

پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی  
سال ۲۸، شماره ۱، صفحات ۷۵ تا ۷۷، (بهار ۸۳)

## آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني در بیمار مبتلا به خونريزي شديد

### دستگاه گوارش فوقاني: معرفي يك بیمار و مروري بر مقالات

دکتر محمد مظفر، دکتر ابوالفضل افشار فرد، دکتر آرش محمدی توفيق\*

\* بخش جراحی، بیمارستان شهیدآباد تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

#### چکیده

آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني از جمله نادرترین آنوريسم‌های احشایی است که می‌تواند به اشکال مختلف تظاهر کند. تعداد موارد گزارش شده جهانی محدود بوده و هر یک در شرایط خاص گزارش شده‌اند. در این مقاله موردی از این بیماری معرفی می‌شود که با ایجاد فیستول به ژژنوم باعث ایجاد خونريزي شديد گوارشی شده و پس از آنژیوگرافي تحت عمل جراحی قرار گرفته و در پیگیری ۱۸ ماهه هیچ مشکلی نداشته است.

**واژگان کلیدی:** آنوريسم، شريان مزانتريك فوقاني، خونريزي گوارشی

#### مقدمه

در این مقاله مورد دیگری از این بیماری معرفی می‌گردد که به علت فیستولیزه شدن آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني به داخل ژژنوم با خونريزي شديد گوارشی و در حالت شوک به داخل اتاق عمل انتقال یافته و بطور موفقیت آمیزی درمان جراحی شده است. معرفی این بیمار با توجه به نادر بودن مورد و تظاهر غیر عادی آن می‌تواند در شناخت بیشتر آنوريسم‌های شريان مزانتريك فوقاني و شیوه برخورد با آنها مفید واقع شود.

#### معرفي بیمار

بیمار خانم ۳۶ ساله ایست که با شکایت هماتمز و ملنا مراجعه نموده بود. دو هفته قبل از مراجعه بیمار برای اولین بار دچار هماتمز شده بود که بدون اقدام جراحی و با تزریق خون بهبود یافته بود ولی سه روز بعد مجدداً دچار هماتمز خفیف شده بود. پس از قطع هماتمز بیمار آندوسکوپی شده که طبیعی گزارش می‌شود. بیمار مورد شناخته شده نارسانی درجه میترال بدنال اندوکاردیت می‌باشد که چهار سال قبل تحت عمل جراحی تعویض درجه میترال با نوع فلزی قرار گرفته و از آن تاریخ تحت درمان با قرص وارفابین بوده است. بیمار در دو سال اخیر دردهای مبهم اپیگاستر در ارتباط با غذا خوردن را ذکر می‌کرد. در هنگام مراجعه علائم حیاتی وی پایدار

آنوريسم شرياني مزانتريك از جمله نادرترین آنوريسم‌های احشایی است که با تظاهرات مختلفی خود را نشان می‌دهد. اکثر این آنوريسم‌ها با علائم غیر اختصاصی و یا آنژین شکمی مراجعه می‌کنند (۱) بدین صورت که با ایسکمیک شدن احشا یا با بزرگتر شدن آنوريسم بیمار دردهای متناوب یا شديد در اپیگاستر احساس می‌کند. در ۵۰٪ موارد در معاینه این بیماران توده‌ای نبض‌دار و حساس و متحرک در اپیگاستر قابل لمس می‌باشد (۲).

در ۴۰-۲۵٪ موارد اولین مراجعه بیمار به علت پارگی آزاد آن به داخل شکم و شوک ناشی از آن می‌باشد که در این موارد مرگ و میری حدود ۱۰۰-۳۵٪ برای آن ذکر شده است (۲). از تظاهرات دیگر آن خوردگی (erosion) احشاء مجاور و ایجاد خونريزي شديد گوارشی می‌باشد (۳). این حالت نادرترین تظاهر این بیماری است و تنها در چند مورد گزارش شده است. در سال ۱۹۹۵، یک مورد آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني تروماتیک که سبب خونريزي شديد گوارشی شده بود، گزارش شد که با آمبولیزاسیون درمان صورت گرفت (۴). در یک گزارش از ترکیه زنی ۴۱ ساله مبتلا به سل روده‌ای که دچار خونريزي شديد گوارشی شده بود دارای دو آنوريسم در پروگزیمال شريان مزانتريك فوقاني بوده که یکی بطور موفقیت آمیزی آمبولیزه و دیگری درمان جراحی شده بود (۵).

## بحث

يکي از نادرترين انواع آنوريسم‌هاي احشائي، آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني مي‌باشد که ۵۵٪ موارد آن را تشکيل مي‌دهد. اين گونه آنوريسم‌ها در ۲۵٪ موارد بصورت اورژانس مراجعه مي‌نمايند. بروز بيماري در مرد و زن يکسان است. اين آنوريسم‌ها عمدتاً در ۵ سانتي متری پروگزيمال شريان ايجاد مي‌شود و شناخته شده‌ترين عوامل ايجاد کننده آن عفونت، ديسپلازي فيبروموسکولار، اختلالات بافت همبند، پانکراتيت و تروما مي‌باشند (۲). همراهي اين بيماري با سرطان کولون (۶)، سيستمیک لوپوس اريتماتوزوس (۷)، نوروفيبروماتوز ون رکليين هوزن (۸)، سترم اهلهردانلوس (۹)، روبلاي مادرزادي (۱۰) و سل روده‌اي (۵) در موارد بسيار محدودی گزارش شده‌است. يک مورد همراهي آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني با پانکراس هتروتروپيک و يک مورد مراجعه با علائم کوليت ايسکميک نيز گزارش شده‌اند که بطور موفقيت آميزی درمان جراحی شده‌اند.

