

ارزیابی درمان ۶ بیمار دارای فیلتر وناکاوا دائمی جهت پیشگیری از امبولی ریوی

دکتر مهرداد واحدیان*، دکتر محمود آقایی افشار*، دکتر محمدرضا لشگری زاده*، فروغ منگلی**

دریافت: ۸۹/۱۰/۱۵، پذیرش: ۹۰/۳/۴

چکیده:

مقدمه و هدف: ترومبوآمبولی وریدی (VTE) یکی از علل اصلی ناخوشی و مرگ و میر در ایالت متحده امریکا محسوب میشود و خود شامل دو طیف بیماری به نام ترومبوز ورید های عمقی (DVT) و امبولی ریوی (PE) میباشد. دراکثر موارد جهت درمان از داروهای ضد انعقاد استفاده میشود که نسبت به سایر روشها ارجحیت دارد. در مواردیکه استفاده از داروهای ضد انعقاد با ریسک بالا همراه باشد و یا کنترل اندیکه باشد و یا مواردیکه علیرغم استفاده از داروهای ضد انعقاد با دوز کافی بروز ترومبوآمبولی وریدی مجدد داشته باشیم، از روش دیگری به نام فیلتر وناکاوا استفاده میشود که به عنوان یک روش درمانی موثر در پیشگیری از بروز امبولی ریوی تهدید کننده حیات بکار میرود. این مطالعه با هدف ارزیابی درمان ۶ بیمار دارای فیلتر وناکاوا دائمی جهت پیشگیری از آمبولی ریوی پس از طی یک دوره ۶ ماهه انجام گردید.

روش کار: در این مطالعه توصیفی مقطعی ۶ بیمار که تحت جراحی گذاشتن فیلتر قرار گرفته بودند، پس از ۶ ماه پیگیری شدند. بیماران از لحاظ بروز امبولی و DVT مجدد، وجود ادم، واریس، زخم، خونریزی، جابجایی و شکستگی فیلتر و موارد مرگ و میر تحت معاینه و بررسی قرار گرفتند. اطلاعات توسط نرم افزار اماری SPSS17 استفاده از آزمونهای آماری توصیفی و استنباطی انالیز گردید.

نتایج: میانگین سنی بیماران ۵۸/۶ سال بود. توزیع جنسی در بیماران یکسان بود. علت مراجعه در کلیه موارد ترومبوز در وریدهای عمقی بوده است. از نظر اقدام تشخیصی در کلیه بیماران سونوگرافی داپلر وریدی و شریانی انجام گرفت. در ۶۶/۶۶٪ موارد داروی ضد انعقاد قبل از عمل استفاده شد. در تمامی بیماران نحوه قرار دادن فیلتر از راه پر کوتانتوس بوده است. در پیگیری ۶ ماه بعد ۵ بیمار از نظر وجود علائم به نفع امبولی و DVT، زخم، وریدهای واریسی و ادم، تحت معاینه قرار گرفتند که این عوارض در هیچکدام از بیماران دیده نشد. همچنین بیماران از نظر جابجایی، شکستگی، انسداد فیلتر نیز تحت بررسی قرار گرفتند که هیچکدام از عوارض مشاهده نشد. در مجموع یک مورد مرگ و میر گزارش شد که بدلیل نارسایی تنفسی ناشی از انسفالوپاتی بدنبال انوريسم مغزی بوده است. در طول مدت بستری پس از عمل هیچگونه عوارض بدنبال قرار دادن فیلتر مشاهده نشد.

نتیجه نهایی: علیرغم این نکته که فیلتر IVC در دراز مدت ریسک DVT مجدد را افزایش میدهد، اما بدلیل عدم تاثیر در افزایش مورتالیتی و کاهش قابل ملاحظه میزان بروز امبولی ریوی میتواند به عنوان درمان موثر و سودمند در بیماران با کنترل اندیکاسیون استفاده از ضدانعقاد و بخصوص در بیماران دچار کانسرونیوز بدنبال جراحی ماژور در بیماران دچار تروما مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژه ها: آمبولی ریوی / فیلترهای وناکاوا / لخته در جدار سیاهرگ

مقدمه:

میشود و خود شامل دو طیف بیماری به نام ترومبوز وریدهای عمقی (DVT) و امبولی ریوی (PE) میباشد (۱). امبولی ریوی فرم کشنده ترومبوآمبولی وریدی محسوب

