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)

Case Report

آنوریسم شریان 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 شهداء تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

آنوریسم شریان مزانتریک فوقانی از جمله نادرترین آنوریسم‌های 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 بـه ژژنـوم باعث ایجاد خونریزی شدید گوارشی شده و پس از آنژیوگرافی تحت عمل جراحی قرار گرفته و در پیگیری ۱۸ ماهه هیچ مشکلی نداشته اسـت.

واژگان کلیدی: *آنوریسم، شریان مزانتریک فوقانی، خونریزی گوارشی*

مقدمه

آنوریسم شریانی مزانتریک از جمله نادرترین آنوریسم های احشـائی است که بـا تظـاهرات مختلفـی خـود را نشـان می‌دهـد. اکـثر ایـن آنوریسم‌ها با علائـم غـیر اختصـاصی و یـا آتژیـن شـکمی مراجعـه می‌کنند(۱) بدین صورت که با ایسکمیک شدن احشا یـا بـا بـزرگتـر شدن آنوریسم بیمار دردهای متناوب یا شدید در اپیگاسـتر احسـاس می‌کند. در ۵۰٪ مـوارد در معاینـه ایـن بیمـاران تـوده‌ای نبـض‌دار و حساس و متحرک در اپیگاستر قابل لمس می‌باشد(۲).

در ۴۰-۲۵٪ موارد اولین مراجعه بیمار بـه علـت پـارگی آزاد آن بـه داخل شکم و شوک ناشی از آن می‌باشد که در ایـن مـوارد مـرگ و میری حدود ۱۰۰-۳۵٪ برای آن ذکـر شـده اسـت(۲). از تظـاهرات دیگر آن خوردگی (erosion) احشاء مجاور و ایجاد خونریزی شدید گوارشی می‌باشد(۳). این حالت نادرترین تظاهر این بیماری اسـت و تنها در چند مورد گزارش شـده اسـت. در سـال ۱۹۹۵، یـک مـورد آنوریسم شریان مزانتریک فوقـانی تروماتیک کـه سـبب خونریـزی شدید گوارشی شده بـود، گزارش شـد کـه بـا آمبولیزاسـیون درمـان صورت گرفت(۴). در یک گزارش از ترکیه زنی ۴۱ سـاله مبتـلا بـه سل روده‌ای که دچار خونریزی شدید گوارشی شـده بـود دارای دو آنوریسم در پروگزیمال شریان مزانتریک فوقانی بوده که یکـی بطـور موفقیت آمیزی آمبولیزه و دیگری درمان جراحی شده بود(۵).

در این مقاله مورد دیگری از این بیماری معرفی می‌گردد که به علـت فیستولیزه شدن آنوریسم شریان مزانتریک فوقانی به داخل ژژنـوم بـا خونریزی شدید گوارشی و در حالت شـوک بـه داخـل اتـاق عمـل انتقال یافته و بطور موفقیت آمیزی درمان جراحی شده است.معرفـی این بیمار با توجه به نادر بودن مورد و تظاهر غیر عادی آن می‌توانـد در شناخت بیشتر آنوریسـم‌های شـریان مزانـتریک فوقـانی و شـیوه 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 شـده بود که بدون اقدام جراحی و با تزریق خون بهبود یافته بود ولی سـه روز بعد مجددا دچار هماتمز خفیف شده بود. پس از قطـع همـاتمز بیمار آندوسکوپی شده کـه طبیعـی گزارش مـی شـود. بیمـار مـورد شناخته شده نارسائی دریچه میترال بدنبال اندوکاردیت می‌باشـد کـه چهار سال قبل تحت عمل جراحی تعویض دریچـه میـترال بـا نـوع فلزی قرار گرفته و از آن تاریخ تحت درمان با قرص وارفـاین بـوده است. بیمار در دو سال اخیر دردهای مبهم اپیگاستر در ارتباط با غـذا خوردن را ذکر می‌کرد. در هنگام مراجعه علائـم حیـاتی وی پـایدار

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

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 ٦٤٪ و۱/۵=INR بوده است. سدیم سرم ۱۳۵ و پتاسیم ٤/٥ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و۳۵=ALT و ۵۰=AST بود.

