

عوارض بستن آنوریسم کاذب شریان فمورال در معتادان تزریقی*

عزت‌اله صادقی^۱؛ انور الیاسی^{۱*}؛ آمنه بابلی^۲

چکیده

مطالعه حاضر روی ۳۰ بیمار مصرف‌کننده مواد مخدر تزریقی که از سال ۸۶-۱۳۸۴ در بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه تحت عمل جراحی لیگاسیون آنوریسم کاذب شریان فمورال قرار گرفته بود انجام شد. متغیرهای سن، جنس، ابتلا به ایدز، لنگش اندام، عفونت محل عمل، زخم پوستی، عود آنوریسم کاذب و قطع اندام ارزیابی شدند. در ۱۴/۸ درصد بیماران لنگش پای مربوطه، ۱۸/۵۱ درصد عفونت محل عمل، ۷/۴ درصد زخم پوستی محل عمل و ۷/۱۴ درصد قطع اندام تحتانی مشاهده شد. موردی از عود آنوریسم و استفاده از پروتز مشاهده نشد. بستن آنوریسم کاذب شریان فمورال، روش مناسبی جهت درمان مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی است.

کلیدواژه‌ها: آنوریسم کاذب فمورال، عوارض لیگاسیون، مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی.

«دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۲۲ پذیرش: ۱۳۹۱/۴/۱۳»

۱. گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

* عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، بیمارستان امام رضا (ع)، بخش جراحی، تلفن: ۳۰-۳۳۷۶۳۰۳

Email: a.elyasi@kums.ac.ir

* این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی خانم آمنه بابلی جهت اخذ درجه دکترای عمومی از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد.

مقدمه

شیوع وابستگی به مواد مخدر تزریقی (IVDU= IV drug user) در جامعه روبه افزایش است که عوارض و ناتوانی‌هایی به همراه دارد. یکی از مشکلات شایع این افراد، عوارض ناشی از تزریق مکرر مواد مخدر در عروق می‌باشد که آنوریسم کاذب شریان فمورال یکی از آنهاست. آنوریسم کاذب (Pseudoaneurysm) شریان فمورال ناشی است اما بسیار مهم و خطرناک است.

در آنوریسم کاذب برخلاف آنوریسم حقیقی، قسمتی از شریان و بخشی دیگر از ساختمان‌های مجاور دچار اتساع و تخریب می‌شود. آسیب باعث تشکیل هماتوم و سپس تشکیل دیواره‌ای از جنس بافت همبند در اطراف هماتوم و در نهایت توده‌ای ضرباندار روی شریان محل تزریق به نام آنوریسم کاذب می‌شود (۱). این عارضه اغلب در کشاله ران، زیر بغل و حفره قدام بازو و به دلیل اشتباه در تزریق وریدی ایجاد می‌شود. از عوارض

آنوریسم کاذب می‌توان خونریزی شدید، ترومبوز، آمبولی محیطی، لنگش حین راه رفتن و حتی از دست دادن اندام را نام برد (۲ و ۳). روش‌های جراحی، روش‌های داخل عروقی (Endovascular) و تزریق ترومبین با هدایت سونوگرافی به داخل آنوریسم کاذب روش‌هایی هستند که جهت درمان استفاده می‌شوند (۴). یکی از روش‌های درمانی آنوریسم کاذب، بستن از طریق جراحی یا لیگاسیون (Ligation) شریان مربوطه می‌باشد. باتوجه به عدم دسترسی به وریدهای مناسب در افراد IVDU و زمینه عفونت برای پیوند عروق، بررسی و مطالعه لیگاسیون در این افراد ضروری به نظر می‌رسد. مطالعاتی در مورد این شیوه درمان انجام شده است. آرورا و همکارانش در مطالعه روی ۶ بیمار IVDU گزارش کردند به شرطی که در سونوگرافی داپلر، بیماران در شریان پشت پای (Dorsal pedis) جریان خون وجود داشته باشد لیگاسیون شریان ایلپاک خارجی و شریان فمورال

بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه مراجعه کرده بودند و تحت عمل جراحی لیگاسیون شریان فمورال قرار گرفته بودند انجام شد. عمل جراحی پس از احیا بیماران شامل رگ‌گیری و تزریق سرم و خون و فراورده‌ها بسته به مورد انجام شد. سپس همه بیماران در اتاق عمل پس از بیهوشی توسط یک جراح تحت عمل جراحی شامل مشخص کردن عروق ایلیاک و کنترل شریان ایلیاک خارجی جهت جلوگیری از خونریزی و سپس بستن شریان قبل از آنوریسم در محل عمل قرار گرفتند. پس از آن محل آنوریسم کاذب در محل کشاله ران عمل شد. این عمل شامل خروج کامل آن و بافت‌های نکروزه و هموستاز شاخه‌های خونریزی‌دهنده بود. سپس زخم کشاله ران باز گذاشته شد و روزانه پانسمان و شستشو شد و زخم ناحیه شکم به ترتیب لایه‌های شکم دوخته شد. ۳۰ پرونده که مشمول عمل جراحی فوق بودند و حداقل سه سال از عمل مذکور سپری شده بود انتخاب شدند. با توجه به داده‌های داخل پرونده از جمله آدرس پستی بیماران، به درب منزل افراد مراجعه شد. در این میان برخی آدرس‌ها به صورت اشتباه درج شده بود و در برخی موارد نیز به دلیل سکونت در منزل استیجاری، بیماران قابل بررسی نبودند و از مطالعه خارج شدند. در نهایت از مجموع ۳۰ بیمار، ۳ نفر فوت شده بودند که این افراد نیز از مطالعه خارج شدند. اطلاعات با توجه به پرونده و پرسشنامه که با پرسش از بیماران تکمیل می‌شد جمع‌آوری و متغیرها از پرسشنامه و پرونده استخراج و کدگذاری شد و با استفاده از نرم‌افزار Excel مورد بررسی قرار گرفت. سپس تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام و شاخص‌های آمار توصیفی محاسبه شدند. کلیه اطلاعات دریافتی از بیماران به صورت محرمانه دریافت و بررسی شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۷ بیمار زنده IVDU که در بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه به دلیل آنوریسم کاذب شریان

مشترک، درمان مناسبی برای آنوریسم کاذب شریان فمورال عفونی است (۵).

در مطالعه گان و همکارانش، ۱۶ بیمار با لیگاسیون شریان فمورال و یک نفر با گرافت ورید صافنوس درمان شدند و خروج آنوریسم کاذب و لیگاسیون عروق، یک روش درمانی سالم و مؤثر عنوان شد (۶).

شنگ و همکاران در بررسی ۲۱ بیمار با آنوریسم کاذب شریان فمورال، ۱۹ مورد را با خارج کردن سودوآنوریسم و ۲ مورد را با بای‌پس ریشه ایتوراتور درمان کردند. آن‌ها نیز لیگاسیون و خارج کردن سودوآنوریسم را روش انتخابی در بیماران IVDU معرفی کردند (۷).

در مطالعات دیگری که توسط سلیمی و همکاران، ناجی، پیرس و همکاران، Behera و همکاران و مطالعه‌ای که در بیمارستان طالقانی تهران انجام شده، هرچند یک یا دو روش درمانی دیگر نیز آزموده شده بودند اما همگی لیگاسیون شریان فمورال را در آنوریسم کاذب درمانی مناسب، راحت و ارزان ارزیابی کردند (۱ و ۱۴-۱۰).

بدین ترتیب با توجه به کمبود مطالعه در سایر نقاط و اطلاعات کم در این زمینه و با توجه به این که به دلیل عدم وجود وریدهای مناسب جهت پیوند در بیماران IVDU و احتمال بالای عفونت به دلیل بهداشت پایین و ابتلا به عفونت‌های ویرال مثل HIV و هپاتیت، گزینه‌های درمان جراحی که در مطالعات فوق بررسی شده است کارایی کافی نداشته است، در مطالعه حاضر عوارض لیگاسیون و دبریدمان آنوریسم کاذب فمورال در این بیماران در شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۶ مورد مطالعه قرار گرفت.

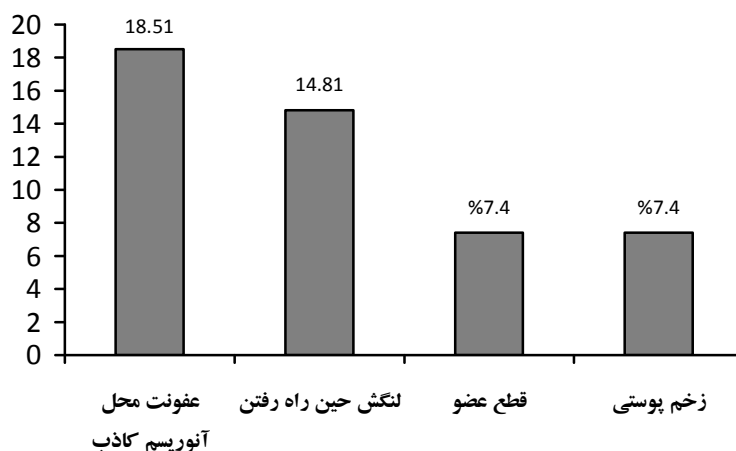
مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت Case Series و به شکل مطالعه مشاهده‌ای انجام شد. نمونه‌گیری به روش غیرتصادفی و از طریق مراجعه به پرونده بیماران IVDU که با سودوآنوریسم شریان فمورال از سال ۸۶-۱۳۸۴ به

کمترین، شامل عفونت محل جراحی (۱۸/۵۱٪)، لنگش حین راه رفتن (۱۴/۸۱٪)، آمپوتاسیون (۷/۴٪) و زخم پوستی (۷/۴٪) بود (نمودار ۱). بیشترین درصد مربوط به عفونت محل عمل، ۱۸/۵۱ درصد و کمترین مربوط به قطع اندام مربوطه و زخم پوستی محل عمل ۷/۴ درصد است. هیچ کدام از بیماران به دلیل جراحی فوت نشدند و همچنین هیچ کدام از بیماران پروتز استفاده نکردند.

فمورال طی دو سال تحت لیگاسیون شریان قرار گرفته بودند مورد بررسی قرار گرفتند.

۳ نفر به دلیل ابتلا به عوارض AIDS فوت شده بودند که از مطالعه خارج شدند. همه بیماران مرد بودند و متوسط سنی ۳۴ سال بود. ۴۶/۶۶ درصد بیکار و ۵۳/۳۳ درصد شغل آزاد داشتند. ۱۶/۶۶ درصد بیماران HIV مثبت بودند. عوارض عمل به ترتیب از بیشترین به



نمودار ۱- درصد فراوانی مشکلات بیماران IVDU که به علت آنوريسم كاذب شريان فمورال از سال ۸۶-۱۳۸۴ در بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه تحت عمل جراحی لیگاسیون شریان قرار گرفته‌اند

بحث

همکاران ۶/۵ درصد و در مطالعه بیمارستان طالقانی و مطالعه آرورا لیگاسیون شریان فمورال منجر به آمپوتاسیون نشده بود (۶، ۸، ۱ و ۵).

زخم پوستی اندام جراحی شده در مطالعه حاضر ۷/۴ درصد بود اما در سایر مطالعات این مسأله بررسی نشده بود. در مطالعات شنگ و همکاران (۷)، سلیمی و همکاران (۹)، مطالعه تهران (۱) و مطالعه پیرس (۱۰)، لیگاسیون روش مناسبی جهت درمان سودوآنوريسم شريان فمورال در افراد مصرف کننده مواد مخدر تزریقی IVDU معرفی شده است.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر در زمینه عوارض لیگاسیون و خروج آنوريسم كاذب جهت درمان آنوريسم كاذب

این مطالعه با مراجعه به پرونده بیماران IVDU که به علت مشکلات سودوآنوريسم از سال ۸۶-۱۳۸۴ به بیمارستان امام رضا مراجعه کرده بودند و تحت عمل جراحی لیگاسیون شریان فمورال قرار گرفته بودند شروع شد و پرسشنامه با مراجعه به آدرس های پستی تکمیل شد. لنگش حین راه رفتن در مطالعه حاضر ۱۴/۸ درصد بود. در مطالعه گان این میزان ۵/۴ و در مطالعه ای که در بیمارستان طالقانی تهران انجام شده بود ۱۹ درصد بود (۱ و ۸). عفونت پس از جراحی در مطالعه ما ۱۸/۵۱ بود و در بیمارستان طالقانی تهران ۸ درصد بود (۱). میزان آمپوتاسیون در مطالعه حاضر ۷/۴ درصد بود ولی در مطالعه گان و همکاران ۲/۷ درصد، مطالعه Behera و

شریان فمورال در افراد IVDU تقریباً مشابه مطالعات دیگر می‌باشد. از طرفی با توجه به آمار بالای ادامه مصرف مواد مخدر تزریقی در این بیماران (۸۵/۱۸٪) و عفونی شدن بای‌پس‌های عروقی در این شرایط، لیگاسیون شریان با عوارض کمی همراه بوده و یک روش درمانی با عوارض خاص خود می‌باشد. بدیهی است این روش جراحی مستلزم مطالعات گسترده‌تر و شاید آزمودن روش‌های درمانی دیگر در معنادان تزریقی باشد.

References

1. Salehian MT, Shahid N, Mohseni M, Ghodoosi T, Marashi SA, Fazel I. [Treatment of infected pseudoaneurysm in drug abusers: ligation or reconstruction? (Persian)]. Arch Iranian Med. 2006;9(1):49-52
2. Lupattelli T, Garaci FG, Basile A, Minnella DP, Casini A, Clerissi J. Emergency stent grafting after unsuccessful surgical repair of a mycotic common femoral artery pseudoaneurysm in a drug abuser. Cardiovasc Intervent Radiol. 2009;32(2):347-51.
3. Micheal AM. Femoral artery pseudoaneurysm, William R. Kruger-Walter Reed Army Medical Center-11
4. Way LW, Doherty GM. Current surgical diagnosis and treatment. 11th ed. New York: Mc GrawHill Companies. 2003;839.
5. Arora S, Weber MA, Fox CJ, Neville R, Lidor A, Sidawy AN. Common femoral artery ligation and local debridement: a safe treatment for infected femoral artery pseudoaneurysms. J Vasc Surg. 2001;33(5):990-3.
6. Gan JP, Leiberman DP, Pollock JG. Outcome after ligation of infected false femoral aneurysms in intravenous drug abusers. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2000;19(2):158-61.
7. Cheng SW, Fok M, Wong J. Infected femoral pseudoaneurysm in intravenous drug abusers. Br J Surg. 1992;79(6):510-2.
8. Behera A, Meneka SR. Vascular complication of drug abuse. Australian and New Zealand Journal of Surgery. 2003;73(12):1004-100
9. Salimi J, Shojaeefar A, Khashayar P. [Management of femoral pseudoaneurysm in IVDA's (Persian)]. Arch Med Res. 2008;39(1):120-4
10. Peirce C, Coffey JC, O'Grady H, Aly S, O'Malley K, O'Donohoe M. The management of mycotic femoral pseudoaneurysms in intravenous drug abusers. Ann Vasc Surg. 2009;23(3):345-9.