

گزارش موردی: بررسی یک مورد تشخیص بیماری آنوریسم آئورت شکمی در بیمار سرطان مثانه

نویسندگان:

مرضیه حق بین^۱، نوید کلانی^۲، الهام رفیعی^۱، نرگس رحمانیان^{۳*}

۱. مرکز تحقیقات سلامت و بیماری‌های زنان، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
۲. مرکز تحقیقات مولفه‌های اجتماعی نظام سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
۳. متخصص طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.18, No.4, Winter 2021

چکیده:

مقدمه: آنوریسم آئورت شکمی (AAA) یک اتساع موضعی آئورت شکمی است که تا ۵۰ درصد قطر طبیعی، خطر پارگی افزایش می‌یابد. AAA دلیل قابل توجهی در مرگ و میر است و سیزدهمین علت اصلی مرگ و میر در ایالات متحده محسوب می‌شود. افزایش سن، جنسیت مرد و استعمال دخانیات از مهم‌ترین عوامل ایجاد کننده این عارضه هستند. در حال حاضر هیچ درمان دارویی برای جلوگیری از گسترش آن وجود نداشته و میزان مرگ و میر پس از پارگی همچنان بالا است.

معرفی بیمار: بیمار آقای ۷۴ ساله مبتلا فشار خون، چربی خون، دیسک کمر، فلج اندام تحتانی، بیماری مزمن قلبی و سرطان مثانه و دو مرتبه عمل به دلیل سرطان با درد شکم و سابقه غش در ساعتی قبل در منزل با اورژانس به بیمارستان مراجعه کرده است.

نتیجه‌گیری: در بیماران مسن مراجعه‌کننده با درد در ناحیه شکم یا بدون بیماری زمینه‌ای می‌توان با توجه به علائم و معاینات بالینی، بیمار را از نظر آنوریسم آئورت شکمی بررسی کرد و بدین ترتیب زمان بیشتری برای درمان بیمار در اختیار داشت.

واژگان کلیدی: آنوریسم آئورت شکمی، سرطان مثانه، بیماران مسن

Pars J Med Sci 2021;18(4):45-49

مقدمه:

۶۰ سال حدود ۴-۸٪ و در زنان ۰/۵-۱/۵٪ است [۸]. همچنین AAA دلیل عمده مرگ و میر بوده، به طوری که سیزدهمین علت اصلی مرگ و میر در ایالات متحده محسوب می‌شود. در حال حاضر، هیچ درمان دارویی برای جلوگیری از توسعه آن وجود نداشته و مرگ و میر به دنبال پارگی همچنان بالا است (بیش از ۶۵ درصد) [۹ و ۱۰]. عارضه مذکور تا قبل از بروز فاجعه بار پارگی، بدون علامت رشد کرده و منجر به مرگ و میر در ۶۵٪ موارد می‌شود [۱۱ و ۱۲]. برای ترمیم اندوواسکولار AAA بیشتر از جراحی ترمیم باز استفاده می‌شود، هرچند با هر کدام از این دو روش درمانی، بیماران با بیشتر از ۵۰٪ ترمیم اندوواسکولار، بیشتر از ۸ سال زنده نمی‌مانند [۱۰].

آنوریسم آئورت، یک اتساع دائمی است که بیشتر در بخش‌های قفسه سینه و شکم اتفاق می‌افتد و به ترتیب آنوریسم آئورت توراسیک (TAA) و آنوریسم آئورت شکمی (AAA) گفته می‌شوند [۱]. AAA شایع‌ترین آنوریسم آئورت است که با ضعف و اتساع موضعی آئورت شکمی (AA) با قطر افزون بر ۵۰ درصد بیشتر از قطر طبیعی تعریف می‌شود [۴-۲]. این بیماری یک عارضه عروقی دژنراتیو بوده و از نظر پاتولوژیک تخلیه سلول عضله صاف عروقی، عدم تنظیم انواع اکسیژن واکنش‌پذیر، تخریب ماتریس خارج سلول و نفوذ سلول التهابی است [۵]. عوامل عمده خطر برای این عارضه شامل کشیدن سیگار، سن بالا، جنسیت مرد و سابقه خانوادگی است [۷ و ۶]. شیوع این عارضه در مردان بالای