مجدداً آندوسکوپی دستگاه گوارشی فوقانی انجام شد که این بار نیز طبیعی گزارش شد. در سونوگرافی شکم توده‌ای در قدام آئورت نزولی گزارش شد و در سی‌تی‌اسکن با کنتراست خوراکی و وریدی توده مزبور تائید گردید و احتمال آنوریسم شریان مزانتریک فوقانی مطرح شد. بیمار بلافاصله کاندیدای انجام digital subtracting angiography(DSA) شد که آنوریسم شریان مزانتریک فوقانی در فاصله ۵ سانتی‌متری پروگزیمال آن بعد از محل جدا شدن شریان کولیک میانی مشاهده شد و شاخه‌های ژوژنال نیز داخل آنوریسم 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 آنوریسم شریان مزانتریک فوقانی به ژوژنوم فیستولیزه شده است. لذا یک کنترل از پروگزیمال شریان مزانتریک فوقانی و یک کنترل بعد از ابتدای شریان کولیک میانی گرفته شد و آنوریسم باز شد. در داخل آنوریسم علاوه بر لخته، چرک نیز وجود داشت که تخلیه شد. سپس فیستولی بین شریان مزانتریک فوقانی و ژوژنوم به قطر تقریبی یک سانتیمتر و در ۳۰ سانتی‌متری لیگمان تریتز مشاهده شد. دهانه چند شاخه فوقانی و ژوژنال که Back flow داشتند از داخل آنوریسم بسته شدند و از خارج نیز لیگاتور شدند. آنوریسم عفونی باز گذاشته شد و سقف آن برداشته شد و تا حد امکان دبریدمان صورت گرفت. شریان مزانتریک فوقانی بعد از شاخه میدکولیک لیگاتور گردید. ۱۰ سانتیمتر از ژوژنوم تغییر رنگ ایسکمیک داد که رزکسیون شد و آناستوموز ژژنوژوژنال 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 آنوریسم عفونی شریانی را تائید نمود و نتیجه کشت محتویات آنوریسم استرپتوکوک ویریدنس گزارش شد. در پیگیری ۱۸ ماهه بعدی بیمار هیچ‌گونه عارضه‌ای یافت نشد و بیمار زندگی طبیعی خود را ادامه می‌دهد.

بحث

یکی از نادرترین انواع آنوریسم‌های احشائی، آنوریسم شریان مزانتریک فوقانی می‌باشد که ۵۵٪ موارد آن را تشکیل می‌دهد. این گونه آنوریسم‌ها در ۲۵٪ موارد بصورت اورژانس مراجعه می‌نمایند. بروز بیماری در مرد و زن یکسان است. این آنوریسم‌ها عمدتاً در ۵ سانتی متری پروگزیمال شریان 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 (٦)، سیستمیک لوپوس اریتماتوزوس (۷)، نوروفیبروماتوز ون رکلین هوزن (۸)، سندرم اهلردانلوس (۹)، روبلای مادرزادی (۱۰) و سل روده‌ای (۵) در موارد بسیار محدودی گزارش شده‌است. یک مورد همراهی آنوریسم شریان مزانتریک فوقانی با پانکراس هتروتروپیک و یک مورد مراجعه با علائم کولیت ایسکمیک 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 آنوریسم‌های مایکوتیک تشکیل می‌دهند و اندوکاردیت های باکتریال ناشی از استرپتوکوک غیرهمولیتیک نیز از شیوع بالائی در همراهی با آنوریسم برخوردارند. سپسیس کاتتر مرکزی مورد استفاده در تغذیه کامل وریدی ناشی از کاندیدا از عوامل شناخته شده می‌باشد(۲). آنوریسم‌های مایکوتیک اکثراً در افراد زیر ۵۰ سال و همراه با اندوکاردیت عفونی تحت حاد و آنوریسم‌های غیر مایکوتیک بعد از دهه ششم و همراه با علائم آنژین شکمی دیده می‌شوند(۱). در بیمار معرفی شده نیز عامل آنوریسم شریان مزانتریک فوقانی اندوکاردیت بوده است.

اکثر این آنوریسم‌ها سمپوماتیک هستند و در شریان مزانتریک فوقانی برخلاف سایر آنوریسم‌های احشائی آنوریسم بدون علامت شایع نیست و تشخیص آنوریسم بعد از مرگ نیز ناشایع است چرا که شواهد رادیوگرافیک آنوریسم مایکوتیک کلسیفیه و آنژیوگرافی شکم به دلایل دیگر در اکثر موارد سبب تشخیص آنوریسم شریان مزانتریک فوقانی قبل از مرگ می‌شود(۲).

در درمان آنوریسم شریان مزانتریک فوقانی 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 آنوریسم‌های شریان مزانتریک فوقانی که قطری بزرگ تر

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

از ۲۰ میلی‌متر یا بیشتر از دو برابر قطر پروگزیمال شریان اسپلنیک داشته باشند، اندیکاسیون درمان گذاشته شده است(۲).

شایعترین روش جراحی بکاررفته simple ligation و aneurismorrhaphy می‌باشد. لیگاتور شریان مزانتریک فوقانی و شریان هائی که از آنوریسم خارج می‌شوند روش درمان قابل قبولی است و با توجه به کولترال‌هائی چون Inferior pancreaticodudenal و middle colic روش موفقی می‌باشد(۲،۱۳). با بستن موقت شریان 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.

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 شریان 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.

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 I , 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, Sagiuish 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 erythematosis. 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.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]