ترومبوآمبولی وریدی (VTE) یکی از علل اصلی ناخوشی و مرگ و میر در ایالت متحده امریکا محسوب

* استادیار گروه جراحی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان (vahed81@yahoo.com)

** دانشجوی رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

نتایج:

محدوده سنی بیماران بین ۳۱ تا ۸۰ سال و میانگین سنی آنان ۵۸/۶ سال بود. توزیع جنسی در بیماران یکسان بود. طول مدت بستری در محدوده ۵ تا ۱۸۱ روز متغیر بود و متوسط آن ۱۰ روز بود. علت مراجعه در کلیه موارد ترومبوز در وریدهای عمقی بود. اندیکاسیون گذاشتن فیلتر در ۳ مورد RECURRENT DVT که علیرغم دریافت داروی ضد انعقاد کافی بوده است، در یک مورد MASSIVE DVT و در ۲ مورد بروز DVT همراه با کنتراندیکاسیون استفاده از داروی ضدانعقاد بود. از نظر سوابق بیماری، در ۳ مورد سابقه DVT قبلی وجود داشت که از این بین یک مورد سابقه ۲ نوبت و ۲ مورد سابقه یک نوبت DVT قبلی داشتند (جدول ۱).

جدول ۱: فراوانی بیماری زمینه ای در افراد مورد مطالعه

بیماری زمینه ای	درصد
Previous DVT	۵۰
Dm	۱۶/۶۶
HTN	۱۶/۶۶
Active bleeding	۱۶/۶۶
Neurological condition	۱۶/۶۶
No underlying disease	۱۶/۶۶

در دو بیمار استفاده از داروهای ضد انعقاد کنتراندیکه بود، که در یک مورد وجود انوریسم مغزی و در مورد دیگر سابقه خونریزی گوارشی ۴ روز قبل از کارگذاری فیلتر بوده است. محل درگیر در ۸۳/۳٪ موارد اندام تحتانی سمت چپ و در ۱۶/۶٪ اندام تحتانی سمت راست بوده است که از این بین در ۶۶/۶۶٪ موارد کل اندام درگیر بوده است. از نظر اقدام تشخیصی در کلیه بیماران سونوگرافی داپلر وریدی و شریانی انجام گرفت و نیز کلیه بیماران تحت اکوکاردیوگرافی قرار گرفتند که شواهدی به نفع امبولی دیده نشد. در ۶۶/۶۶٪ موارد داروی ضد انعقاد قبل از عمل استفاده شد. در تمامی بیماران نحوه قراردادن فیلتر از راه پرکوتانئوس بوده است. در کلیه بیماران قراردادن فیلتر تحت فلوروسکوپی انجام گرفت و ورید در دسترس در ۸۳/۳٪ موارد فمورال و در ۱۶/۶٪ موارد ورید ژوگولار داخلی بوده است. در کلیه بیماران کاوگرافی پس از عمل و نیز عکس ساده شکم انجام گرفت که نتایج رضایت بخش بوده است. در مجموع یک مورد مرگ و میر گزارش شد که بدلیل نارسایی تنفسی ناشی از انسفالوپاتی بدنبال انوریسم

میشود و باعث مرگ و میر ۲۴۰ هزار نفر در سال در ایالت متحده آمریکا میگردد (۱،۲). در اکثر موارد جهت درمان از داروهای ضد انعقاد استفاده میشود که نسبت به سایر روشها ارجحیت دارد. این داروها گرچه در کمتر از ۵ درصد موارد در سال باعث ایجاد خونریزی تهدید کننده حیات میشوند، اما همچنان به عنوان درمان استاندارد در موارد ترومبوز امبولی وریدی محسوب میشود (۲). در مواردیکه استفاده از داروهای ضد انعقاد با ریسک بالا همراه باشد و یا کنتراندیکه باشد مانند ترومبوسیتوپنی، هر گونه خونریزی فعال، نئوپلاسم و ترومای مغزی و... ویا مواردیکه علیرغم استفاده از داروهای ضد انعقاد با دوز کافی بروز ترومبوآمبولی وریدی مجدد داشته باشیم، از روش دیگری به نام فیلتر وناکاوا استفاده میشود که براساس مطالعه ای که در سال ۲۰۰۴ در آمریکا انجام شده است به عنوان یک روش درمانی موثر در پیشگیری از بروز امبولی ریوی تهدید کننده حیات محسوب میشود (۳،۴). در حال حاضر ۵ نوع فیلتر وجود دارد که پرکاربردترین نوع آن فیلتری به نام stainless steel green field میباشد که براساس مطالعه ای که در سال ۲۰۰۳ در استرالیا انجام شده این نوع فیلتر بیشترین کاربرد و طول عمر و کمترین عوارض را داشته است (۵).

