

آنوریسم شریان طحالی

دکتر هوشنگ احراری *

آنوریسم شریان طحالی بیماری نادری است که اولین دفعه در سال ۱۷۷۰ توسط Beaussier معرفی شده و از آن پس تا کنون بیش از ۳۰۰ مورد آن گزارش شده است. در این بیماران قطر متوسط آنوریسم در حدود ۳ الی ۴ سانتیمتر بوده است و بزرگترین آنها که توسط Palmer گزارش شده ۱۵ سانتیمتر قطر داشته است. اکثر این بیماران در اثر پارگی آنوریسم و خونریزی فوت شده‌اند. بیماری که در بخش جراحی ۱ مورد عمل جراحی قرار گرفته یکی از این موارد نادر است که دیاستر بزرگ آنوریسم بیش از ۱۲ سانتیمتر بوده با عمل جراحی آنوریسم همراه با طحال برداشته شده است.

اتیولوژی : در بررسی سری‌های مختلف از بیماران مبتلا به آنوریسم شریان طحالی ۵ علت عمده زیر بترتیب اهمیت در بیماران مشخص شده است :

- ۱- آرتریواسکلروز Arteriosclerosis که در حدود ۸۰٪ علت بیماری را تشکیل می‌دهد که گاهی اوقات فقط در شریان طحالی دیده می‌شود. بیمار عمل شده نیز در این دسته قرار دارد.

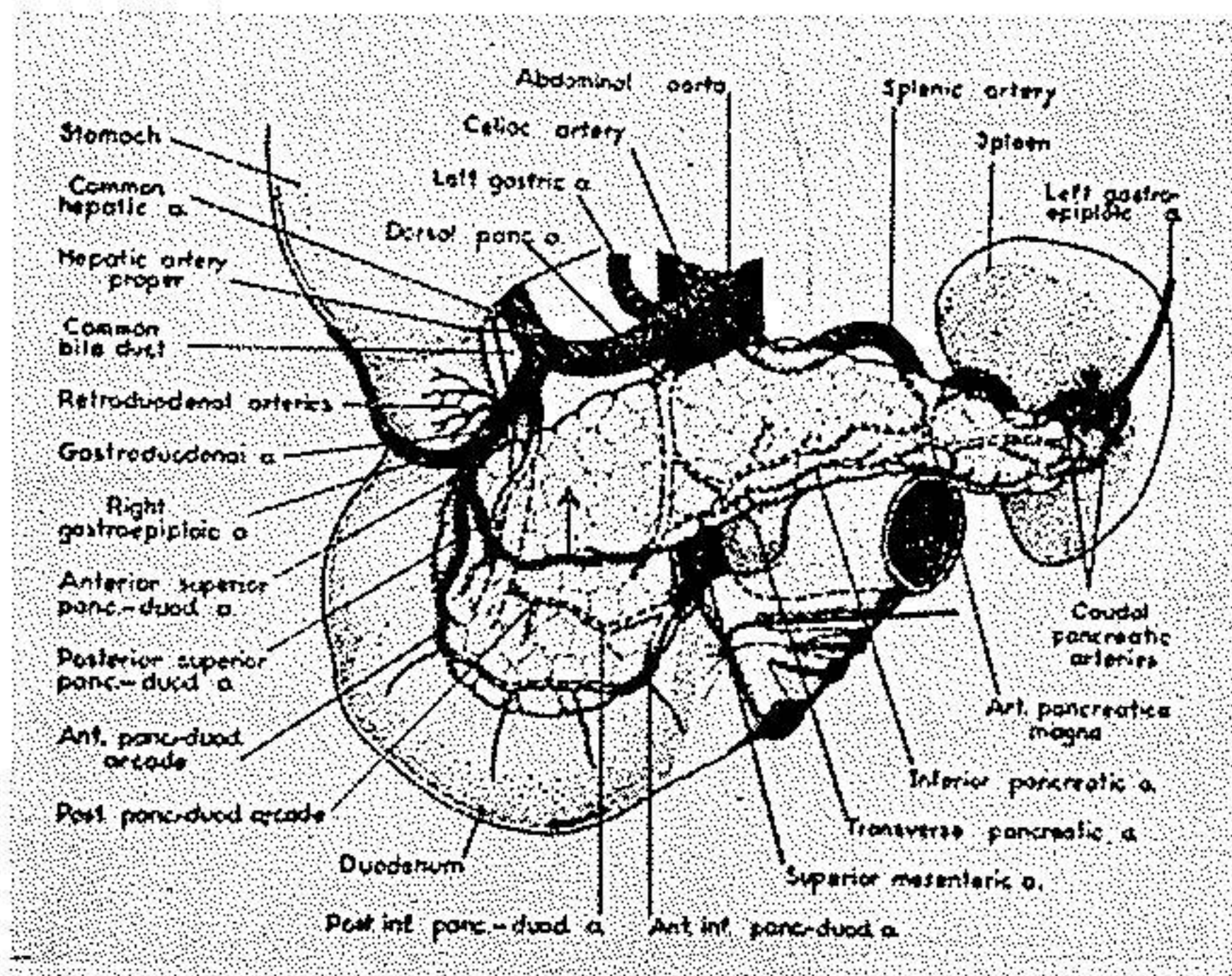
- ۲- نقص تشکیلات مادرزادی Malformation Congenitale بصورت فقدان طبقه الاستیک جدار شریان از علل آنوریسم بشمار میرود.

