

Short Communication

Comparison of abdominal aorta diameter in children with bicuspid aortic valve with healthy children

Seyed Mahmud Shekarian¹ , Mojtaba Gorji² , Keyhan Sayadpour Zanjani^{3*} 

¹ Department of Pediatric Cardiology, Hakim Children's Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Fetal and Pediatric Cardiovascular Research Center, Children's Medical Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding author: Keyhan Sayadpour Zanjani

Tel: +98-21-61479

E-mail: ksayadpour@gmail.com (sayadpour@tums.ac.ir)

ABSTRACT

Bicuspid aortic valve (BAV) is the most common congenital cardiac anomaly, with a prevalence of approximately 0.8% in the general population and it is predominant in males. BAV may be complicated by aortic valvular stenosis or regurgitation and is also associated with aortic wall abnormalities such as dilation, coarctation, dissection, and aneurysm. Studies before the COVID-19 pandemics did not show any abdominal aorta dilation in patients with BAV. Reports about aortic wall injury during the pandemics, and lack of investigations on the Iranian population led to conduction this study.

This cross-sectional case-control study included 49 children with BAV, aged 5 to 16 years, who were referred to the cardiology clinic of Children's Medical Center in Tehran, 2023. The control group consisted of 49 age-, sex-, and weight-matched children who presented with cardiovascular complaints but had normal echocardiographic findings. Abdominal aortic diameters were measured and compared at three levels between two groups.

No significant differences were observed in abdominal aortic diameters at three level between the two groups ($p = 0.34$, $p = 0.49$ and $p = 0.79$ respectively).

Based on our results, there is no evidence to recommendation of routine abdominal aortic measurement during the follow-up of children with BAV.

Keywords: Abdominal aorta, Bicuspid aortic valve, Children



Citation: Shekarian SM, Gorji M, Sayadpour Zanjani K. [Comparison of abdominal aorta diameter in children with bicuspid aortic valve with healthy children]. Journal of Translational Medical Research (J Transl Med Res). 2026; 33(?): ????? [Persian]

DOI <http://doi.org/10.61186/JBUMS.33.???>

Received: May 11, 2026

Accepted: June 05, 2026



Copyright © 2025, Journal of Translational Medical Research. This open-access article is available under the Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 (CC BY-NC 4.0) International License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which allows for the copying and redistribution of the material only for noncommercial purposes, provided that the original work is properly cited.

مقایسه قطر آئورت شکمی در کودکان مبتلا به دریچه آئورت دو لتی با کودکان سالم

سید محمود شکران^۱ ID، مجتبی گرجی^۲ ID، کیهان صیادپور زنجان^{۲*} ID

چکیده

دریچه آئورت دولتی (BAV) شایع‌ترین ناهنجاری مادرزادی قلبی است و شیوع تقریبی ۰/۸ درصد در جمعیت عمومی دارد که در جنس مذکر بیشتر دیده می‌شود. BAV ممکن است با تنگی یا نارسایی دریچه آئورت عارضه شود و همچنین با ناهنجاری‌های دیواره آئورت مانند اتساع، کوآرکتاسیون، دیسکسیون و آنوریسم همراه است. مطالعات انجام‌شده پیش از همه‌گیری کووید-۱۹ هیچ‌گونه گشادشدگی آئورت شکمی را در بیماران مبتلا به BAV نشان نمی‌داد. گزارش‌هایی مبنی بر آسیب دیواره آئورت در طول همه‌گیری و عدم وجود تحقیقات در جمعیت ایرانی منجر به انجام این مطالعه شد.

در این مطالعه مورد-شاهدی مقطعی، ۴۹ کودک مبتلا به BAV در محدوده سنی ۵ تا ۱۶ سال که در سال ۱۴۰۲ به کلینیک قلب مرکز پزشکی کودکان مراجعه کرده بودند، وارد مطالعه شدند. گروه شاهد نیز شامل ۴۹ کودک همسان از نظر سن، جنس و وزن بود که با شکایات قلبی-عروقی مراجعه کرده بودند، اما یافته‌های اکوکاردیوگرافی طبیعی داشتند. قطر آئورت شکمی در سه سطح اندازه‌گیری و بین دو گروه مقایسه شد.

