

سرنوشت هفت ساله آنوریسم های کوچک آئورت شکمی

دکتر محمدعلی محمدزاده*

*استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۳/۲

تاریخ پذیرش: ۸۴/۴/۵

چکیده

مقدمه: سرنوشت طولانی مدت آنوریسم های کوچک آئورت شکمی بخوبی شناخته و روشن نیست. **هدف:** هدف از این مطالعه پیگیری روند هفت ساله آنوریسم های کوچک آئورت شکمی است. **مواد و روش ها:** ۳۹ بیمار دارای آنوریسم های بدون علامت و کوچک آئورت شکمی (اندازه ۲۷ تا ۴۱ میلی متر) از طریق انجام سونوگرافی های مکرر از سال ۱۳۷۷ لغایت ۱۳۸۴ در بیمارستان پورسینا و یکی از مراکز خصوصی شهر رشت تحت کنترل قرار گرفتند. **نتایج:** بطور متوسط این بیماران بمدت ۴/۵ سال پیگیری شدند. میزان افزایش قطر آنوریسم ۱/۵ میلی متر در سال (۰ تا ۹/۵ میلی متر) بود. ۲ بیمار با علائم درد و دیسکسیون دچار پارگی آنوریسم شدند (۵/۱٪) که بطور اورژانس تحت عمل جراحی قرار گرفتند. ۱۶ بیمار تحت عمل جراحی ترمیم آنوریسم قرار گرفتند (۴۰/۸٪) و ۲ بیمار پس از عمل جراحی فوت کردند (۵/۱٪) میزان سلامت بیماران پس از هفت سال ۵۷٪ بود زمان متوسط جهت ایجاد پارگی آنوریسم ۵/۲ سال بود (۱/۹ تا ۷ سال) و نیاز به عمل جراحی ترمیم آنوریسم ۳/۵ سال بود (۱/۷ تا ۷ سال) و بقیه بیماران ۲۱ نفر (۵۴/۱٪) در طی مدت پیگیری با استفاده از درمان های طبی و کنترل فاکتورهای خطر ساز با رشد بطنی نیاز به عمل جراحی پیدا نکردند. **نتیجه گیری:** سرنوشت آنوریسم های کوچک آئورت شکمی بستگی به میزان رشد و اندازه آنها دارد بعضاً با ایجاد پارگی باعث مرگ بیماران می شوند. این مشاهدات اهمیت کنترل این بیماران را از نظر مراقبت های طبی در جلوگیری از عوارض بیماری نشان می دهد.

کلید واژه ها: آنوریسم / آنوریسم آئورت شکمی / پارگی آنوریسم

مقدمه

بیماران توصیه می شود (۳). بنابراین پیگیری این بیماران و کنترل فشار خون آنها بهترین راه درمان غیر جراحی است که نیاز به درمان جراحی را به طور قابل توجه کاهش می دهد.

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی و گذشته نگر، ۳۹ بیمار مبتلا به آنوریسم آئورت شکمی بدون علامت با میانگین سنی ۶۵/۲ سال (۴۹-۷۸ ساله) که به مرکز آموزشی-درمانی پورسینا و درمانگاه های خصوصی رشت مراجعه کرده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. قطر آنوریسم ها بین (۲۷-۴۱) میلی متر (متوسط ۳۲ میلی متر) بود. بررسی از فروردین ۱۳۷۵ تا شهریور ۱۳۸۲ انجام شد. پرونده اکثر بیماران حاوی اطلاعات کافی و لازم برای

خطر پارگی آنوریسم آئورت شکمی به طور قابل توجهی به قطر آنوریسم بستگی دارد و این مشکل در افرادی که آنوریسم هایی با قطر ۵۰ میلی متر دارند جدی ست (۱). با وجود اختلاف نظر در این مورد (۲) برحسب نتایج بررسی ها در انگلستان کنترل بیماران با استفاده از سونوگرافی فقط در افرادی که آنوریسم های کوچک تر از ۴۵ میلی متر دارند توصیه می شود (۳). در آنوریسم های کوچک آئورت شکمی، درمان جراحی باز و داخل عروقی فقط در بیماران دارای علائم بالینی افرادی که رشد آنوریسم بیش از ۱۰ میلی متر در سال دارند توصیه می شود.

آنوریسم هایی با قطر کمتر از ۴۰ میلی متر سیر نسبتاً خوبی دارند و مشکل به وجود نمی آورند (۴). به همین دلیل در این گروه از بیماران درمان های طبی و کنترل مکرر و منظم

انجام این مطالعه بود. به این ترتیب اطلاعات لازم از نظر شرایط فردی وضعیت قلبی-عروقی، کلیوی و عصبی بیماران را ثبت کردیم.

اطلاعات لازم از نظر گزارش علل مرگ و میر و عوارض از پرونده‌ها استخراج شد. کلیه بیماران به صورت متوالی با انجام اولترا سونون (به فاصله ۳ تا ۶ ماه یکبار) پیگیری شده‌اند.