۳ - سیفلیس : نیز از علل آنوریسم شریان طحالی است.

۴ - ضربه Traumatisme مانند ضربه چاقو و گلوله از علل ایجاد آنوریسمهای کاذب شریان طحال محسوب میشود. از مثالهای مشهور این نوع آنوریسم اصابت گلوله به رئیس جمهور آمریکا بنام Garfeld است که دو ماه پس از اصابت گلوله در اثر پارگی آنوریسم کاذب شریان طحالی فوت نموده است.

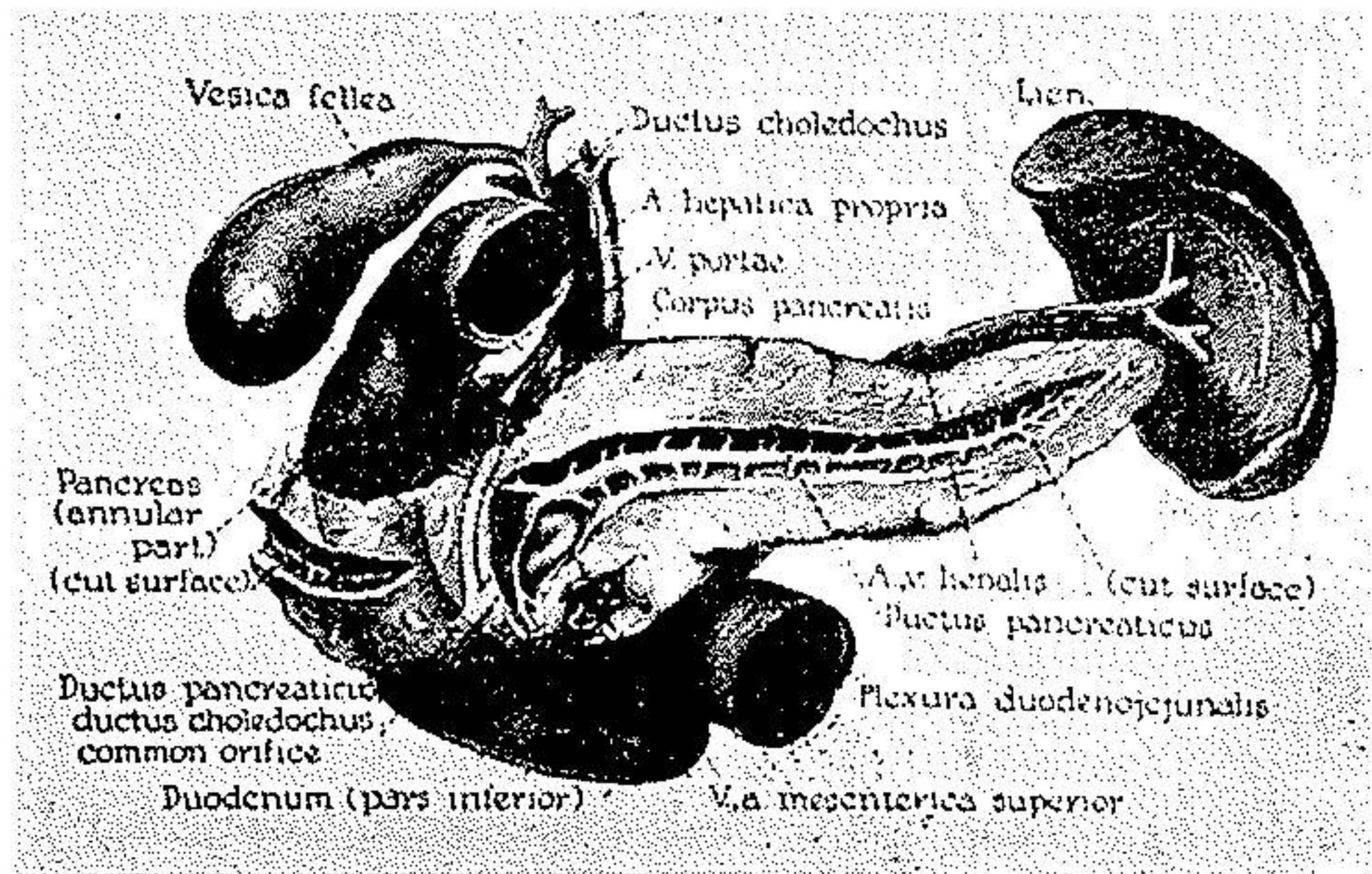
۵ - عفونت Infection : آنوریسمهای میکوتیک از انواع نادر آنوریسمهای شریان طحالی محسوب میشود که اغلب آنوریسم در این نوع در محل دو شاخه شدن شریان طحالی قرار دارد.

