

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

یکی از نادرترین انواع آنوريسم‌های احشائي، آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني می‌باشد که ۵۵٪ موارد آن را تشکیل می‌دهد. این گونه آنوريسم‌ها در ۲۵٪ موارد بصورت اورژانس مراجعه می‌نمایند. بروز بیماری در مرد و زن یکسان است. این آنوريسم‌ها عمدتاً در ۵ سانتی متری پروگزيمال شريان ایجاد می‌شود و شناخته شده‌ترین عوامل ایجاد کننده آن عفونت، دیسپلازی فیبروموسکولار، اختلالات بافت همبند، پانکراتیت و تروما می‌باشند (۲). همراهی این بیماری با سرطان کولون (۶)، سیستميک لئوپوس اريتماتوزوس (۷)، نوروفیبروماتوز ون رکلین هوزن (۸)، سترم اهلراندلوس (۹)، روبلاي مادرزادی (۱۰) و سل روده‌ای (۵) در موارد بسیار محدودی گزارش شده‌است. یک مورد همراهی آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني با پانکراس هتروتروپيک و یک مورد مراجعه با علائم کولیت ایسکميک نیز گزارش شده‌اند که بطور موفقیت آمیزی درمان جراحی شده‌اند.

آترواسکلروز در بسیاری از این بیماران دیده می‌شود ولی بعنوان اتیولوژی آن شناخته نشده است. ۵۰٪ موارد آنرا آنوريسم‌های مایکوتیک تشکیل می‌دهند و اندوکاردیت های باکتریال ناشی از استرپتوکوک غیرهموليتيک نیز از شیوع بالائی در همراهی با آنوريسم برخوردارند. سپسیس کاتر مرکزی مورد استفاده در تغذیه کامل وریدی ناشی از کاندیدا از عوامل شناخته شده می‌باشد (۲). آنوريسم‌های مایکوتیک اکثراً در افراد زیر ۵۰ سال و همراه با اندوکاردیت عفونی تحت حاد و آنوريسم‌های غیر مایکوتیک بعد از دهه ششم و همراه با علائم آنژین شکمی دیده می‌شوند (۱). در بیمار معرفی شده نیز عامل آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني اندوکاردیت بوده است.

اکثر این آنوريسم‌ها سمپوماتیک هستند و در شريان مزانتريك فوقاني برخلاف سایر آنوريسم‌های احشائي آنوريسم بدون علامت شایع نیست و تشخیص آنوريسم بعد از مرگ نیز ناشایع است چرا که شواهد رادیوگرافیک آنوريسم مایکوتیک کلسیفیه و آنژیوگرافی شکم به دلایل دیگر در اکثر موارد سبب تشخیص آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني قبل از مرگ می‌شود (۲).

در درمان آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني روش‌های مختلفی استفاده شده‌اند ولی درمان انتخابی آن جراحی می‌باشد (۱۱، ۱۲) که بدون توجه به اندازه آن باید انجام شود (۱۱). اگر چه در بعضی منابع برای آنوريسم‌های شريان مزانتريك فوقاني که قطری بزرگ تر

بودند و در معاینه نکته مثبتی وجود نداشت. خونریزی 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 پروترومبین (PT) ۱۶ ثانیه و زمان ترمبین نسبی (PTT) ۴۰ ثانیه و با فعالیت ۶۴٪ و $INR=1/5$ بوده است. سدیم سرم ۱۳۵ و پتاسیم ۴/۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و $ALT=35$ و $AST=50$ بود.

مجدداً آندوسکوپي دستگاه گوارشی فوقاني انجام شد که این بار نیز طبیعی گزارش شد. در سونوگرافی شکم توده‌ای در قدام آنورت نزولی گزارش شد و در سی‌تی‌اسکن با کنتراست خوراکی و وریدی توده مزبور تائید گردید و احتمال آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني مطرح شد. بیمار 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 شاخه‌های ژوژنال نیز داخل آنوريسم بودند.

اندکی پس از انجام DSA بیمار دچار خونریزی شدید گوارشی شد که همراه با افت فشار خون بود. بلافاصله اقدامات احیا انجام شد و بیمار جهت اکسپلور به اتاق عمل انتقال یافت. پس از لاپاراتومی و اکسپلور شکم مشخص گردید که آنوريسم شريان مزانتريك فوقاني به ژوژنوم فیستولیزه شده است. لذا یک کنترل از پروگزيمال شريان مزانتريك فوقاني و یک کنترل بعد از ابتدای شريان کولیک میانی گرفته شد و آنوريسم باز شد. در داخل آنوريسم علاوه بر لخته، چرک نیز وجود داشت که تخلیه شد. سپس فیستولی بین شريان مزانتريك فوقاني و ژوژنوم به قطر تقریبی یک سانتیمتر و در ۳۰ سانتی‌متری لیگمان تریز مشاهده شد. دهانه چند شاخه فوقاني و ژوژنال که Back flow داشتند از داخل آنوريسم بسته شدند و از خارج نیز لیگاتور شدند. آنوريسم عفونی باز گذاشته شد و سقف آن برداشته شد و تا حد امکان دبریدمان صورت گرفت. شريان مزانتريك فوقاني بعد از شاخه میدکولیک لیگاتور گردید. ۱۰ سانتیمتر از ژوژنوم تغییر رنگ ایسکميک داد که رزکسیون شد و آناستوموز ژوژنوژوژنال انجام شد. بقیه روده و کولون طبیعی بودند لذا شکم بسته شد و بیمار به بخش انتقال یافت و پس از چند روز مرخص شد. پاتولوژی آنوريسم عفونی شريانی را تائید نمود و نتیجه کشت محتویات آنوريسم استرپتوکوک ویریدنس گزارش شد. در پیگیری ۱۸ ماهه بعدی بیمار هیچ‌گونه عارضه‌ای یافت نشد و بیمار زندگی طبیعی خود را ادامه می‌دهد.

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 Inferior pancreaticoduodenal و middle colic روش موفق می‌باشد (۲، ۱۳). با بستن موقت شریانی مزانتریک فوقانی و کنترل کردن روده‌ها می‌توان عملکرد این 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. 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.