* نویسنده مسئول، نشانی: متخصص طب اورژانس. دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

پست الکترونیک: nargesrahmanianjahrom@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۷۱۹۱۱۷۳۶

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۵

اصلاح: ۱۴۰۰/۰۲/۱۰

دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۲

معرفی بیمار:

بیمار آقای ۷۴ ساله مبتلا فشار خون، چربی خون، دیسک کمر، فلج اندام تحتانی، بیماری مزمن قلبی و سرطان مثانه و دو مرتبه عمل به دلیل سرطان با درد شکم و سابقه غش ساعتی قبل در منزل از طریق اورژانس به بیمارستان مراجعه کرده است.

شدید در ناحیه شکم داشت و کل شکم دردناک و حساس بود. بیمار همچنین اظهار می‌کرد سال‌هاست مبتلا به درد شکمی است. در معاینه شکم وی توده‌ای لمس شد. در ضمن بیمار ساعاتی قبل در منزل غش کرده بود.

یافته‌های پاراکلینیکی:**نتایج تصویر برداری بیمار:**

بیمار پس از تشخیص بیماری از طریق سونوی اورژانس، HRCT شد و بیماری وی تایید شد.

معاینه بیمار:

بیمار پس از مراجعه به بیمارستان توسط پزشک طب اورژانس معاینه شد. ملتحمه چشم بیمار سفید بود، عرق سرد داشت، نبضش ضعیف بود، فشار بیمار ۸۰ و O2 وی ۹۵٪ بود. بیمار درد

نتایج آزمایشات انجام شده روی بیمار:

	Result	Reference Range
WBC	12.3	4.4-11.3*1000
RBC	2.83	4-5.5
HGB	6.6	14-17.5
HCT	22.4	42%-52%
MCV	79.2	80.1-96.1
MCH	23.3	27-33
MCHC	29.5	32-36
PLATELETS	356	150-450
RDW-CV	18.9	33.4-49.2
FBS	197	70-99
BUN	37	7.9-21
Cr	1.5	
Na	134	135-145
K	4.5	3.5-5
PT	15.8	
PTT	45	
INR	1.17	

بحث:

آنوریسم آئورت شکمی در اثر ضعیف و گشاد شدن دیواره آئورت شکم ایجاد می‌شود و یکی از دلایل مهم مرگ در بزرگسالان مسن است [۱۳]. پارگی آنوریسم آئورت شکمی اغلب کشنده بوده و مرگ و میر آن ۸۵-۹۰٪ است [۱۴]. نزدیک به ۵۰٪ مرگ و میر در افرادی که تحت عمل جراحی فوری قرار می‌گیرند ناشی از این پارگی است [۱۵]. یک توده شکمی قابل لمس ممکن است در معاینه فیزیکی وجود داشته باشد، اگرچه این یافته از ۲۹-۷۶٪ حساسیت وسیعی دارد [۱۶]. تاخیر در تشخیص و درمان این عارضه مهم‌ترین عامل در کشنده بودن آن شناخته شده است [۱۷]. شناسایی سریع عارضه مذکور با استفاده از سونوگرافی روند تصمیم‌گیری برای جراحی را تسریع می‌کند [۱۸]. سونوگرافی محل بیماری از برنامه اصلی پزشکی اورژانس در ایالات متحده