عوارض فیلتر وناکاوا شامل خونریزی، جابجایی و شکستگی فیلتر، بروز DVT مجدد، post thrombotic syndrome و آسیب عروقی حین گذاشتن فیلتر میباشد که بر طبق ۲ مطالعه ای که در سالهای ۲۰۰۶ و ۲۰۰۴ در آمریکا انجام شده است بروز این عوارض ۱۵ تا ۲۲ درصد گزارش شده است بنابراین میتواند یک روش موثر در جلوگیری از بروز امبولی ریوی باشد (۴-۶).

این مطالعه با هدف ارزیابی درمان ۶ بیمار دارای فیلتر وناکاوا دایمی جهت پیشگیری از آمبولی ریوی پس از گذشت یک دوره ۶ ماهه انجام گردید.

روش کار:

در این مطالعه توصیفی مقطعی ۶ بیمار دارای فیلتر پس از طی یک دوره ۶ ماهه تحت ارزیابی قرار گرفتند. بیماران از لحاظ بروز امبولی و DVT مجدد، وجود ادم، واریس، زخم، خونریزی، جابجایی و شکستگی فیلتر و موارد مرگ و میر تحت معاینه و بررسی قرار گرفتند. اطلاعات توسط نرم افزار اماری SPSS v17 و با استفاده از آزمون های توصیفی و استنباطی آنالیز گردید.

نیاز به cut down با برش بزرگ داشتند که اینکار ریسک انسداد IVC و نفوذ به دیواره کاو را افزایش میداد اما فیلترهای امروزی براحتی از راه پرکوتانئوس قابل کارگذاری میباشند که این روش در کلیه بیماران ما نیز مورد استفاده قرار گرفت (۶). قابل ذکر است که از نظر عوارض ایجاد شده بدنبال کارگذاری فیلتر در کلیه بیماران تحت مطالعه، در طول مدت بستری و پس از ۶ ماه هیچگونه عارضه ای دیده نشد. شاید بتوان علت را در مدت زمان کم پیگیری دانست بطوریکه در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۵ در فرانسه انجام شد در پیگیری ۸ ساله بر روی ۴۰۰ بیمار دارای فیلتر، در ۳۵/۷٪ بیماران DVT مجدد و در ۲۳/۲٪ Post thrombotic syndrome دیده شده بود (۲) و نیز در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۰۶ در امریکا بر روی ۷۲۰ بیمار دارای فیلتر انجام شد، پس از پیگیری یکساله در ۰/۳٪ انسداد IVC، در ۲۸٪ بیماران DVT مجدد و در ۳٪ افراد شکستگی بدون جابجایی فیلتر دیده شد (۶) و در هر دو مطالعه انجام شده از بروز امبولی ریوی و مهاجرت فیلتر موردی ذکر نشده است. برطبق این دو مطالعه و همچنین چندین مطالعه مشابه گرچه استفاده از فیلتر در دراز مدت ریسک ایجاد DVT مجدد را افزایش داده است اما خطر بروز امبولی ریوی تهید کننده حیات را بخصوص در سال اول بعد از کارگذاری فیلتر به طور قابل ملاحظه ای نسبت به جمعیت بدون فیلتر کاهش داده است. همچنین این نکته نیز قابل ذکر است افزایش ریسک DVT مجدد در بیماران منجر به افزایش ریسک مورتالیتی در آنها نشده است (۸-۶).

نتیجه نهایی:

در نهایت با توجه به مطالب ذکر شده علیرغم این نکته که فیلتر IVC در دراز مدت ریسک DVT مجدد را افزایش میدهد، اما بدلیل عدم تاثیر در افزایش مورتالیتی و کاهش قابل ملاحظه میزان بروز امبولی ریوی میتواند به عنوان درمان موثر و سودمند در بیماران با کنتراندیکاسیون استفاده از ضد انعقاد و بخصوص در بیماران دچار کانسرونی بدنبال جراحی مازور در بیماران دچار تروما مورد استفاده قرار گیرد.

منابع:

1. Simon M, Athanasoulis CA, Kim D. Simon nitinol inferior vena cava filter: initial clinical experience. Work in progress. Radiology 2006; 172: 99-103.