در هیچ‌یک از سطوح آئورت شکمی، تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد (به ترتیب $P=0/79$ ، $P=0/49$ ، $P=0/34$). بر اساس یافته‌های ما، شواهدی مبنی بر الزام به بررسی روتین آئورت شکمی در طی پیگیری کودکان مبتلا به BAV وجود ندارد.

واژه‌های کلیدی: آئورت شکمی، دریچه آئورت دو لتی، آنوریسم، کودکان

مجله "تحقیقات پزشکی ترجمانی". ۱۴۰۵؛ ۳۳ (۲): در حال انتشار.

دریافت: ۱۴۰۵/۰۲/۲۱ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۱۵

^۱ بخش قلب کودکان، بیمارستان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ مرکز تحقیقات پیشگیری و ارتقا سلامت قلب و عروق جنین و کودک، مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: کیهان صیادپور زنجان

آدرس: تهران - خیابان دکتر قریب - پلاک ۶۲ - مرکز طبی کودکان - کد پستی ۱۴۱۹۷۳۳۱۵۱
 تلفن: ۰۲۱۶۱۴۷۹
 پست الکترونیکی: (sayadpour@tums.ac.ir) sayadpour@gmail.com

مقدمه

دریچه آئورت دولتی (BAV¹) شایع‌ترین ناهنجاری مادرزادی است. شیوع BAV بر اساس یک مطالعه جامع در سال ۲۰۲۲ در جمعیت عمومی حدود یک درصد است، در حالی که شیوع حدود ۰/۵ الی ۰/۸ درصد در کودکان و نوجوانان گزارش شده است (۱). شیوع در بیماران مبتلا به کوآرکتاسیون آئورت به ۵۰ تا ۸۵ درصد می‌رسد. ارتباط قوی با سندرم ترنر وجود دارد که در آن BAV در ۱۵ تا ۳۰ درصد بیماران گزارش شده است (۲).

BAV یک اختلال پیچیده است که در یک الگوی اتوزومال غالب با نفوذ کم، بیان متغیر و غلبه جنس مذکر به ارث می‌رسد. برخی از ژن‌ها وجود دارند که ارتباط آن‌ها با BAV غیرسندرمی نشان داده شده است: GATA5، GATA4، SMAD6، NOTCH1، GATA6، TBX20، ADAMTS19، MAT2A، ROBO4، NKX2-5. هر یک از این ژن‌ها تنها درصد کمی از شیوع کلی BAV غیرسندرمی را توضیح می‌دهند و شامل مسیرهای مولکولی مختلفی می‌شوند (۳). این ژن‌ها علیرغم تفاوت، همگی در نهایت روی سلول‌های بین‌بافتی دریچه و بازسازی ماتریکس اثر می‌گذارند. شیوع پایین هر کدام نشان می‌دهد که BAV غیرسندرمی به‌ندرت تک‌ژنی است و بیشتر از برهم‌کنش چندین ژن با عوامل محیطی (مثل همودینامیک جنینی) ناشی می‌شود.

از عوارض مهم و خطرناک بیماری‌های آئورت، آنوریسم و دایسکسیون آئورت است که به‌صورت بالقوه می‌توانند منجر به عواقب وخیم و حتی مرگ در بیمار شوند. معمولاً این عارضه در بیماران با دیلاتاسیون شریان مورد نظر رخ می‌دهد. از آنجا که BAV شایع‌ترین نوع بیماری‌های آئورت بوده و از طرفی شایع‌ترین اختلال مادرزادی قلبی در جمعیت عمومی است، در صورت اثبات تفاوت معنی‌دار در قطر آئورت شکمی افراد مبتلا به این اختلال با جمعیت نرمال می‌توان دستورالعمل جداگانه‌ای به منظور پایش این بیماران، برای پیش‌بینی و در صورت امکان پیش‌گیری از عواقب شوم این عوارض مطرح نمود (۴).

مطالعات محدود انجام شده درباره اندازه آئورت شکمی در

بیماران BAV افزایشی در اندازه آن نسبت به افراد نرمال نشان نداده است (۵-۸). تمام این بررسی‌ها پیش از پاندمی کووید انجام شده‌اند. در دوران پاندمی کووید گزارشاتی از افزایش درگیری آئورت شکمی در بیماران وجود دارد (۹). بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی اندازه آئورت شکمی در کودکان BAV پس از پاندمی و نیز به‌عنوان اولین مطالعه در کشور ایران انجام شد.