از نظر آناتومی، آنوریسم بطور معمول بر روی شاخه اصلی شریان طحالی قبل از دو شاخه شدن آن واقع است که گاهی بر روی یکی از شاخه های شریان قرار میگیرد در موارد نادر شاخه های کوچک شراین طحال آنوریسمال میشوند در این موارد ساک آنوریسم متعدد خواهد بود (شکل ۱ و ۲).



شکل ۱ - آناتومی شریان طحالی

علائم بیماری. این بیماری در زنان شایع تر از مردان است. نسبت آن ۲ به ۱ است جوان ترین بیماران ۴۱ ساله و پیرترین آنها ۸۰ سال داشته اند. هیچگونه علامتی که



شکل ۲ - آناتومی شریان طحالی

مشخص بیماری باشد وجود ندارد. عده زیادی از بیماران هیچگونه شکایت مهمی ندارند. عده دیگر از درد مبهم در هیپوکندر چپ و اپیگاستر شکایت دارند. این درد هیچگونه رابطه‌ای با غذا ندارد معذکک گاهی درد شبیه دردهای زخم اثنی عشر است. علت آن در اثر چسبندگیها و کششی است که آنوريسم بر روی انحناء کوچک معده برقرار ساخته است. گاهی با تغییر پوزیسیون سريض مانند خم شدن روی شکم درد تشدید میشود. در آنوريسمهای بزرگ چنانچه توده قابل لمس باشد این توده ضربان داشته و بر روی آن سوفل شنیده میشود. اسپلنومگالی در ۴۴٪ موارد دیده شده است. در حدود ۳٪ آنوريسم شریان طحالی با هیپرتانسیون پورت همراه بوده است. بعقیده بعضی هیپرتانسیون پورتال همراه با اسپلنومگالی کنترسیو ممکنست علت ایجاد آنوريسم باشد وبعقیده عده‌ای دیگر آنوريسم شریان طحالی با فشاری که بر روی ورید طحالی ایجاد می کند آندوونیت سگمانتری در ورید بوجود می آید می آورد که موجب زیاد شدن فشار پورت میشود. بعضی دیگر وجود آنوريسم شریان طحالی با هیپرتانسیون پورت را مسئله اتفاقی ذکر نموده‌اند و معتقدند بین این دو هیچگونه رابطه‌ای وجود ندارد.

