد از بیماران دارای علامت بودند. آترواسکلروز در تمامی بیماران وجود داشت. درد شکم شایعترین علامت (۶۰ درصد) در بیماران علامت دار بود. در هیچیک از بیماران، سابقه ثبت فامیلی از لحاظ آنوریسم مثبت نشده بود. شایعترین عارضه پس از عمل، خونریزی (۵۵ درصد) در بیماران عارضه دار بود. درصد بروز عوارض در آنوریسم‌های بالای ۶ سانتی متر بیشتر بود (۶۵ درصد).

بحث. بنظر می‌رسد که تشخیص آنوریسم آئورت شکمی، با تأخیر صورت می‌گیرد. این امر می‌تواند بعلت عدم مراجعه بموقع بیمار یا تشخیص دیررس پزشکان باشد.

● واژه‌های کلیدی: آنوریسم آئورت شکمی، عوارض، عوامل خطر، گزارش موارد، پیگیری بیمار، جراحی.

مقدمه

آنوریسم آئورت شکمی (AAA)، علیرغم درمانهای جراحی، هنوز یکی از علل مهم مرگ و میر بیماران محسوب می‌شود (۱). تا حدود یک دهه قبل، آترواسکلروز به‌عنوان تنها عامل ایجادکننده این بیماری شناخته شده بود، لیکن امروزه سایر علل از جمله فشار خون بالا و سیگار و زمینه خانوادگی نیز در ایجاد آن دخالت داشته‌اند (۲-۴). هر چند در اکثر موارد آنوریسم‌های شکمی تا قبل از پاره شدن یا ارتشاح (leak) فاقد علامت هستند ولی عوارض مهمی از جمله پارگی، آمبولی و عفونت در آنها شناخته شده است (۵-۷). در مطالعه‌ای، سیگار به‌عنوان تنها عامل مؤثر در ایجاد مرگ

ناشی از آنوریسم شناخته شده است (۸). در مطالعه‌ای که در آکسفورد انجام شد مشخص گردید که وجود توده شکمی در آنوریسم آئورت شکمی زیاد دقیق نبوده و حساسیت آن در مقابل اولتراسوند ۳۵ تا ۴۳ درصد می‌باشد (۹). از لحاظ جنسی نیز مطالعه‌ای نشان داد که شیوع آنوریسم در مردان ۶ برابر زنان بوده است و تنها در ۸ درصد موارد قطر آن از ۶ سانتی‌متر بیشتر بوده است (۱۰). با توجه به مطالب فوق از آنجا که تا کنون در رابطه با بیماران مبتلا به آنوریسم آئورت شکمی، مطالعه وسیعی در اصفهان انجام نشده است، مطالعه حاضر برای بررسی و پی‌گیری نتایج عمل جراحی بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به این بیماری انجام گرفت.

روشها

در این مطالعه مقطعی که بررسی عوارض حاصل از جراحی به‌صورت آینده‌نگر انجام شده، بیمارانی که در طی سالهای ۱۳۶۸ لغایت ۱۳۷۸ با تشخیص آنوریسم آئورت شکم در بیمارستانهای الزهراء، آیه... کاشانی، شهید چمران و فیض وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بستری شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. از هر فرد مورد مطالعه اطلاعات شامل سن، جنس، علائم بالینی شامل درد شکم، درد کمر، احساس توده ضریان دار، لنگیدن متناوب، سردی اندام تحتانی، محل آنوریسم (زیر شریان کلیوی یا درگیری شریان ایلیاک، زیر شریان کلیوی بدون درگیری شریان ایلیاک، ژوکسترنال و بالای شریان کلیوی)، قطر آنوریسم، وجود آترواسکلروز و عوارض آنوریسم (خونریزی، عفونت، ترومبوز، نارسایی حاد کلیوی، انفارکتوس حاد میوکارد، باز شدن زخم و ضایعات عروقی عصبی اندام تحتانی) جمع‌آوری گردید. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از چک لیست انجام گرفت. اطلاعات پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار EPI6 گردید و توزیع فراوانی متغیرهای مورد نظر محاسبه شد.