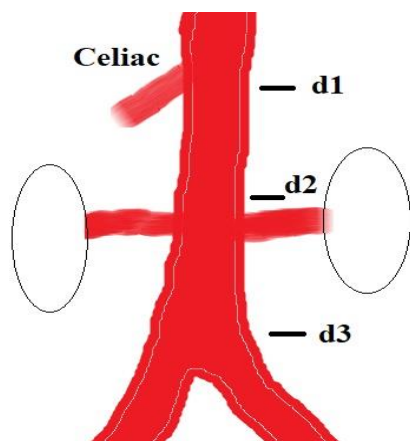
روش تحقیق

جامعه مورد مطالعه شامل کودکان مبتلا به دریچه آئورت دولتی در بازه سنی ۵ تا ۱۶ ساله مراجعه‌کننده به درمانگاه قلب مرکز طبی کودکان تهران بودند. گروه کنترل، شامل کودکانی بودند که با شکایت درد قفسه سینه یا طپش قلب به همان درمانگاه مراجعه نمودند و در ارزیابی انجام شده پاتولوژی قلبی نداشتند. فرایند جمع‌آوری نمونه‌ها بعد از تصویب طرح انجام گرفت. این مطالعه بعد از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران صورت گرفت. بیماران مبتلا به BAV که به علت عدم وضوح اندازه‌گیری دقیق قطر آئورت شکمی در آن‌ها در هر یک از سه محل مورد نظر میسر نشد از مطالعه خارج شدند. در گروه کنترل بیمارانی که بیماری‌های زمینه‌ای از قبیل اختلالات بافت همبند یا سایر بیماری‌های غیرقلبی داشتند از مطالعه خارج شدند، همچنین در این گروه سابقه هرگونه مداخلات جراحی یا ترانس کاتتر قلبی بدون عارضه و اختلالات باقی مانده منجر به خروج بیمار از مطالعه شد.

اندازه‌گیری قطر آئورت شکمی در سه سطح درست پس از جدا شدن شریان سلیاک (d1)، بالای ناف (d2) و پیش از دوشاخه شدن آئورت (d3) انجام شد (شکل ۱). اندازه‌گیری‌ها به‌صورت ارزیابی قطر خارج به خارج در محور عمود بر طول شریان بود (۸). اندازه‌گیری با دستگاه اکوکاردیوگرافی و توسط یکی از دو مجری طرح در درمانگاه صورت گرفت.

برای آنالیز اطلاعات از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. متغیرهای کمی به صورت میانگین و درصد و متغیرهای کیفی به صورت تعداد و درصد گزارش شدند. برای مقایسه میانگین‌ها از آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه در صورت نرمال بودن

¹ Bicuspid aortic valve



شکل ۱- سه سطح اندازه‌گیری: درست پس از جدا شدن شریان سلیاک (d1)، درست بالای ناف (d2) و پیش از دوشاخه شدن آنورت (d3) (۸).

داده‌ها استفاده شد (بررسی نرمالیتی با تست کولموگوروف-اسمیرنوف). در صورت عدم نرمال بودن از آزمون‌های معادل ناپارامتریک آن استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۴۹ کودک بیمار، ۱۵ دختر و ۳۴ پسر و در گروه کنترل نیز ۱۷ دختر و ۳۲ پسر مورد ارزیابی قرار گرفتند. دو گروه از نظر سن، جنس و وزن مشابه بودند (جدول ۱). نتایج اندازه‌گیری‌ها نشان داد که در هر سه سطح قطر آنورت شکمی بین دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت (جدول ۱). همچنین مقایسه اندازه‌گیری‌ها به تفکیک سن هم اختلاف معنی‌داری آشکار نکرد.

