

ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Ένας σιωπηλός εχθρός



ΤΟΥ ΣΠΥΡΟΥ ΠΑΠΑΔΟΥΛΑ (*)

Τι είναι το ανεύρυσμα;

Το ανεύρυσμα αφορά τις αρτηρίες, δηλαδή τα αγγεία που αρδεύουν με αίμα τα όργανα του σώματος. Ως ανεύρυσμα ορίζουμε κάθε εντοπισμένη διάταση μιας αρτηρίας μεγαλύτερης του 50% της φυσιολογικής διαμέτρου της. Τα ανευρύσματα εντοπίζονται πιο συχνά στην κοιλιακή αορτή, στο επίπεδο κάτωθεν των νεφρικών αρτηριών. Η κυριότερη επιπλοκή του ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής είναι η ρήξη, η οποία συνοδεύεται με μια θνητότητα της τάξης του 80-90%. Η συχνότητά του κυμαίνεται σε ένα 4-7% στις Δυτικές χώρες και αποτελεί την 13η αιτία θανάτου. Ωστόσο, η επίπτωση των ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής έχει μειωθεί τα τελευταία 20 χρόνια, μια θετική εξέλιξη που αποδίδεται στην καλύτερη διάγνωση των παραγόντων κινδύνου της αθηρωμάτωσης στον πληθυσμό. Πρόκειται για το κάπνισμα, την υπερλιπιδαιμία, την υπέρταση και τον διαβήτη, με ιδιαίτερη έμφαση στη μείωση του αριθμού των καπνιστών σε σχέση με προηγούμενες δεκαετίες. Μια ακόμα ευτυχής διαπίστωση είναι ότι τα ανευρύσματα που έχουν υποστεί ρήξη μειώνονται, παρά την αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού. Αυτό αποδίδεται όχι μόνο στην καλύτερη διάγνωση των παραγόντων κινδύνου που αναφέραμε, αλλά και στην καθιέρωση προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του ανευρύσματος σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, πριν αυτό ραγεί.

-Ποιο είναι οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής;

Το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής αφορά κυρίως τους άνδρες άνω των 65 ετών, ενώ στις γυναίκες είναι 4 φορές πιο σπάνιο. Οι παράγοντες κινδύνου για τη δημιουργία του είναι η μεγάλη ηλικία (άνω των 65 ετών), το κάπνισμα, η αθηροσκλήρωση, η υπέρταση, το οικογενειακό ιστορικό, η ύπαρξη ανευρύσματος σε άλλο σημείο του σώματος, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η εθνικότητα (λευκή φυλή), ενώ παραδόξως η ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη μειώνει τον κίνδυνο κατά 50%.

-Ποια είναι τα άτομα που θα ωφεληθούν από τον προληπτικό έλεγχο (screening) για διάγνωση



ανευρύσματος κοιλιακής αορτής;

Το μεγαλύτερο όφελος θα έχουν οι άνδρες ηλικίας άνω των 65 ετών, ιδιαίτερα οι καπνιστές, όσοι έχουν συγγενή πρώτου βαθμού με ανεύρυσμα ή έχουν ανεύρυσμα σε άλλο αγγείο του σώματος, και τέλος, όσοι έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση οργάνου. Η κύρια μέθοδος προληπτικού ελέγχου, όπως θα πούμε και στη συνέχεια, είναι το έγχρωμο υπερηχογράφημα (triplex) της κοιλιακής αορτής.

-Ποια είναι τα διάφορα είδη ανευρύσματος;

Ανάλογα με την αιτία που τα δημιουργεί, τα ανευρύσματα μπορεί να είναι εκφυλιστικά (λόγω αθηροσκλήρωσης της αορτής), φλεγμονώδη, σηπτικά (λόγω μόλυνσης του τοιχώματος της αορτής από μικρόβια), τραυματικά, στα πλαίσια νόσων του κολλαγόνου (σύνδρομα Ehlers-Danlos και Marfan) ή αγγειϊτιδων (Takayasu, giant cell, polyarteritis nodosa, Behcet disease, Cogan syndrome, και cystic medial necrosis). Γενετικό υπόβαθρο υπάρχει σε ένα 30% των περιπτώσεων, ενώ στις νόσους κολλαγόνου το γενετικό υπόβαθρο είναι ακόμα πιο συχνό. Επιπλέον, ανάλογα με την μορφολογία τους, τα ανευρύσματα διακρίνονται σε ατρακτοειδή, σακκοειδή ή έκκεντρα.

-Ποιοι είναι οι μηχανισμοί που δημιουργούν τα ανευρύσματα;

Τα τοιχώματα των αγγείων αποτελούνται φυσιολογικά από πρωτεΐνες, συγκεκριμένα από κολλαγόνο και ελαστίνη, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τις μηχανικές και βιολογικές τους ιδιότητες. Η ύπαρξη φλεγμονής στο τοίχωμα της αορτής έχει βρεθεί ότι αυξάνει τα ένζυμα τα οποία ευθύνονται για την αποδόμηση αυτών των πρωτεϊνών. Αυτό καθιστά το τοίχωμα αδύναμο και επιρρεπές σε διάταση.