تصمیم در خصوص انجام ترمیم آنوریسم بر حسب اندازه آن، میزان رشد آنوریسم (بیشتر از ۱۰ mm در سال)، وجود علائم بالینی نشان‌دهنده دیسکسیون و یا پارگی و اضطراب بیمار و تمایل آنها به انجام جراحی گرفته می‌شد.

نتایج

مشخصات بیماران در جدول (شماره ۱) نشان داده شده است.

جدول ۱: برخی از ویژگیهای مورد مطالعه مبتلا به آنوریسم های کوچک آئورت شکمی

تعداد بیماران	۳۹
جنس	۳۶/۵
سن متوسط (سال)	۷۶/۳
مصرف دخانیات (در سال)	۶(۱۴٪)
ترک سیگار	۷(۱۷٪)
دیابت	۶(۱۴٪)
هیپرتانسیون	۱۷(۴۱٪)
مصرف داروهای بتا بلوکر	۱۵(۳۸٪)
COPD	۳۳(۸۰٪)
بیماریهای قلبی	۱۶(۳۹٪)
ایسکمی اندام پائین	۱۳(۳۱٪)
نارسایی مزمن کلیوی	۳(۷٪)

مدت زمان متوسط پیگیری بیماران ۲/۵ سال (۱/۸ تا ۷/۳) بود. تغییر قطر آنوریسم در این بیماران ۰ تا ۹/۵ mm و میزان متوسط رشد آنوریسم ۱/۵ mm در سال بود. بین افزایش رشد قطری و طولی آنوریسم‌ها ارتباط آماری قابل قبول وجود داشت. ($P < 0.00$) در مقایسه با بیماران مبتلا به آنوریسم‌های بزرگ آئورت

شکمی، افزایش طول آنوریسم‌ها کمی بیش از حد قابل قبول بود ولی این اختلاف معنی‌دار نبود.

دو بیمار دچار پارگی آنوریسم آئورت شدند (۷/۶٪) که مورد عمل جراحی اورژانس قرار گرفتند و یکی از آنها فوت کرد. اندازه آنوریسم این بیماران به ترتیب ۴۸ و ۴۹ mm بود. هر دو بیمار دچار افزایش فشار خون شریانی و بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD) بودند و هر دو دارای پیشینه طولانی در مصرف سیگار بودند.

شانزده بیمار مورد عمل جراحی ترمیم آنوریسم آئورت شکمی قرار گرفتند. این بیماران علائم افزایش رشد سریع آنوریسم همراه با دردهای مبهم شکمی و افزایش قطر آنوریسم داشتند و متمایل به انجام درمان به روش جراحی بودند. پس از عمل جراحی، دو بیمار به علت آنفارکتوس میوکارد فوت کردند.

بین میزان افزایش طول و افزایش قطر آنوریسم‌ها ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

در پیگیری ۵ تا ۷ ساله، بقای عمر این بیماران به ترتیب ۹۲٪ و ۵۷٪ بود. زمان متوسط بروز پارگی ۴/۷ سال و مدت زمان گذاشتن اندیکاسیون درمان به روش جراحی برای این بیماران ۳/۵ سال (۱/۲ تا ۶/۵ سال) بود.

رشد و افزایش قطر آنوریسم بیماران دچار پارگی-آنوریسم- سریع‌تر از افرادی بود که دچار پارگی نشده بودند. (۴/۸ در مقابل ۱/۷ میلی متر در سال) ($P < 0.0001$).

قطر آنوریسم بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفتند، افزایش رشد ۳/۵ در برابر ۱/۷ میلی متر در سال داشتند. بجز افزایش قطر تقریباً عامل خطرزای دیگری در پارگی آنوریسم نقش نداشت.

بیمارانی که از داروهای بتابلوکر برای کنترل فشار خون استفاده می‌کردند، پیش‌آگهی بهتر داشتند (بقای عمر ۷ ساله ۹۵٪ در مقابل ۳۲٪) ($P = 0.02$) و کمترین میزان رشد آنوریسم را داشتند (۱/۵ mm در مقابل ۲/۳ میلی متر در سال) ($P = 0.7$) و از نظر ایجاد علائم و پارگی سیر بهتری

داشتند (بقای عمر ۵ و ۷ ساله به ترتیب ۹۵٪ و ۷۶٪ در مقابل ۷۳٪ و ۶۴٪) ($P=0.6$) که از نظر آماری معنی‌دار نیست. بدترین پیش‌آگهی مربوط به افراد دچار بیماری‌های قلبی-ریوی و یا حوادث عروق مغزی بود. (پیگیری ۷ ساله، ۳۵٪ در مقابل ۷۸٪) ($P=0.05$). همچنین بیماران مبتلا به بیماری‌های انسدادی مزمن ریوی و نارسایی کلیه در پیگیری ۷ ساله، ۱۲٪ در مقابل ۷۸٪ ($P=0.003$) بود.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه ما نشان داد که کنترل و پیگیری دقیق آنوریسم‌های کوچک آئورت شکمی در مقایسه با مطالعه Galland و همکاران پیش‌آگهی آنها را بهتر می‌کند (۴). بجز بیماران فوت شده بدنبال پارگی آنوریسم، سایر افراد دارای آنوریسم‌های کوچک آئورت شکمی در صورت کنترل دقیق پیش‌آگهی خوب و قابل قبولی خواهند داشت. در این مطالعه نشان داده شد کسانی که از داروهای بتا بلوکر