جدول ۱- مقایسه میانگین سن، جنس، وزن و قطر آنورت در سه سطح بین دو گروه

سطح معنی‌داری	گروه کنترل (انحراف معیار $\pm$ میانگین)	گروه بیماران (انحراف معیار $\pm$ میانگین)	سن (سال)
۰/۶۴	۹/۴۵ + ۲/۷۸	۹/۱۹ + ۲/۹	
۰/۶۶	۱۷ دختر به ۳۲ پسر	۱۵ دختر به ۳۴ پسر	جنس
۰/۹	۳۲/۶ + ۱۲/۷	۳۲/۳ + ۱۴/۳	وزن (کیلوگرم)
۰/۳۴	۱۱/۴ + ۱/۷۱	۱۱/۸ + ۲/۱۹	قطر آنورت در سطح ۱ (میلیمتر)
۰/۴۹	۹/۹۱ + ۱/۵۵	۱۰/۱ + ۱/۷۲	قطر آنورت در سطح ۲ (میلیمتر)
۰/۷۹	۷/۴۶ + ۱/۴۴	۷/۵۴ + ۱/۵۲	قطر آنورت در سطح ۳ (میلیمتر)

برای مقایسه میانگین‌ها از آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه در صورت نرمال بودن داده‌ها استفاده شد.

بحث

مطرح‌کننده وجود یک واسکولوپاتی به‌صورت بازسازی ماتریکس عروقی شامل اختلال در مدیای آنورت در اثر تکه‌تکه شدن و از دست رفتن الاستین در سلول‌های عضله صاف است، اگرچه مطالعات اخیر با روش‌های تصویربرداری عملکردی جریان خون، از نقش همودینامیک BAV در ایجاد آنوریسم و الگوی گشادشدگی آنورت، حمایت می‌کند (۱۰).

در بیماران دچار BAV انجام اکوکاردیوگرافی سالانه در بیماران بدون علامت هم توصیه می‌شود. دستورالعمل به‌روزرسانی شده ACC/AHA در سال ۲۰۰۸ توصیه کرده است که بیمارانی که در سنین بلوغ هستند، بالغین جوان و بیماران مسن‌تر دچار تنگی دریچه و همچنین بیمارانی که BAV همراه گشادشدگی ریشه

گشادشدگی آنورت در ۸۰ درصد موارد BAV دیده می‌شود که در آنورت صعودی شایع‌تر است (۶۰ تا ۷۰ درصد). شیوع آن در ریشه آنورت ۲۰ تا ۲۵ درصد است ولی می‌تواند کل مسیر از ریشه آنورت تا انتهای قوس را درگیر کند. خطر پارگی آنورت در این بیماران ۹ برابر جمعیت عادی است و در کودکان نادر است. عوامل افزایشنده خطر پارگی علاوه بر قطر آنورت شامل سرعت افزایش قطر آن، سابقه افزایش فشار خون، مصرف تنباکو و سابقه خانوادگی پارگی آنورت است. در گذشته علت گشادشدگی آنورت در BAV تأثیرات همودینامیک ناشی از جریان توربولانت (گردبادی) خون به علت تنگی دریچه آنورت دانسته می‌شد، اما امروزه تحقیقات بافت‌شناسی

آنورت و یا آنورت صعودی دارند باید مورد پایش قرار گیرند. در این دستورالعمل توصیه شده است که در صورت تشخیص بزرگ شدگی اندازه آنورت صعودی در بیماران دچار BAV تصویربرداری ۶ ماه بعد تکرار شود و در صورت ثابت ماندن اندازه آنورت و اندازه کمتر از ۴۵ میلیمتر در صورتی که سابقه مثبت خانوادگی برای پارگی آنورت وجود ندارد، تصویربرداری سالانه ادامه یابد (۱۱).

Gameraddin با بررسی ۱۱۰ فرد بالغ سالم در خارطوم سودان، مقادیر نرمال قطر آنورت شکمی را با استفاده از اولتراسونوگرافی در سه سطح مختلف اندازه گیری کرد. اندازه گیری ها به صورت ارزیابی قطر خارج به خارج در محور عمود بر طول شریان در سطح دیافراگم، شریان های کلیوی و محل دوشاخه شدن آنورت در ناحیه ایلپاک انجام شد و مقادیر بر حسب سن و جنس بیمار ارزیابی شد، همان طور که انتظار می رفت اندازه ها در جنس مرد بیشتر و روند افزایش آن با سن نیز در مردان سریع تر بود (۱۲).

مطالعات در مورد اندازه آنورت شکمی در بیماران آنورت محدود هستند. در مطالعه Erolu و همکاران در ترکیه بر روی ۴۴ بیمار مبتلا به BAV و مقایسه آن با گروه کنترل که ابعاد آنورت را از آنولوس دریچه تا آنورت شکمی سنجیده است، نشان داده شد که ابعاد آنورت صعودی و نزولی در بیماران مبتلا افزایش یافته است ولی اختلاف معنی داری در اندازه قوس و آنورت شکمی دیده نشد. همچنین نشان داده شد که الاستیسیته آنورت شکمی کاهش یافته است (۵).