مغزی بوده است. در طول مدت بستری پس از عمل هیچگونه عوارض بدنبال قراردادن فیلتر مشاهده نشد سایر بیماران با حال عمومی خوب مرخص شدند. در پیگیری ۶ ماه بعد ۵ بیمار از نظر وجود علائم به نفع امبولی و DVT، زخم، وریدهای واریسی وادم، تحت معاینه قرار گرفتند که این عوارض در هیچکدام از بیماران یافت نشد. همچنین بیماران توسط روشهای رادیولوژیکی از جمله کاوگرافی و عکس ساده شکم از نظر جابجایی، شکستگی، انسداد فیلتر نیز تحت بررسی قرار گرفتند که از این لحاظ نیز عارضه ای مشاهده نشد.

بحث:

در مطالعه حاضر میانگین سنی افراد ۵۸/۶ سال بود که با سایر مطالعات انجام شده مطابقت دارد بطوریکه در آنها این میانگین در رنج بین ۵۶/۷ تا ۶۲/۴ سال ذکر شده است. توزیع جنسی در این مطالعه یکسان بود که این یافته نیز با سایر مطالعات انجام شده مطابقت دارد و در آنها نیز ارتباطی بین جنس و بروز VTE دیده نشده است (۴،۵،۷). متوسط طول مدت بستری در این مطالعه ۱۰ روز بوده است که این یافته در سایر مطالعات مورد بررسی قرار نگرفته است. شاید بتوان گفت علت این مدت زیاد، مسن بودن و وجود بیماری زمینه ای در برخی از افراد مورد مطالعه بوده است.

شایعترین اندیکاسیون استفاده از فیلتر در مطالعه حاضر، RECURRENT DVT بوده است در حالیکه در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۵ در المان بر روی ۳۲۰ بیمار انجام شده بود شایعترین علت کنتراندیکاسیون استفاده از داروهای ضد انعقاد بوده است (۷) و نیز در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۰۷ در استرالیا بر روی ۴۷۰ بیمار انجام شد، علت، عدم استفاده از این داروها بوده است (۹) شاید بتوان علت این تفاوت را در تعداد کم بیماران مورد مطالعه ذکر کرد. روش تصویر برداری به منظور بررسی DVT در مطالعه ما سونوگرافی داپلر وریدی و شریانی بوده است که این روش نیز با سایر مطالعات مشابه انجام شده مطابقت دارد (۶،۸). به طور کلی نظرات متفاوتی در مورد استفاده از فیلتر وجود دارد اما همه آنها در این نکته مشترکند که در موارد کنتراندیکه بودن استفاده از داروهای ضد انعقاد، استفاده از فیلتر بهترین روش درمانی در جهت جلوگیری از بروز PE تهدید کننده حیات بیمار میباشد (۲،۳).

فیلترهایی که در گذشته استفاده میشد جهت کارگذاری

2. Prevention du Risque d'Embolie Pulmonaire par Interruption Cave Study Group. Eight-year follow-up of patients with permanent vena cava filters in the prevention of pulmonary embolism: The PREPIC randomized study. *Circulation* 2005; 112:416-422 .
3. Greenfield LJ, Cho KJ, Pais SO. Preliminary clinical experience with the titanium Greenfield vena caval filter. *Arch Surg* 2004; 124:657-65
4. Wingerd M, Bernhard VM, Maddison F. Comparison of caval filters in the management of venous thromboembolism. *Arch Surg* 2006; 113: 1264-1271.
5. Athanasoulis CA, Kaufman JA, Halpern EF. Inferior vena caval filters: review of a 26- year single-center clinical experience. *Radiology* 2003; 216:54-66.
6. Ferris EJ, McCowan TC, Carver DK. Percutaneous inferior vena caval filters: follow-up of seven designs in 320 patients. *Radiology* 2006; 188:851-856.
7. Ferris EJ, McCowan TC, Carver DK. Percutaneous inferior vena caval filters: follow-up of seven designs in 320 patients. *Radiology* 2005;188:851-856.
8. Mewissen MW, Erickson SJ, Foley WD. Thrombosis at venous insertion sites after inferior vena caval filter placement. *Radiology* 2008; 173: 155-157.
9. Kantor A, Glanz S, Gordon DH. Percutaneous insertion of the Kimray-Greenfield filter: incidence of femoral vein thrombosis. *AJR Am J Roentgenol* 2007;149:1065-1066.