بوده و پزشکان اورژانس در استفاده از این روش تصویربرداری برای تشخیص AAA مهارت کافی دارند [۱۹]. سونوگرافی ممکن است تاخیر در تشخیص را کاهش داده و به طور بالقوه پیش‌آگهی را بهبود بخشد [۲۰]. بیشترین تعریفی که برای AAA ارائه می‌شود حداکثر قطر آئورت شکمی در زیر کلیه بیش از ۳ سانتی‌متر در سونوگرافی یا تصویربرداری CT است [۲۱]. عوامل خطر برای AAA شامل کشیدن سیگار، فشار خون بالا، نژاد سفید، بیماری تصلب شرایین و داشتن سابقه خانوادگی است [۱۴]. خطر پارگی AAA با قطر کمتر از ۴ سانتی‌متر بسیار ناچیز است. با این حال، این خطر پس از رسیدن به قطر ۵ سانتی‌متر به خطر پارگی سالانه ۳۰-۵۰٪ رسیده و در افراد با قطر بزرگتر از ۸ سانتی‌متر، به طور تصاعدی افزایش می‌یابد [۲۲]. اکثر پارگی AAA ها تا

وقت‌گیری سی‌تی اسکن را دور می‌زند [۲۸]. در مطالعه حاضر با توجه به علائم موجود و درد شکمی، بیمار مشکوک به AAA بوده که پزشک طب اورژانس با شک به این مسئله با پروپ سونوگرافی بیمار را سونو و آن را تایید کرده که در نهایت مورد با انجام HRCT نیز تایید شده است. در مطالعه دیاز و همکاران [۲۹] نیز به تشخیص یک مورد مشابه به کمک سونوی اورژانس اشاره شده است. با توجه به این که در تشخیص این عارضه و وجود پارگی کمتر از سونوگرافی مراقبت استفاده می‌شود و شناسایی به موقع آن در بهبود بقا نقش اساسی دارد، کاربرد سونوگرافی اورژانس می‌تواند در تشخیص به موقع و نجات جان بیمار بیشترین تاثیر را داشته باشد.

نتیجه‌گیری:

در بیماران مسن مراجعه کننده با درد در ناحیه شکم یا با بدون بیماری زمینه ای می‌توان بر اساس علائم موجود و معاینات بالینی، بیمار را از نظر آنوریسم آئورت شکمی بررسی کرده و در نتیجه زمان بیشتری برای درمان بیمار در دسترس داشت.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان پیمانیه شهرستان جهرم برای همکاری در اجرای این مطالعه قدردانی می‌شود.

زمان پاره شدن بدون علامت هستند. تخمین زده می‌شود از کل مرگ مردان بالای ۶۵ سال یک درصد مربوط به این نوع پارگی باشد و ۵۰٪ از بیماران با پارگی مذکور قبل از رسیدن به بیمارستان می‌میرند [۲۳ و ۲۴]. اگرچه تشخیص پارگی اغلب با موفقیت همراه نیست، شناسایی سریع و درمان آن در بهبود بقا از اهمیت بالایی برخوردار است. برآورد می‌شود فقط ۳۰-۵۰٪ موارد با سه گانه کلاسیک درد شکم، افت فشار خون و توده ضربان دار ظاهر می‌شوند [۱۶]. در سال ۱۹۹۴ لدرل و همکاران گزارش کردند که تشخیص پارگی AAA در ۶۱٪ موارد مراجعه به متخصصان داخلی از دست رفته است و فقط در صورت بروز مصالحه همودینامیکی مشخص شده است [۲۵]. روش تشخیص انتخابی برای این پارگی است. اگرچه سونوگرافی از نقطه مراقبت به راحتی در دسترس است، غربالگری سونوگرافی ED برای پارگی مذکور باعث کاهش زمان تشخیص و بهبود وضعیت تشخیصی بیمار خواهد شد [۲۶]. با وجودی که در شناسایی و تشخیص پارگی AAA سونوگرافی نقطه مراقبت ED بسیار کم کاربرد است، ولی دارای حساسیت ۹۹٪ و ویژگی ۹۸٪ است. این بدان علت است که بیشتر از ۸۸٪ موارد AAA در فضای رتروپریتونئید، جایی که تجسم سونوگرافی محدود است، پاره می‌شوند [۲۷]. برخی از پژوهشگران از ترمیم فوری AAA در صورت تشخیص پارگی به وسیله سونوگرافی کنار تخت، به ویژه در بیماران مبتلا به فشار خون بالا حمایت کرده‌اند. این روش کار