آترواسکلروز در بسياري از اين بيماران ديده مي‌شود ولي بعنوان اتيولوژی آن شناخته نشده است. ۵۰٪ موارد آنرا آنوريسم‌هاي مايکوتیک تشکيل مي‌دهند و اندوکاردیت هاي باکتریال ناشی از استرپتوکوک غيرهموليتیک نيز از شيوع بالائی در همراهي با آنوريسم برخوردارند. سپيس کاتر مرکزی مورد استفاده در تغذيه کامل وريدي ناشی از کاندیدا از عوامل شناخته شده مي‌باشند (۲). آنوريسم‌هاي مايکوتیک اکثراً در افراد زیر ۵۰ سال و همراه با اندوکاردیت عفونی تحت حاد و آنوريسم‌هاي غير مايکوتیک بعد از دهه ششم و همراه با علائم آنژين شکمی ديده مي‌شوند (۱). در بيمار معرفی شده نيز عامل آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني اندوکاردیت بوده است.

اکثر اين آنوريسم‌ها سمپوماتیک هستند و در شريان مزانتريك فوقاني برخلاف ساير آنوريسم‌هاي احشائي آنوريسم بدون علامت شايع نيست و تشخيص آنوريسم بعد از مرگ نيز ناشايع است چرا که شواهد راديوگرافیک آنوريسم مايکوتیک کلسيفيه و آنژیوگرافي شکم به دلایل ديگر در اکثر موارد سبب تشخيص آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني قبل از مرگ مي‌شود (۲).

در درمان آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني روش‌هاي مختلفی استفاده شده‌اند ولي درمان انتخابی آن جراحی مي‌باشد (۱۱، ۱۲) که بدون توجه به اندازه آن بايد انجام شود (۱۱). اگر چه در بعضی منابع برای آنوريسم‌هاي شريان مزانتريك فوقاني که قطري بزرگ تر

بودند و در معاینه نکته مثبتی وجود نداشت. خونريزی گوارشی وی با اقدامات محافظه کارانه و تزریق خون کنترل شده بود. در آزمایشات وی هموگلوبين ۱۷/۱ گرم در دسی‌لیتر و پلاکت ۱۳۵۰۰۰ در میکرو لیتر و زمان پروترومبين (PT) ۱۶ ثانيه و زمان ترمبين نسبی (PTT) ۴۰ ثانيه و با فعاليت ۶۴٪ و  $INR=1/5$  بوده است. سدیم سرم ۱۳۵ و پتاسيم ۴/۵ ميلي‌گرم در دسی‌لیتر و  $ALT=35$  و  $AST=50$  بود.

مجدداً آندوسکوپي دستگاه گوارشی فوقاني انجام شد که اين بار نيز طبيعی گزارش شد. در سونوگرافي شکم توده‌اي در قدام آنورت نزولي گزارش شد و در سی‌تی‌اسکن با کنتراست خوراکی و وريدي توده مزبور تائيد گرديد و احتمال آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني مطرح شد. بيمار بلافاصله کاندیداي انجام digital subtracting angiography (DSA) شد که آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني در فاصله ۵ سانتي متری پروگزيمال آن بعد از محل جدا شدن شريان کولیک مياني مشاهده شد و شاخه‌هاي ژوژنال نيز داخل آنوريسم بودند.

اندکی پس از انجام DSA بيمار دچار خونريزی شديد گوارشی شد که همراه با افت فشار خون بود. بلافاصله اقدامات احيا انجام شد و بيمار جهت اکسپلور به اتاق عمل انتقال يافت. پس از لاپاراتومی و اکسپلور شکم مشخص گرديد که آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني به ژوژنوم فيستوليزه شده است. لذا يک کنترل از پروگزيمال شريان مزانتريك فوقاني و يک کنترل بعد از ابتدای شريان کولیک مياني گرفته شد و آنوريسم باز شد. در داخل آنوريسم علاوه بر لخته، چرک نيز وجود داشت که تخلیه شد. سپس فيستولی بين شريان مزانتريك فوقاني و ژوژنوم به قطر تقريبي يک سانتيمتر و در ۳۰ سانتي متری ليگمان تريز مشاهده شد. دهانه چند شاخه فوقاني و ژوژنال که Back flow داشتند از داخل آنوريسم بسته شدند و از خارج نيز ليگاتور شدند. آنوريسم عفونی باز گذاشته شد و سقف آن برداشته شد و تا حد امکان دبريدمان صورت گرفت. شريان مزانتريك فوقاني بعد از شاخه ميديکولیک ليگاتور گرديد. ۱۰ سانتيمتر از ژوژنوم تغيير رنگ ايسکميک داد که رزکسيون شد و آناستوموز ژوژنوژوژنال انجام شد. بقيه روده و کولون طبيعی بودند لذا شکم بسته شد و بيمار به بخش انتقال يافت و پس از چند روز مرخص شد. پاتولوژی آنوريسم عفونی شرياني را تائيد نمود و نتيجه کشت محتويات آنوريسم استرپتوکوک ويريدنس گزارش شد. در پيگيري ۱۸ ماهه بعدی بيمار هيچ‌گونه عارضه‌اي يافت نشد و بيمار زندگي طبيعی خود را ادامه مي‌دهد.