نتایج

در این مطالعه، تعداد ۱۰۰ بیمار مبتلا به آنوریسم آئورت مورد بررسی قرار گرفتند. بیشتر بیماران در گروه سنی ۶۰ تا ۷۰ سال یعنی دهه هفتم عمر بودند. از نظر جنسی ۷۷٪ بیماران مذکر و ۲۳٪ مونث بودند. بیشترین محل

۱- گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی استان اصفهان، اصفهان. E-mail: abdalali@med.mui.ac.ir

الاستین و کلاژن دیواره عروق می‌باشد (۱۲). تخریب لایه مدیا و کاهش بافت الاستیک از جنبه‌های مهم بافت‌شناسی می‌باشد و به نظر می‌رسد که عامل سن در ایجاد این تغییرات تأثیر داشته باشد.

یافته دیگر این مطالعه نشان می‌دهد که در اکثر موارد، بیماری در جنس مذکر دیده می‌شود. این نتیجه نیز همخوان با نتایج مطالعه مشابه می‌باشد (۶). این امر می‌تواند به علت شیوع بیشتر استعمال سیگار و بیماریهای زمینه‌ای در مردان باشد.

یافته مهم دیگر تحقیق حاضر قطر بالای ۶ سانتی متر در بیماران این مطالعه می‌باشد که این یافته‌ها با نتایج مطالعات مشابه تفاوت دارد. این تفاوت می‌تواند ناشی از دیر تشخیص دادن بیماری در جامعه ما باشد. از آنجا که قطر آنوریسم در بروز عوارض تأثیر دارد، توجه به این نکته دارای اهمیت خاصی است. هر چند در مطالعه‌ای اکثر بیماران مبتلا به آنوریسم بدون علامت بوده‌اند، لیکن در مطالعه حاضر، اکثر بیماران علامت‌دار می‌باشند که این موضوع نیز با دیر تشخیص داده شدن این بیماری قابل توجیه است (۱۳). از طرف دیگر، بر خلاف مطالعات قبلی در هیچ یک از افراد مورد مطالعه، سابقه خانوادگی بیماری مثبت نبود که این یافته نیازمند بررسی‌های بیشتر می‌باشد (۱۴).

در این بررسی، فراوان‌ترین محلی که آنوریسم آئورت شکمی دیده شده زیر شریان کلیوی بود. این نتیجه نیز با نتایج مطالعه مشابه مطابقت دارد (۱۵). در مطالعه اخیر مشاهده گردیده که بیشتر آنوریسم‌های آئورت در زیر شریان کلیوی قرار دارند ولی ممکن است در ۲ تا ۲۰٪ موارد، ناحیه سوپرانال یا جوکستارنال درگیر باشد. فراوانی پاره شدن آنوریسم قبل از عمل جراحی نیز تقریباً همخوان با مطالعه مشابه بود (۳۰/۵٪ در مطالعه حاضر و ۳۶/۴٪ در مطالعه (Samy) (۱۶)).

در مجموع به نظر می‌رسد که در شرایط فعلی، تشخیص بیماری آنوریسم آئورت شکمی در بیماران با تأخیر صورت می‌گیرد، بنحوی که این بیماران اکثراً علامت‌دار و با ابعاد بزرگ آنوریسم تشخیص داده می‌شوند که این امر می‌تواند به علت عدم مراجعه زودتر بیماران و یا تشخیص دیررس پزشکان باشد.

آنوریسم، زیر شریان کلیوی بدون درگیری شریانهای ایلیاک بود. از لحاظ اندازه آنوریسم، بیماران در سه گروه (بیشتر از ۶ سانتی متر، ۳ تا ۶ سانتی متر و زیر ۳ سانتی متر) تقسیم شدند. بیشترین فراوانی در گروه بیماران با قطر بالای ۶ سانتی متر (۶۶/۵٪) و سپس در گروه ۳ تا ۶ سانتی متری (۲۱/۵٪) و نهایتاً زیر ۳ سانتی متر (۱۲٪) دیده شد. از نظر وجود علائم بالینی، ۷۸/۵٪ بیماران علامت‌دار بودند. درد شکم (۶۰٪)، درد کمر (۳۸٪)، لمس توده ضربان‌دار (۲۹٪)، لنگیدن متناوب (۱۱٪) و سردی انتهای اندام تحتانی (۱۸٪) بترتیب شیوع در بیماران ثبت شدند. در ۳۰/۵ درصد موارد، فرد با علائم آنوریسم پاره شده مراجعه کرده بود. آترواسکلروز در تمام بیماران مورد مطالعه وجود داشت که توسط پاتولوژی تأیید شد. تنها یک بیمار از افراد مورد مطالعه، مبتلا به بیماری نسج همبند بود. هیچ یک از بیماران سابقه فامیلی بیماری مشابه را در خانواده درجه اول خود متذکر نشدند.