References:

1. A. Pinard, G.T. Jones, D.M. Milewicz Genetics of thoracic and abdominal aortic diseases *Circ. Res.*, 124 (2019), pp. 588-606.
2. N. Sakalihasan, R. Limet, O.D. Defawe. Abdominal aortic aneurysm *Lancet*, 365 (2005), pp. 1577-1589.
3. I.M. Nordon, R.J. Hinchliffe, I.M. Loftus, M.M. Thompson Pathophysiology and epidemiology of abdominal aortic aneurysms. *Nat. Rev. Cardiol.*, 8 (2011), pp. 92-102.
4. F.M. Davis, A. Daugherty, H.S. Lu. Updates of recent aortic aneurysm research *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.*, 39 (2019), pp. e83-e90.
5. R.A. Quintana, W.R. Taylor Cellular mechanisms of aortic aneurysm formation *Circ. Res.*, 124 (2019), pp. 607-618.
6. Umebayashi R, Uchida HA, Wada J. Abdominal aortic aneurysm in aged population. *Aging (Albany NY)* (2018) 10(12):3650-1. Doi: 10.18632/aging.101702.
7. Lindquist Liljeqvist M, Hultgren R, Bergman O, Villard C, Kronqvist M, Eriksson P, et al. Tunica-Specific Transcriptome of Abdominal Aortic Aneurysm and the Effect of Intraluminal Thrombus, Smoking, and Diameter Growth Rate. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* (2020) 40(11):2700-13. doi: 10.1161/ATVBAHA.120.314264.
8. Klink A, Hyafil F, Rudd J, Faries P, Fuster V, Mallat Z, et al. Diagnostic and therapeutic strategies for small abdominal aortic aneurysms. *Nat Rev Cardiol* (2011) 8(6):338-47. Doi: 10.1038/nrcardio.2011.1.
9. Sakalihasan N, Limet R, Defawe OD. Abdominal aortic aneurysm. *Lancet* 2005;365:1577-1589.
10. Nordon IM, Hinchliffe RJ, Loftus IM, Thompson MM. Pathophysiology and epidemiology of abdominal aortic aneurysms. *Nat Rev Cardiol* 2011;8:92-102.
11. Abdominal aortic aneurysms *Nat. Rev. Dis. Prim.*, 4 (2018), p. 35.
12. Arnaoutakis DJ, Upchurch GR Jr. Abdominal Aortic Aneurysm Screening Is Safe yet Lacks Effectiveness. *Circulation* (2019) 139(11):1381-3. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.038809.
13. Sampson UK, Norman PE, Fowkes FG et al. Global and regional burden of aortic dissection and aneurysms: Mortality trends in 21 world regions, 1990 to 2010. *Glob Heart* 2014; 9: 171- 80.