از طرفی در مطالعه دیگری که توسط Cecconi و همکاران در ایتالیا انجام شده است ابعاد آنورت در بیماران دچار BAV بدون اختلال عملکرد دریچه ای در تمام طول آنورت ارزیابی شده است که دیلاتاسیون آنورت را در ریشه آنورت و آنورت صعودی نشان داد ولی در آنورت نزولی و آنورت شکمی دیلاتاسیون دیده نشد. افزایش قابل ملاحظه در ابعاد قوس آنورت در بیماران دچار BAV با سن بالای ۴۰ سال دیده شد. در این مطالعه ابعاد آنورت صعودی و گسترش دیلاتاسیون آنورت ارتباط قابل ملاحظه با سن بیمار داشت ولی ارتباطی با مورفولوژی دریچه نداشت (۶).

مطالعه ای که توسط Gurses و همکاران در ترکیه بر روی

کودکان دچار BAV با عملکرد طبیعی دریچه و یا رگورژیتاسیون خفیف انجام شده، الاستیسیته آنورت شکمی ارزیابی شده است. قطر آنورت شکمی در این بیماران با گروه کنترل مشابه بوده است ولی BAV با افزایش سفتی (Stiffness) آنورت شکمی همراه بوده است که این اختلال در الاستیسیته ارتباطی با قطر آنورت نداشته است (۷).

همچنین Hedge و همکاران مطالعه ای به منظور مشخص نمودن مقادیر نرمال قطر مؤثر آنورت در سطوح مختلف از جمله آنورت شکمی انجام دادند، از جمله مواردی که اندازه گیری شده است قطر آنورت شکمی در سطح دیافراگم بوده که این قطر به صورت اندازه گیری خارج به خارج حداکثر قطر شریان در محور عمود بر طول آن مشخص شد و نشان دادند که قطر آنورت شکمی در کودکان BAV در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری از لحاظ آماری نداشت (۸).

Bozzani و همکاران موارد جراحی شریانی انجام شده در دوران پاندمی کووید از مارچ ۲۰۲۰ تا آپریل ۲۰۲۱ را با مدت مشابه قبل از آن در بیمارستان سن ماتئو که یک بیمارستان مرجع سطح سوم و تنها مرکز جراحی عروق در ایالت لومباردی ایتالیاست مقایسه کردند. در طول این مدت آمار موارد جراحی اورژانس و انتخابی انجام شده با تشخیص آنوریسم آنورت شکمی با افزایش همراه بوده که این یافته با نتایج سایر مطالعات که مطرح کننده افزایش شیوع عوارض مربوط به آنورت شکمی در دوران پاندمی کووید است همخوانی دارد (۹).

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که قطر آنورت شکمی در کودکان مبتلا به BAV نسبت به گروه شاهد تفاوت معنی داری نداشت. نقطه قوت مطالعه ما این است که برای اولین بار در کشور قطر آنورت شکمی در کودکان مبتلا به BAV بررسی شد. یکی از محدودیت های مطالعه حاضر، حجم نمونه کم در گروه مورد و کنترل است و همچنین بازه سنی نسبتاً محدود که با توجه به ماهیت پیشرونده بیماری های آنورت اجازه تعمیم نتایج به سنین بالاتر را

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر پس از تأیید شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد IR.TUMS.CHMC.REC.1403.025 انجام شد.

حمایت مالی

مطالعه حاضر بدون حمایت مالی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در مراحل مختلف انجام کار و نگارش مقاله مشارکت داشتند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

نمی‌دهد. پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتر چندمرکزی با حجم نمونه بالاتر در بازه سنی وسیع‌تر شامل بالغین جوان به منظور بررسی قطر آئورت شکمی در مبتلایان به BAV و مقایسه آن با افراد سالم انجام شود، در صورت وجود اختلاف در حجم نمونه وسیع‌تر و یا ایجاد اختلاف در اندازه آئورت با افزایش سن، علاوه بر مشخص نمودن ضرورت و یا عدم ضرورت پایش اندازه آئورت شکمی، می‌توان یک نقطه شروع سنی از نظر پایش آئورت شکمی تعریف نمود.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی تحت عنوان "اندازه‌گیری قطر آئورت شکمی در کودکان مبتلا به Bicuspid Aortic valve و مقایسه آن با کودکان سالم در مرکز طبی کودکان"، در مقطع فوق تخصصی در سال ۱۴۰۳ با کد ۴۰۰۱۱۱۶۹۰۰۲ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا شده است.