امتحانات پاراکلینیکی لازم: ابتدا با رادیوگرافی ساده شکم ممکنست وجود کالسیفیکاسیون در هیپو کندر چپ مواردی را که آنوریسم کالسیفیه است مشخص نماید. لیکن این کالسیفیکاسیون با بیماریهای زیر قابل اشتباه است:

۱ - با کالسیفیکاسیون های خارج از شریان طحالی.

۲ - سنگهای مجاری ادراری.

۳ - کالسینوز پانکراس.

۴ - گانگلیونهای کالسیفیه مزانتر.

۵ - کیست هیداتیک کالسیفیه طحال یا لب چپ کبد و مزانتر.

برای تشخیص قطعی آئورتوگرافی معمولاً از راه ترانس لمبر ضروری است. بالاخره رادیوگرافی از کلیه ها و یا رادیوگرافی از سری وجود ضایعات در این اعضا را مشخص مینماید.

آزمایشات خونی: شمارش گلبولی - هماتوکریت - آزمایش کامل ادرار - اندازه گیری قند و کلسترول خون - تستهای کبدی - آزمایشات سرولوژی برای سیفلیس انجام میشود و الکتروکاردیوگرافی ضروری است.

عوارض بیماری: پاره شدن آنوریسم و خونریزیهای کشنده از عارضه شایع این بیماری است. این عارضه مخصوصاً در زنان آبستن در سه ماهه آخر حاملگی بطور وفور دیده میشود. علت آنهم بالارفتن فشار داخل شکم است. این پارگیها بمرگ منجر میشود. در سواردیکه توسط Tomsikosky و Owen و Coffey معرفی شده است تمام زنان حامله به پارگی کیسه آنوریم دچار شدند. در بین ۶۰ بیمار فقط ۳ مادر نجات یافته اند.

پارگی آنوریسم ۲ نوع است:

۱ - ممکنست پارگی یک مرحله ای باشد. چون در این مرحله تاسپوناد وجود

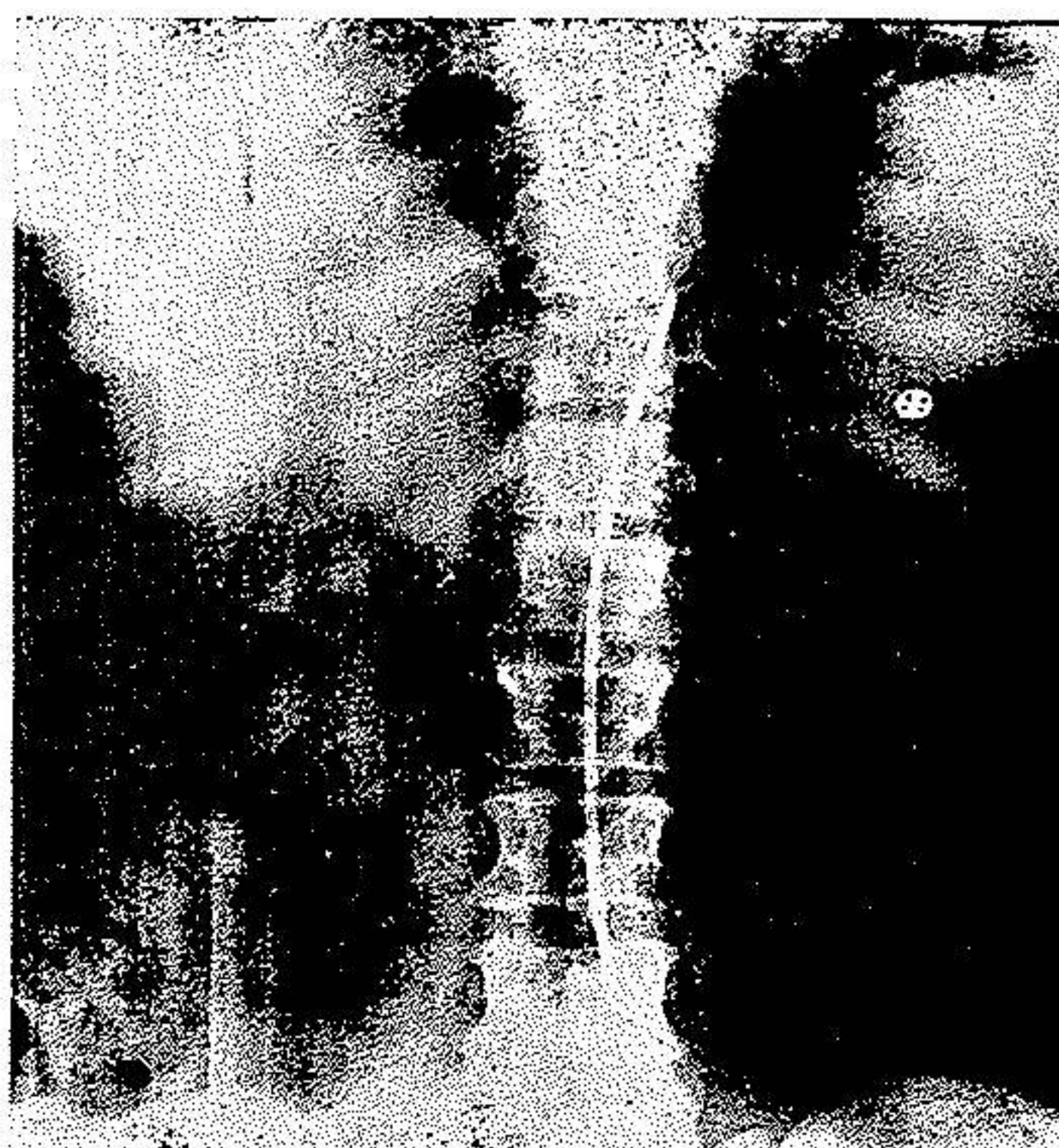
ندارد بیمار در اثر خونریزی در فضای آزاد شکم بسرعت با تابلوی شوک هموراژیک فوت می کند.

۲ - پارگی دو مرحله‌ای: در این نوع ابتدا هماتوم بزرگی در حفره کوچک اپی پلئون ایجاد میشود، ۸ ساعت بعد هماتوم لیز میشود و خونریزی کشنده‌ای از هیاتوس وینسلو بیمار را از پا در می‌آورد. گاهی لیخته لیز نشده آنوريسم کاذبی ایجاد می‌کند که در حفره کوچک اپی پلئون باقی میماند. سرنوشت این آنوريسم کاذب نیز خطرناک است چون ممکنست در یکی از احشاء خالی شکم مانند معده یا کولون باز شده هماتمز و ملنای شدید و کشنده‌ای را موجب میشود.