14. Kent KC. Clinical practice. Abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med*. 2014;371(22):2101–8.
15. Hoorweg L, Storm-Versloot M, Ubbink D, Koolemay M, Legemate D, Balm R: Meta-analysis on mortality of ruptured abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg* 2008; 47(5): 1121.
16. Lech C, Swaminathan A. Abdominal aortic emergencies. *Emerg Med Clin North Am*. 2017;35(4):847–67.
17. Sebesta P, Klika T, Zdrahal P, Kramar J. Ruptured abdominal aortic aneurysm: role of initial delay on survival. *J Mal Vasc*. 1998;23(5):361–7.
18. Knaut AL, Kendall JL, Patten R, Ray C: Ultrasonographic measurement of aortic diameter by emergency physicians approximates results obtained by computed tomography. *J Emerg Med* 2005; 28(2): 119–26.
19. Rubano E, Mehta N, Caputo W, Paladino L, Sinert R. Systematic review: emergency department bedside ultrasonography for diagnosing suspected aortic aneurysm. *Acad Emerg Med*. 2013;20(2):128–38.
20. Seif D, Perera P, Mailhot T, Riley D, Mandavia D: Bedside ultrasound in resuscitation and the rapid ultrasound in shock protocol. *Crit Care Res Prac* 2012; 2012: 1–14.
21. Gollege J. Abdominal aortic aneurysm: update on pathogenesis and medical treatments. *Nat Rev Cardiol*. 2019;16(4):225–42.
22. Brewster DC, Cronenwett JL, Hallett JW, Johnston KW, Krupski WC, Matsumura JS, et al. Guidelines for the treatment of abdominal aortic aneurysms. Report of a subcommittee of the Joint Council of the American Association of Vascular Surgery and Society for Vascular Surgery. *J Vasc Surg*. 2003;37(5):1106–17.
23. Howard DP, Banerjee A, Fairhead JF, Handa A, Silver LE, Rothwell PM, et al. Age-specific incidence, risk factors and outcome of acute abdominal aneurysms in a defined population. *Br J Surg*. 2015;102(8):907–15.
24. Lewiss RE, Egan D, Shreves A. Vascular abdominal emergencies. *Emerg Med Clin N Am*. 2011;29(2):253–72.
25. Lederle FA, Parenti CM, Chute EP. Ruptured abdominal aortic aneurysm: the internist as a diagnostician. *Am J Med*. 1994;96(2):163–7.
26. Plummer D, Clinton J, Matthew B. Emergency department ultrasound improves time to diagnosis and survival in ruptured abdominal aortic aneurysm [Abstract]. *Acad Emerg Med*. 1998;5(5):417.
27. Catalano O, Siani A. Ruptured abdominal aortic aneurysm. Categorization of sonographic findings and report of 3 new signs. *J Ultrasound Med*. 2005;24(8):1077–83.
28. Catalano O, Lobianco R, Cusati B. Contrast-enhanced sonography for diagnosis of ruptured abdominal aortic aneurysm. *AJR Am J Roentgenol*. 2005;184(2):423–7.
29. Diaz, O., Eilbert, W. Ruptured abdominal aortic aneurysm identified on point-of-care ultrasound in the emergency department. *Int J Emerg Med* 13, 25 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12245-020-00279-9>

Case Report: A case study of abdominal aortic aneurysm in a bladder cancer patient

Marzieh Haghbeen¹, Navid Kalani², Elham Rafeie¹, Narges Rahmanian^{3*}

Received: 2020.04.11

Revised: 2021.04.30

Accepted: 2021.05.05

1. Women's Health and Disease Research Center, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
2. Research center for social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
3. Department of Emergency Medicine, Jahrom University of Medical sciences, Jahrom, Iran

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.18, No. 4, Winter 2021

Pars J Med Sci 2021;18(4):45-49

Abstract:

Introduction:

Abdominal aortic aneurysm (AAA) is a local dilation of the abdominal aorta that increases the risk of rupture up to 50% of normal diameter. AAA is the leading cause of death and is the 13th leading cause of death in the United States. Aging, male gender and smoking are the most important causes of AAA. At present, there is no drug treatment to prevent the development of AAA and mortality after rupture remains high.

Case Report:

The patient was a 74-year-old man with hypertension, hyperlipidemia, lumbar disc, lower extremity paralysis, chronic heart disease and bladder cancer. He underwent 2 operations due to cancer with abdominal pain and a history of fainting in the previous hour at home. Is.

Conclusion:

In elderly patients with abdominal pain with or without underlying disease, according to the symptoms and clinical examinations, the patient can be examined for abdominal aortic aneurysm and thus there will be more time to treat the patient.

Keywords: Abdominal aortic aneurysm (AAA), Cancer, Elderly patients

* Corresponding author Email: nargesrahmanianjahrom@gmail.com