

آنوريسم شريان مزانتریک فوقانی در بیمار مبتلا به خونریزی شدید

دستگاه گوارش فوقانی: معرفی یک بیمار و مروری بر مقالات

دکتر محمد مظفر، دکتر ابوالفضل افشار فرد، دکتر آرش محمدی توفیق*

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

چکیده

آنوريسم شريان مزانتریک فوقانی 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 خونریزی شدید گوارشی شده و پس از آنژیوگرافی تحت عمل جراحی قرار گرفته و در پیگیری ۱۸ ماهه هیچ مشکلی نداشته است.

واژگان کلیدی: آنوريسم، شريان مزانتریک فوقانی، خونریزی گوارشی

مقدمه

در این مقاله مورد دیگری از این بیماری معرفی می‌گردد که به علت فیستولیزه شدن آنوريسم شريان مزانتریک فوقانی به داخل ژژنوم با خونریزی شدید 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 مزانتریک فوقانی و شیوه برخورد با آنها مفید واقع شود.

معرفی 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 بدنبال 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 شريانی مزانتریک 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 شدید 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 خونریزی شدید 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 مزانتریک فوقانی تروماتیک که سبب خونریزی شدید 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 خونریزی شدید گوارشی شده بود دارای دو آنوريسم در پروگزیمال شريان مزانتریک فوقانی 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 سانتی متری پروگزيمال شريان ايجاد مي‌شود و شناخته شده‌ترين عوامل ايجاد کننده آن عفونت، ديسپلازي فيبروموسکولار، اختلالات بافت همبند، پانکراتيت و تروما مي‌باشند (۲). همراهی اين بيماری با سرطان کولون (۶)، سيستمیک لوپوس اريتماتوزوس (۷)، نوروفيبروماتوز ون رکلين هوزن (۸)، سترم اهلهردانلوس (۹)، روبلاي مادرزادي (۱۰) و سل روده‌اي (۵) در موارد بسيار محدودی گزارش شده‌است. يک مورد همراهی 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 بسياری از اين بيماران ديده مي‌شود ولی بعنوان اتیولوژی آن شناخته نشده است. ۵۰٪ موارد آنرا آنوريسم‌هاي مايکوتیک تشکيل مي‌دهند و اندوکاردیت‌هاي باکتریال ناشی از استرپتوکوک غيرهموليتیک نيز از شيوع بالائی در همراهی با آنوريسم برخوردارند. سپيس کاتر مرکزی مورد استفاده در تغذيه کامل وریدی 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 آئرين 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 رادیوگرافیک 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 ولی 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 قطری 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 هموگلوبین ۱۱/۱ 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 میلی‌گرم 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 آئورت نزولي گزارش شد و در سی‌تی‌اسکن با کنتراست خوراکی و وریدی توده مزبور تائيد گردید و احتمال آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني مطرح شد. بيمار بلافاصله کاندیدای انجام $digital\ subtracting\ angiography(DSA)$ شد که آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني در فاصله ۵ سانتی‌متری پروگزيمال آن بعد از محل جدا شدن شريان کولیک میانی 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 یافت. پس از لاپاراتومی و اکسپلور شکم مشخص گردید 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 میانی 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 تقريبی يک سانتيمتر و در ۳۰ سانتی‌متری ليگمان تريتز 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 میدکولیک ليگاتور گردید. ۱۰ سانتيمتر از ژوژنوم تغيير رنگ ايسکميک داد که رزکسيون شد و آناستوموز ژوژنوژنال انجام شد. بقيه روده و کولون طبيعی بودند لذا شکم بسته شد و بيمار به بخش انتقال یافت و پس از چند روز مرخص شد. پاتولوژی آنوريسم عفونی شريانی را تائيد نمود و نتيجه کشت محتويات آنوريسم استرپتوکوک ويريدنس گزارش شد. در پيگيري ۱۸ ماهه بعدی بيمار هيچ‌گونه عارضه‌اي یافت نشد و بيمار زندگی 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 بالایی 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 می‌باشد.

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 می‌باشد (۲، ۱۳). با بستن موقت شریانی مزانتریک فوقانی و کنترل کردن روده‌ها می‌توان عملکرد ایمن کولترال‌ها را کنترل کرد. روش‌های دیگر 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, 5th 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. Cherurg 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.