برای درمان هیپرتانسیون و نرم کردن جدار آنوریسم استفاده کرده بودند دچار عوارض پارگی یا افزایش سریع رشد آنوریسم نشدند. بنابراین برحسب نتایج این مطالعه، مصرف این داروها در این بیماران توصیه و تاکید می‌شود. در این مطالعه نتوانستیم تاثیر بیماری‌های انسدادی مزمن ریوی را در بروز عوارض آنوریسم آئورت توضیح دهیم. اگر چه مصرف سیگار این بیماران با افزایش قطر آنوریسم همراه نبود و اصولاً در این گروه افزایش قطر آنوریسم هم مشاهده نشد.

در این مقاله یافته‌ها دلالت بر آن داشت که آنوریسم‌های کوچک به آهستگی رشد می‌کنند. با توجه به بقای عمر ۷ ساله به میزان ۵۷٪ که بعضی از بیماران نیاز به انجام عمل جراحی دارند و برخی از آنها جان بیمار را تهدید می‌کند و گروهی هم اصلاً نیازی به درمان جراحی ندارند.

منابع

1. Nevitt MP, Ballard DJ, Hallett JW. Prognosis of Abdominal Aortic Aneurysms: A Population-Based Study. N Eng J Med 1989; 321; 1009-14.
2. Schermerhorn ML, Birkmeyer JD, Gould DA, Cronenwett JL. Cost- Effectiveness of Surgery for Small Abdominal Aortic Aneurysms on the Basis of Data from the United Kingdom Small Aneurysm Trial. J Vasc Surg 2003; 31; 217-26.
3. The UK Small Aneurysm Trial Participants Mortality Results for Randomized Controlled Trial of Early Elective Surgery or Ultrasonographic Surveillance for Small Abdominal Aortic Aneurysms. Lancet 1998; 352; 1649-55.
4. Watson CJE, Walton J, Shaw E, et al . What is the Long-term Outcome for Patients with Very Small Abdominal Aortic Aneurysms?. Eur J Vasc Endovase Surg 1997; 14; 299-304.
5. Thompsm RW, Baxter BT. MMP Inhabitation in Abdominal Aortic Aneurysms. Rational for a

- Prospective Randomized Clinical Trial. Ann NY Acad Sci 1999; 878; 159-78.
6. Mosorin M, Juvonen J, Biancari F, et al. Use of Doxycyclin to Decrease the Growth Rate Abdominal Aortic Aneurysms: a Randomized, Double – Blind, Placebo- Controlled Pilot Study. J Vase Surg, 2001; 34; 606-10.
7. Limet R, Sakalihassan N, Albert A. Determination of the Expansion Rate and Incidence of Rupture of Abdominal Aortic Aneurysms. J Vase Surg 1991; 14; 540-8.
8. Galland RB, Whiteley MS, Magee TR. The fate Patients Undergoing Surveillance of Small Abdominal Aortic Aneurysms. Eur J Vase Endovase Surg 1998; 16; 104-9.
9. The UK Small Aneurysm Trial Participants. Smoking, Lung Function and the Prognosis of Abdominal Aortic Aneurysm. Eur J Vase Endovase Surg 200; 19; 636-42.

Seven Years Outcome of Little Abdominal Aneurism

Mohammadzadeh M.A.(MD)

Abstract

Introduction: Long-term outcome of small abdominal aortic aneurysms is not well known in Guilan province.

Objective: The aim of this study was to follow up of small abdominal aortic aneurysms for seven years.

Materials and Methods: Thirty-nine patients with small and asymptomatic abdominal aortic aneurysm (27-41 mm) were chosen from Poursina and a private hospital in Rasht and they were followed son graphically from 1377-1384.

Results: Mean follow up time was 4.5 years. There was 1.5 mm aneurismal dilatation per year. (0-9.5mm). Two patients referred with abdominal pain and sign and symptom of aortic dissection (5.1%) whom have been operated as an emergency case. Sixteen cases needed elective aortic reconstruction (40.8%). Two of them (5.1%) died postoperatively. Their health status after seven year was 57%. Mean time necessary for aortic rupture was 5.2 years. (1.9-7 years), and mean time for aortic reconstruction was 3.5 years (1.7-7 years).

Conclusion: The fate of small abdominal aortic aneurysms depends on the rate of growth and its size, which occasionally causes death due to rupture. Observations indicate the important of controlling these patients in prevention of side effects.

Key words: Aneurysm/ Aneurysm, Ruptured/ Aortic Aneurysm, Abdominal