منابع

1. Spaziani G, Girolami F, Arcieri L, Calabri GB, Porcedda G, Di Filippo C, et al. Bicuspid aortic valve in children and adolescents: A comprehensive review. *Diagnostics*. 2022;12(7):1751. DOI: [10.3390/diagnostics12071751](https://doi.org/10.3390/diagnostics12071751)
2. Donadille B, Christin-Maitre S, editors. Heart and Turner syndrome. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2021 Jun;82(3-4):135-40. DOI: [10.1016/j.ando.2020.12.004](https://doi.org/10.1016/j.ando.2020.12.004)
3. Nadorlik H, Bowman JL, Fitzgerald-Butt S, Mah ML, McBride KL, Kovalchin JP, et al. Abnormal longitudinal growth of the aorta in children with familial bicuspid aortic valve. *Pediatr Cardiol*. 2017;38(8):1709-15. DOI: [10.1007/s00246-017-1740-4](https://doi.org/10.1007/s00246-017-1740-4)
4. Grewal N, Idhrees M, Velayudhan B, Klautz RJ, Grewal S. Practical Considerations of Remote Care in Thoracic Aortopathy in India. *J Clin Med*. 2024;13(11):3327. DOI: [10.3390/jcm13113327](https://doi.org/10.3390/jcm13113327)
5. Erolu E, Akalın F, Çetiner N, Şaylan BÇ. Aortic elasticity and the influence of valve morphology in children with bicuspid aortic valve. *Cardiol Young*. 2018;28(11):1338-44. DOI: [10.1017/S1047951118001348](https://doi.org/10.1017/S1047951118001348)
6. Cecconi M, Manfrin M, Moraca A, Zanolli R, Colonna PL, Bettuzzi MG, et al. Aortic dimensions in patients with bicuspid aortic valve without significant valve dysfunction. *Am J Cardiol*. 2005;95(2):292-4. DOI: [10.1016/j.amjcard.2004.08.098](https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2004.08.098)
7. Gürses D, Özyürek AR, Levent RE, Ülger Tutar Z. Elastic properties of the abdominal aorta in the children with bicuspid aortic valve: an observational study. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2012 Aug;12(5):413-9. DOI: [10.5152/akd.2012.125](https://doi.org/10.5152/akd.2012.125)
8. Hegde SV, Lensing SY, Greenberg SB. Determining the normal aorta size in children. *Radiology*. 2015;274(3):859-65. DOI: [10.1148/radiol.14140500](https://doi.org/10.1148/radiol.14140500)

9. Bozzani A, Arici V, Ticozzelli G, Franciscone MM, Sterpetti AV, Ragni F. Increased rates of ruptured abdominal aortic aneurysm during the COVID-19 pandemic. *J Vasc Surg.* 2021;74(6):2119-20. DOI: [10.1016/j.jvs.2021.07.224](https://doi.org/10.1016/j.jvs.2021.07.224)
10. Biner S, Rafique AM, Ray I, Cuk O, Siegel RJ, Tolstrup K. Aortopathy is prevalent in relatives of bicuspid aortic valve patients. *J Am Coll Cardiol.* 2009;53(24):2288-95. DOI: [10.1016/j.jacc.2009.03.027](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2009.03.027)
11. Warnes CA, Williams RG, Bashore TM, Child JS, Connolly HM, Dearani JA, et al. ACC/AHA 2008 Guidelines for the Management of Adults with Congenital Heart Disease: Executive Summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing committee to develop guidelines for the management of adults with congenital heart disease). *Circulation.* 2008 Dec 2;118(23):2395-451. DOI: [10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190811](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190811). Epub 2008 Nov 7. PMID: 18997168.
12. Gameraddin M. Normal abdominal aorta diameter on abdominal sonography in healthy asymptomatic adults: impact of age and gender. *J Radiat Res Appl Sci.* 2019;12(1):186-91. DOI: [10.1080/16878507.2019.1617553](https://doi.org/10.1080/16878507.2019.1617553)