-Ποιος είναι ο ρυθμός αύξησης του μεγέθους των ανευρυσμάτων;

Τα περισσότερα ανευρύσματα αυξάνουν τη διάμετρό τους με ρυθμό 3 χιλιοστών ανά έτος. Όταν η διάμετρος

ξεπεράσει τα 5 εκατοστά, ο κίνδυνος ρήξης αυξάνεται δραματικά. Συγκεκριμένα, στα μικρά ανευρύσματα (διάμετρου 3-5,5 εκ.), ο κίνδυνος ρήξης είναι <1% στο 1ο έτος, ενώ στα μεγάλα ανευρύσματα (>5 εκ.), ο κίνδυνος ρήξης είναι 10 έως 30 φορές μεγαλύτερος, ανάλογα με την διάμετρο του ανευρύσματος. Αν όμως ένας ασθενής διακόψει το κάπνισμα και ρυθμίσει την υπέρτάσή του, ο ρυθμός αύξησης επιβραδύνεται και επιπλέον μειώνεται η πιθανότητα ρήξης του ανευρύσματος.

-Ποια είναι τα συμπτώματα ενός ανευρύσματος κοιλιακής αορτής;

Συνήθως είναι ασυμπτωματικά (στο 75% των ασθενών). Μπορεί να παρουσιάσουν άτυπο κοιλιακό άλγος ή ευαισθησία στην ψηλάφηση στην περιοχή του ανευρύσματος, η οποία μπορεί να ακτινοβολεί στην οσφή ή στα γεννητικά όργανα. Συμπτώματα από πίεση γειτονικών οργάνων από μεγάλα ανευρύσματα είναι πιο σπάνια. Η σοβαρότερη επιπλοκή του ανευρύσματος είναι η ρήξη, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με αιφνίδιο οξύ πόνο στην κοιλιά ή την οσφή, καταπληξία (shock) με υπόταση, ωχρότητα, απώλεια συνείδησης ή με ένα συγκοπτικό επεισόδιο. Η κλινική εξέταση αναδεικνύει μια σφύζουσα κοιλιακή μάζα. Όταν σπάει το ανεύρυσμα δημιουργείται αιμάτωμα το οποίο περιορίζεται προσωρινά από το οπίσθιο περιτόναιο (οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα) και συχνά ο ασθενής προλαβαίνει να φθάσει στο Νοσοκομείο. Σπανιότερα η αιμορραγία μπορεί να είναι μέσα στην κοιλιά (ελεύθερη ενδοπεριτοναϊκή ρήξη), στην οποία μεγάλος όγκος αίματος μπορεί να χαθεί μέσα σε λίγα λεπτά και ο ασθενής να μην προλάβει να φθάσει στο Νοσοκομείο.

-Ποιες άλλες καταστάσεις μπορεί να μιμηθούν μια ρήξη ΑΚΑ;

Η ρήξη του ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής μπορεί κλινικά να μιμηθεί και άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως ο κωλικός νεφρού, η εκκολπωματίτιδα, η παγκρεατίτιδα, η αιμορραγία από το πεπτικό, το έμ-

φραγμα, η διάτρηση έλκους στομάχου ή εντέρου, η ισχαιμία του εντέρου, ο ειλεός (απόφραξη του εντέρου), η δυσκοιλιότητα, μια δισκοκήλη, ή ο διαχωρισμός της θωρακικής αορτής. Αυτό οδηγεί σε παγκόσμιο επίπεδο στην καθυστέρηση της διάγνωσης κατά περίπου 4.8 ώρες, κατά τις οποίες η κλινική κατάσταση του ασθενούς μπορεί να επιδεινώνεται. Επομένως, κάθε ασθενής άνω των 60 ετών που προσέρχεται στα επείγοντα με άλγος στην κοιλιά ή στην οσφή θα πρέπει να υποβάλλεται επείγοντως σε υπερηχογράφημα κοιλιάς για αποκλεισμό ρήξης ανευρύσματος κοιλιακής αορτής.