خونریزی، فراوان‌ترین عارضه (۵۵٪) در بیماران بود. سایر عوارض عبارت بودند از ترومبوز (۳۷٪)، نارسایی کلیه (۱۸/۴٪)، انفارکتوس میوکارد (۳۲٪) و ضایعات عروقی - عصبی اندام تحتانی (۱۶٪). عفونت گرافت و باز شدن زخم در هیچیک از بیماران گزارش نشد. درصد بروز عوارض در آنوریسم‌های بالای ۶ سانتی متر ۶۵٪ و در آنوریسم‌های ۳ تا ۶ سانتی متر ۳۵٪ بود. در آنوریسم‌های زیر ۳ سانتی متر عارضه‌ای پس از عمل گزارش نشد. در ۹۳٪ بیماران ترمیم با استفاده از گرافت PTFE انجام شده بود. در مواردی که آنوریسم پاره شده بود، تقریباً تمام بیماران با حالت شوک و درد شدید زیر ناف مراجعه کرده بودند. میانگین اندازه آنوریسم در کل بیماران $6/7 \pm 3/1$ سانتی متر بود. در بیماران با آنوریسم پاره شده میانگین اندازه آنوریسم $7/2 \pm 1/3$ سانتی متر بود. مقدار دریافت خون در بیماران 8 ± 3 واحد محاسبه شد.

بحث

طبق یافته‌های این مطالعه اکثر بیماران مبتلا به آنوریسم، مسن بودند که با نتایج مطالعات مشابه همخوان است (۱۱). در مطالعه این محقق اکثر بیماران در گروه سنی ۶۰ تا ۸۰ سال قرار داشته و قطر آنوریسم بیشتر بین ۴ تا ۷ سانتی متر بوده است. ایجاد آنوریسم بدنال وقوع تغییراتی در بافت

مراجع

- 1- Katz Dy, Stanley Jc. Operative mortality rates for intact and ruptured abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg* 1994; 19: 804-17.
- 2- Galland R, Simmons M. Prevalence of abdominal aortic aneurysm in patients with occlusive peripheral vascular disease. *Br J Surg* 1991; 78: 1259-1260.
- 3- Majumder P, Ferrel R. On the inheritance of abdominal aortic aneurysm. *Am J Hum Genet* 1991; 48: 164-170.
- 4- Tilson M, Seashore M. Human genetics of the abdominal aortic aneurysm. *Surg Gynecol Obstet* 1984; 158: 129-132.
- 5- Jones CS, Reilly MK. Chronic contained rupture of abdominal aortic aneurysm. *Arch Surg* 1986; 235: 542-548.
- 6- Lord JM, Rossi G. Unsuspected abdominal aortic aneurysms as the cause of peripheral arterial occlusive disease. *Ann Surg* 1973; 51: 767.

Archive of SID

- 7- Bit Steft E. *Infected abdominal aortic aneurysm. South Med J* 1987; 87: 309-314.
- 8- Hammand EC, Gar Finkel L. *Coronary heart disease, stroke and aortic aneurysm. Arch Environ Health* 1969; 19: 167-182.
- 9- Colling Walton J. *Oxford Screening Programme for abdominal aortic aneurysm in men aged 65 to 74 years. Lancet* 1988 2: 613-615.
- 10- Scott R, Wilson N. *Is Surgery necessary for abdominal aortic aneurysm less than 6 cm in diameter? Lancet* 1993; 342: 1395-1396.
- 11- Brady A, Fowkes F. *Risk Factor for postoperative death Following elective Surgical repair of abdominal aortic aneurysm. Br J Surg* 2000; 87(6): 742-749.
- 12- Mc Sweeney S, Powel JT. *Pathogenesis of abdominal aortic aneurysm. Br J Surg* 1994; 81: 932-941.
- 13- Al Corn G, Wolfson K. *Risk factors for abdominal aortic aneurysm adults enrolled in the Cardiovascular health Study. Artioscler Thromb Biol* 1996; 16(8): 963-970.
- 14- Cole C, Baber G. *Abdominal aortic aneurysm, consequences of a Positive family history. Can J Surg* 1989: 117-120.
- 15- Budden J, Hollier LH. *Management of aneurysm that involve juxtarenal or Supra renal aorta. Surg Clin North Am* 1989; 69: 705-11.
- 16- Samy AK, Whyte B. *Abdominal aortic aneurysm in Scotland. Br J Surg* 1994; 307: 1104-6.