گرافت‌های مصنوعی تنها در موارد که آنوریسم عفونی نباشد و یا روده گانگرنه نباشد کاربرد دارند (۲). گرافت‌های اندوواسکولار بعنوان درمان جدید تحت بررسی هستند (۱۳). به طور کلی با توجه به خطر پارگی آنوریسم که مستقل از اندازه آن می‌باشد و همراه با مرگ و میر بالائی است به نظر می‌رسد که منطقی‌ترین روش برخورد با هر آنوریسم شریانی مزانتریک فوقانی عمل جراحی در سریع‌ترین زمان ممکن می‌باشد؛ ضمن این که سایر روشهای درمانی نیز موفقیت چندانی نداشته‌اند. روش جراحی با توجه به محل آنوریسم و وضعیت هر بیمار متفاوت خواهد بود و وابسته به تصمیم جراح در حین عمل می‌باشند.

از ۲۰ میلی‌متر یا بیشتر از دو برابر قطر پروگزیمال شریانی اسپلینیک داشته باشند، اندیکاسیون درمان گذاشته شده است (۲).  
شایعترین روش جراحی بکاررفته simple ligation و aneurismorrhaphy می‌باشد. لیگاتور شریانی مزانتریک فوقانی و شریانی هائی که از آنوریسم خارج می‌شوند روش درمان قابل قبولی است و با توجه به کولترال‌هائی چون middle colic و Inferior pancreaticoduodenal می‌باشند (۲، ۱۳). با بستن موقت شریانی مزانتریک فوقانی و کنترل کردن روده‌ها می‌توان عملکرد ایمن کولترال‌ها را کنترل کرد. روش‌های دیگری جراحی aneurismectomy ، endoaneurismorrhaphy و reconstruction and graft interposition نیز مطرح شده‌اند.

## REFERENCES

1. Silver SE, Staaf P, Pearce WH. Ruptured mycotic of S.M.A that was due to cardiobacterium endocarditis. Clin Infect Dis 1992; 29(6): 1573-4.
2. Rutherford RB. Vascular surgery. New York, WB Saunders, 5<sup>th</sup> ed. 2000; p: 1370-76.
3. Messina LM, Shanley CJ, Tiberio GA. Visceral artery aneurysm. Surg Clin North Am 1997; 77(2): 425-42.
4. Reichert V, Moning SP, Bonardelli S, Shultz MN. Traumatic aneurysm of the superior mesenteric artery as the case of massive upper GI hemorrhage. Leber Magan Darm 1995; 25(5): 221-25.
5. Oran J , Parildar M. Mesenteric artery aneurysm in intestinal tuberculosis as a cause of lower GI bleeding. Abdom Imaging 2001; 26(2): 131-3.
6. Najamura K, Nozue M, Sagiush T, Suzu A, Kamara V. Natural history of spontaneous dissecting aneurysm of the proximal superior mesenteric artery; report of a case. Surg Today 1997; 27(3): 272-4.
7. Ko SF, Hosein MJ, Remadi Jr , Youssef T, Aziz R, Hamid M. Superior mesenteric artery aneurysm in systemic lupus erythematosus. Clin Imaging 1997; 21(1): 13-6.
8. Hassen Khodja R, Mohammadi I, Aprea G. Visceral artery aneurysm in von Recklinghausens neurofibromatosis. J Vasc Surg 1997; 25(3): 527-5.
9. Peiper M, Kalmar P, Thognon O, Paul D, Rastuck CH. Successful operation of a symptomatic aneurysm of the superior mesenteric artery in a child with Enler Danlos syndrome. Chirurg 1995; 66(4): 445-7.
10. Rocker MD, Band SE, Maissonnete F, Jannet A , Tiam M. Multiple aneurysm associated with congenital rubella. Inf J Clin Pract 2001; 55(22): 147-8.
11. Goffi L, Chan R, Asano Y, Ferrero S, Juliano D. Aneurysm of a jejunal branch of the S.M.A. in a patient with Marfan s syndrome, J Cardiovasc Surg 2000; 41(2): 321-3.
12. Sparks SR, Vasquer JC, Ando M. Failure of non operative management of isolated S.M.A. dissection. Ann Vasc Surg 2000; 14(2): 105-9.
13. Kopatsis AD, Anna JA , Steven SL , Cecpedes RD , Harrison BP. Superior mesenteric aneurysm :45 years later. Am J Surg 1998; 64(3): 263-6.