-Πώς τίθεται η διάγνωση ενός ανευρύσματος κοιλιακής αορτής;

Η κλινική εξέταση μπορεί να μην διαγνώσει τα περισσότερα ανευρύσματα, ιδιαίτερα αν είναι μικρά (κάτω των 5 εκατοστών) και ο ασθενής είναι παχύσαρκος. Η κύρια μέθοδος διάγνωσης και παρακολούθησης είναι το υπερηχογράφημα (triplex κοιλιακής αορτής). Όταν το ανεύρυσμα φτάσει σε διάμετρο τα 5 εκ., θα πρέπει να διενεργείται αξονική αγγειογραφία. Αυτή αναδεικνύει την μορφολογία του ανευρύσματος με μεγάλη λεπτομέρεια και βοηθάει στην επιλογή της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Σε ποιο μέγεθος αντιμετωπίζονται τα ανευρύσματα της κοιλιακής αορτής;

Συνήθως η αντιμετώπιση ενδείκνυται όταν η διάμετρος ξεπεράσει τα 5 cm. Επίσης, ανευρύσματα τα οποία γίνονται συμπτωματικά (προκαλούν πόνο) ή αυξάνονται σε μέγεθος με ταχύ ρυθμό (πάνω από 1cm ανά έτος) έχουν επίσης ένδειξη αντιμετώπισης. Τα ραγέντα ανευρύσματα οδηγούνται επείγοντως στο χειρουργείο. Κάποιοι ασθενείς με ανεύρυσμα μπορεί να μην αντιμετωπιστούν λόγω σοβαρών συνοδών προβλημάτων ή μικρού προσδόκιμου επιβίωσης.

-Πώς αντιμετωπίζουμε χειρουργικά ένα ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής;

Υπάρχουν δύο κύριες μέθοδοι θερα-

πείας, η κλασική χειρουργική αποκατάσταση με ανοικτή τομή στην κοιλιακή χώρα και η ενδαγγειακή θεραπεία, στην οποία τοποθετείται ένα στεντ (ενδομόσχευμα) μέσα στο ανεύρυσμα, μέσω των μηριαίων αρτηριών χωρίς τομή στην κοιλιά. Η κάθε μέθοδος έχει τα πλεονεκτήματά και τα μειονεκτήματά της. Η ανοικτή αποκατάσταση έχει πολύ καλά μακροχρόνια αποτελέσματα και δεν απαιτεί ιδιαίτερη παρακολούθηση, ωστόσο συνεπάγεται μια μεγάλη χειρουργική τομή και μεγάλη διάρκεια ανάρρωσης. Η ενδαγγειακή αποκατάσταση έχει μικρότερο χειρουργικό κίνδυνο, μικρότερες τομές και συντομότερο χρόνο ανάρρωσης, απαιτεί ωστόσο επανελέγχους με αξονική τομογραφία ή υπερήχους τουλάχιστον μια φορά το χρόνο, για την υπόλοιπη ζωή του ασθενούς, ώστε να πιστοποιείται η ασφαλής πρόσφυση του ενδομοσχεύματος. Τα περισσότερα ανευρύσματα σήμερα αντιμετωπίζονται με στεντ, εφόσον το επιτρέπει η μορφολογία του ανευρύσματος. Όταν η μορφολογία του ανευρύσματος δεν είναι κατάλληλη προσφεύγουμε στην ανοικτή αντιμετώπιση, η οποία επίσης είναι μια εναλλακτική επιλογή για νεότερους ασθενείς, κάτω των 65 ετών.

-Ποια είναι η συντηρητική αντιμετώπιση του ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής;

Όλοι οι ασθενείς με ανεύρυσμα πρέπει να κόψουν το κάπνισμα και να ρυθμίσουν επιμελώς την αρτηριακή τους πίεση με σκοπό να μειώσουν τον ρυθμό αύξησης του μεγέθους του ανευρύσματος. Πρέπει να λαμβάνουν φάρμακα για τη μείωση της LDL χοληστερόλης καθώς και αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Ο τρόπος ζωής τους πρέπει να περιλαμβάνει μια υγιεινή ισορροπημένη διατροφή και συχνή άσκηση (τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα) για ασθενείς με μικρά ανευρύσματα. Σε ασθενείς με μεγαλύτερα ανευρύσματα συνήθως συστήνουμε αποφυγή άρσης βάρους.

Συμπέρασμα

Όλοι άνω των 65 ετών πρέπει να υποβάλλονται σε υπερηχογραφικό έλεγχο για αποκλεισμό ύπαρξης ανευρύσματος κοιλιακής αορτής. Τα μικρά ανευρύσματα κάτω των 5 cm παρακολουθούνται μια ή δυο φορές το χρόνο με υπέρηχο για πιθανή αύξηση του μεγέθους τους. Όλοι οι ασθενείς κόβουν το κάπνισμα και ρυθμίζουν την αρτηριακή τους πίεση. Ανευρύσματα πάνω από 5 cm συνήθως οδηγούνται στο χειρουργείο για τοποθέτηση στεντ (ενδομοσχεύματος) ή ανοικτή αποκατάσταση. Μετά το χειρουργείο θα πρέπει να είναι σε επαφή με τον αγγειοχειρουργό τους για περαιτέρω απώτερη παρακολούθηση.

(*) Αγγειοχειρουργός, Διευθυντή ΕΣΥ, Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών.