

Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών. Αγγειοχειρουργικό Τμήμα

Η χειρουργική θεραπεία των ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής σε υπερηλικες

Α. ΛΙΑΤΑΣ, Μ. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, Δ. ΑΡΒΑΝΙΤΗΣ, Ι. ΜΑΡΑΚΗΣ και Ι. ΝΤΑΓΙΑΝΤΑΣ

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η ανάλυση όλων των περιπτώσεων Ανευρυσμάτων Κοιλιακής Αορτής (Α.Κ.Α) που χειρουργήθηκαν εκλεκτικά ή επειγόντως στο Αγγειοχειρουργικό Τμήμα του Νοσοκομείου μας κατά την τελευταία 10ετία με ιδιαίτερα έμφαση στους ασθενείς ηλικίας > 75 ετών που χειρουργήθηκαν για Α.Κ.Α οξέως ή εκλεκτικά. Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά στη θνητότητα μετά από εγχείρηση για ρήξη Α.Κ.Α μεταξύ υπερηλικών (> 75 ετών) και ασθενών ηλικίας <75 ετών, ενώ δεν διαπιστώνεται τέτοια διαφορά στην περιεγχειρητική θνητότητα μεταξύ των ασθενών των δύο ομάδων προκειμένου για εκλεκτικά χειρουργούμενα Α.Κ.Α. Βάσει των ανωτέρω θα πρέπει να επιχειρείται χειρουργική θεραπεία των Α.Κ.Α σε ασθενείς ηλικίας > 75 ετών που έχουν καλό προσδόκιμο επιβίωσης.

Εισαγωγή

Στα αγγειοχειρουργικά κέντρα διεθνώς παρατηρείται τα τελευταία χρόνια μια αυξημένη συχνότητα χειρουργικής αντιμετώπισης των ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής (Α.Κ.Α) αποτέλεσμα της αυξημένης συχνότητας αυτών λόγω αύξησης του μέσου όρου ηλικίας, έτσι ώστε τείνει να γίνει μια από τις συχνότερες επεμβάσεις στην αγγειοχειρουργική^{1, 2, 3, 4}. Η αλματώδης πρόοδος των συγχρόνων διαγνωστικών τεχνικών, *αξονική τομογραφία και υπερηχοτομογράφημα*, αλλά και οι νέες βελτιωμένες τεχνικές αναισθησίας και ανάνηψης επιτρέπουν σήμερα να επιχειρείται χειρουργική διόρθωση των Α.Κ.Α σε άτομα και πέραν των 75 ετών, ηλικία που ήταν αποτρεπτική μόλις πριν από λίγα χρόνια. Έτσι ο Naylor και συν.¹⁷ αναφέρουν ότι 33% των εκλεκτικών Α.Κ.Α προς χειρουργείο το 1984 αφορούσαν άτομα ηλικίας > 75 ετών ενώ το 1971 κανένας ασθενής δεν χειρουργήθηκε πάνω από αυτό το όριο ηλικίας στο ίδιο κέντρο.

Υλικό και Μέθοδοι

Στο Αγγειοχειρουργικό Τμήμα του Γενικού

Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών εκτελέστηκαν την τελευταία 7ετία 79 εγχειρήσεις για Α.Κ.Α. Οι 28 από αυτές αφορούσαν υπερηλικες > 75 ετών (Ομάδα Α) και από αυτούς 17 χειρουργήθηκαν επειγόντως λόγω ρήξης του ανευρύσματος ενώ 11 χειρουργήθηκαν εκλεκτικά. Από τους ασθενείς ηλικίας < 75 ετών (Ομάδα Β), 30 χειρουργήθηκαν εκλεκτικά και 21 επειγόντως για ρήξη του ανευρύσματος (Πίνακας 1).

Στον επόμενο πίνακα (Πίνακας 2) φαίνεται ο μέσος όρος ηλικίας ανδρών και γυναικών για τις ομάδες Α και Β.

Στην ομάδα Α οι επιζήσαντες της μετεγχειρητικής περιόδου (30 ημέρες) ήταν 2 ασθενείς από εκείνους που χειρουργήθηκαν για ρήξη του ανευρύσματος (θνητότητα = 88,2%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ανευρύσματα κοιλιακής αορτής από 1982-1989

	ΟΜΑΔΑ Α > 75 ετών	ΟΜΑΔΑ Β <75 ετών
Εκλεκτικές επεμβάσεις	11 (39,28%)	30 (58,82%)
Ρήξεις ανευρύσματος	17 (60,72%)	21 (41,18%)
Σύνολο	28	51

Στην Ομάδα Β από τους ασθενείς που χειρουργήθηκαν για ρήξη του ανευρύσματος επέζησαν 10 (θνητότητα = 52,38%) ενώ από τους ασθενείς που χειρουργήθηκαν εκλεκτικά επέζησαν 26 (θνητότητα = 13,33%). (Πίνακες 3 & 4).

Συζήτηση

Η αυξημένη θνητότητα (88,23%) που παρατηρείται στην ομάδα των υπερηλίκων (> 75 ετών) οφείλεται στο γεγονός ότι επιχειρείται χειρουργική θεραπεία σε κάθε ασθενή που φθάνει ζων στο Νοσοκομείο και στον οποίο διαγιγνώσκεται ρήξη Α.Κ.Α ανεξάρτητα από το επίπεδο αρτηριακής πίεσης και εφόσον αυτός

διατηρεί ζωτικά σημεία. Η αυξημένη θνητότητα οφείλεται επίσης και στο γεγονός ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν γενικευμένη αρτηριοσκληρωση και έτσι δύσκολα μπορούν να αντιμετωπίσουν τις μεγάλες απώλειες αίματος και τις εξ αυτών προκαλούμενες διαταραχές του μεταβολισμού και της οξεοβασικής ισορροπίας. Επίσης είναι συνήθης η συνύπαρξη προβλημάτων και από άλλα συστήματα με δυσμενή επιβάρυνση της έκβασης. Η εξαιρετικά αυξημένη θνητότητα προβληματίζει βέβαια κατά πόσον αξίζει η ανευρυσματεκτομή αλλά η βασική αρχή που θα πρέπει να πρυτανεύει είναι ότι και λίγοι ασθενείς να επιβιώσουν αξίζει να επιχειρείται^{9, 10, 11}.

Η κάτω αυξημένη θνητότητα (πάνω από τα διεθνή δεδομένα) που παρατηρείται στους ασθενείς ηλικίας < 75 ετών οφείλεται στο γεγονός ότι δεν γίνεται επιλογή των ασθενών, όπως φαίνεται στον Πίνακα 5. Αποφασίζουμε

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Μέση ηλικία για τις ομάδες Α και Β

	ΟΜΑΔΑ Α (>75) n = 28 Μέση ηλικία/Διακύμανση	ΟΜΑΔΑ Β (<75) n = 51 Μέση ηλικία/Διακύμανση
Ανδρες	79 (75-87)	67,3 (55-74)
Γυναίκες	77 & 78 ετών	62 & 65 ετών

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Ραγέντα ανευρύσματα κοιλιακής αορτής και θνητότητα

	ΟΜΑΔΑ Α (> 75) n = 17	ΟΜΑΔΑ Β (< 75) n = 21
Εζησαν	2	10
Θάνατοι	15	11
Θνητότητα	88,23%	52,38%

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Εκλεκτικές εγχειρήσεις επί των ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής και θνητότητα

	ΟΜΑΔΑ Α (> 75) n = 11	ΟΜΑΔΑ Β (<75) n = 30
Εζησαν	9	26
Θάνατοι	2	4
Θνητότητα	18,18%	13,33%

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Άλλες συνυπάρχουσες νόσοι επί των ασθενών των χειρουργηθέντων εκλεκτικά για Α.Κ.Α

1. Υπέρταση	65 %
2. Στεφανιαία νόσος	23 %
3. Έμφραγμα μυοκαρδίου	10 %
4. Αναπνευστική ανεπάρκεια	10 %
5. Αγγειακή εγκεφαλική ανεπάρκεια	5 %

όμως την εγχείρηση γιατί οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς έχουν εξαιρετικά μεγάλα ανευρύσματα, τα οποία είναι συμπτωματικά - κυρίως πόνος - και θεωρούμε ότι η ρήξη αυτών των ανευρυσμάτων είναι επικείμενη, ενώ χειρουργούμενοι αυτοί οι ασθενείς έχουν πολύ μεγάλη πιθανότητα να επιζήσουν της εκλεκτικής εγχείρησης^{13, 14}.

Η διαφορά στη θνητότητα μεταξύ των δύο ομάδων των εκλεκτικών ανευρυσματεκτομών - υπερηλίκων και < 75 ετών - δεν είναι στατιστικά σημαντική, αναλύοντας δε τα αίτια θανάτου (Πίνακας 6) βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των θανάτων οφείλεται στη γενικευμένη αρτηριοσκληρωτική νόσο αυτών των ασθενών και σε συνυπάρχουσα αναπνευστική α-

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Αίτια θανάτου στις εκλεκτικές χειρουργικές επεμβάσεις για Α.Κ.Α.

ΟΜΑΔΑ Α (> 75)	
1. Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου	1
2. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	1
ΟΜΑΔΑ Β (< 75)	
1. Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου	1
2. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	1
3. Ανεπάρκεια πολλαπλών οργανικών συστημάτων (θάνατοι στην Μ.Ε.Θ)	2

νεπάρκεια. Οι δύο θάνατοι που επισυνέβησαν στη Μ.Ε.Θ κατά βάσει αποδίδονται στην ίδια αιτιολογία με την έννοια ότι και οι δύο ασθενείς παρουσίασαν συγχυτικές καταστάσεις με διεγέρσεις - προφανώς λόγω πλημμελούς οξυγόνωσης του εγκεφάλου τους - που απήτησαν τη χορήγηση αυξημένων δόσεων κατασταλτικών φαρμάκων με αποτέλεσμα κυκλοφορική αστάθεια και βλάβη πολλαπλών οργανικών συστημάτων.

Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη διαπιστούται στατιστικά σημαντική διαφορά στη θνητότητα μετά από εγχείρηση για ρήξη Α.Κ.Α μεταξύ υπερηλικών (> 75 ετών) και ασθενών ηλικίας < 75 ετών.

Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην περιεγχειρητική θνητότητα μεταξύ των ασθενών των δύο ομάδων προκειμένου για εκλεκτικά χειρουργούμενα Α.Κ.Α.

Βάσει των ανωτέρω θα πρέπει να επιχειρείται χειρουργική θεραπεία των Α.Κ.Α σε ασθενείς ηλικίας > 75 ετών που έχουν καλό προσδόκιμο επιβίωσης.

SUMMARY**Surgical Treatment of Abdominal Aortic Aneurysms in the Elderly**

A. LIATAS, M. LAZARIDES, D. ARVANITES, J. MARAKIS and J. DAJANTAS

An increasingly growing incidence of abdominal aortic aneurysms has been observed

in recent years resulting from the increase of life expectancy. Therefore aneurysmatectomy has become one of the most frequently performed operations in vascular surgery.

From 1985 to 1989 seventy nine cases of abdominal aortic aneurysms were operated upon in the Department of Vascular Surgery of Athens General Hospital. 41 were elective whereas 38 were due to a ruptured abdominal aortic aneurysm. Group A (28 cases) included patients > 75 years of age (mean age = 79 years) and Group B (51 cases) comprised of patients < 75 years of age (mean age = 67,3 years). There was a statistically significant difference in the mortality rate in the operated patients of groups A and B following rupture of their aneurysm whereas there was not such a difference among the patients of both groups when they had operated their aneurysm electively. Therefore elective surgery of abdominal aortic aneurysm should be undertaken in the elderly when life expectancy is anticipated to warrant the risks of the almost inevitable rupture of such an aneurysm.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Darke SG, Eadie DDG.: Abdominal aortic aneurysmatectomy: A review of 60 consecutive cases contrasting elective and emergency surgery. J. Cardiovasc Surg 14:484-491, 1973.
2. DiGiovanni R, Nicolas G, Volpetti G, et al: Twenty-one years' experience with ruptured abdominal aortic aneurysms. Surg Gynecol Obstet 141:859-862, 1975.
3. Gaylis H, Kessler E: Ruptured aortic aneurysms. Surgery 87:300-304, 1980.
4. Hoffman M, Avellone JC, Plecha FR, et al: Operation for ruptured abdominal aortic aneurysms: A community-wide experience. Surgery 91 :597-602, 1982.
5. Lawrie GM, Morris GC Jr, Crawlford ES, et al: Improved results of operation for ruptured abdominal aortic aneurysms. Surgery 85:483-488, 1979.
6. Scobie TK, Masters RG: Changing factors influencing abdominal aortic aneurysm repair. J Cardiovasc Surg 23:309-313, 1982.
7. Hollier LH, Reigel MM, Kazmier FJ, et al: Conventional repair of abdominal aortic aneurysm in the high-risk patient: A plea for abandonment of non resective treatment. J Vasc Surg 3:712-717, 1986.
8. Plecha FR, Bertin VJ, Plecha EJ, et al: The early results

- of vascular surgery in patients 75 years of age and older: An analysis of 3259 cases. *J Vasc Surg* 2:769, 1985.
9. Bernstein EF, Dilley AB, Randolph HF: The improving long term outlook for patients over 70 years of age with abdominal aortic aneurysms. *Ann Surg* 207:318-322, 1988.
 10. Cho SI, Johnson WC, Bush HL, et al: Lethal complications associated with nonresective treatment of abdominal aortic aneurysms. *Arch Surg* 117:1214-1217, 1982.
 11. Hicks GL, Eastland MW, DeWeese JA, et al: Survival improvement following aortic aneurysm resection. *Ann Surg* 181:863-869, 1975.
 12. Kwaan JHM: Rupture after nonresective treatment of abdominal aortic aneurysm (letter). *Surgery* 97:249-250, 1985.
 13. Lynch K, Kohler TA, Johansen K.: Nonresective therapy for aortic aneurysm: Results of a survey. *J Vasc Surg* 4:469-472, 1986.
 14. O'Donnell TF, Darling RC, Linton RR: Is 80 years too old for aneurysmectomy? *Arch Surg* 111:108-115, 1980.
 15. Johansen K, Loepsell T: Familial tendency for abdominal aortic aneurysms. *JAMA* 256:1934-1936, 1986.
 16. Zarins CK, Runyon-Hass A, Lu CT, et al: Increased collagenase activity in early aneurysmal dilatation. *J Vasc Surg* 1:442-448, 1984.
 17. Naylor AR, Webb J, Fawkes FGR and Ruckley CV. Trend in abdominal aortic aneurysm surgery in Scotland (1971-1984). *Eur Vasc Surg* 2:217-221; 1988.
-