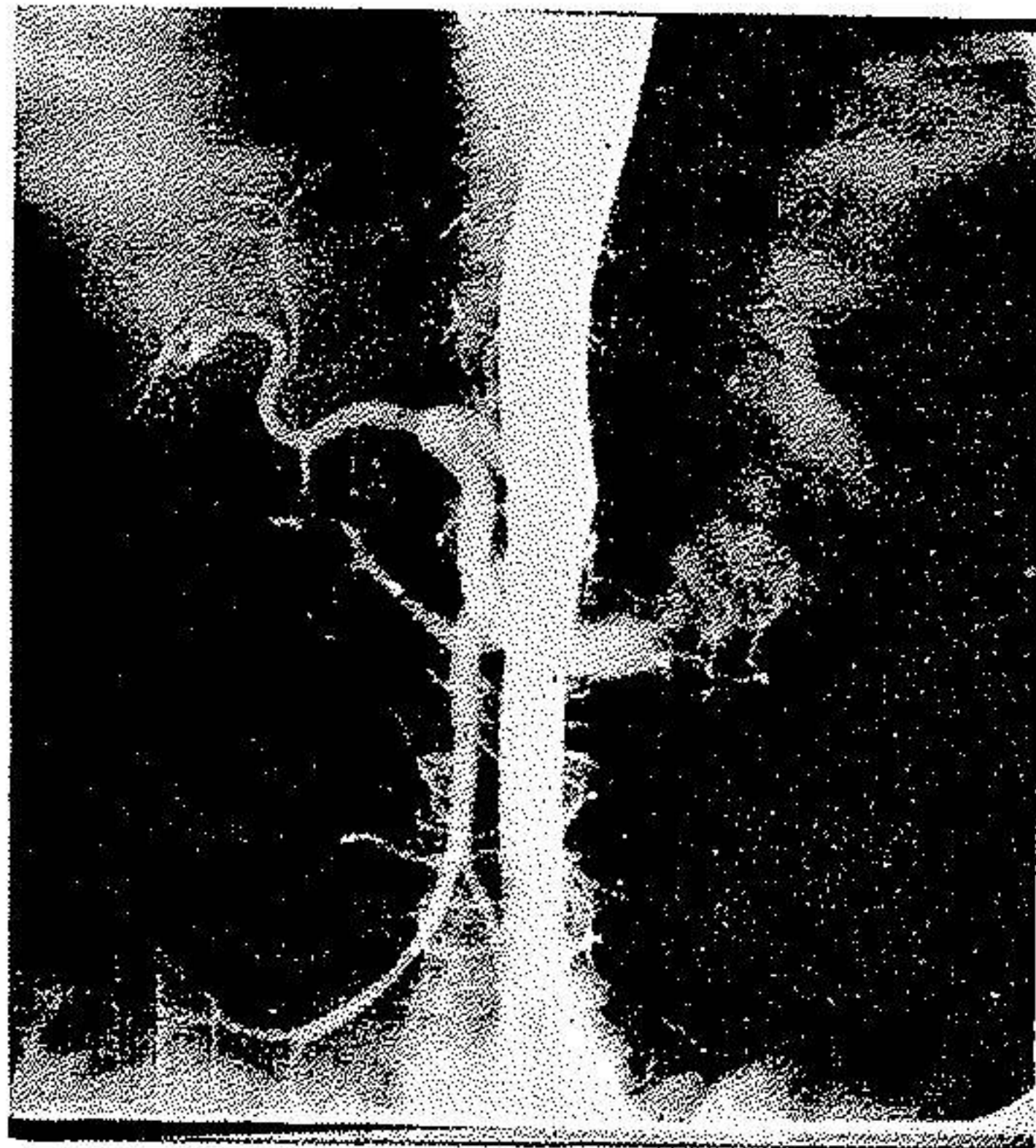
درمان: این بیماری در سنین بالا غالباً بعلت پاره شدن آنوريسم مورتالیت ۱۰٪ را در بردارد. درمان اختصاصی آن برداشتن آنوريسم بایا بدون طحال است. در مواقعی که آنوريسم کوچک است و بتوان شریان گاسترواپیپلوئیک چپ و شریان معدی کوچک را حفظ کرد در این صورت میتوان فقط آنوريسم را برداشت. گاهی به بستن قسمت دیستال و پروکسیمال شریان به آنوريسم اکتفا میشود ولی خطر رکانالیزه شدن مجدد ساک وجود دارد. بهترین نوع درمان برداشتن آنوريسم همراه اسپلنکتومی است.

معرفی بیمار: خانم ف - ع . ۵ ساله اهل سراب خانه دار دارای شوهر و دو فرزند سالم است. در سابقه شخصی بیمار سابقه هیچگونه تروماتیسمی نداشته است ۳ مرتبه زائیده، چند ماه قبل از بستری شدن در این بیمارستان بعلت تومور شکم در بیمارستان دیگری بستری شده و لاپاراتومی میشود تومور برداشته نمیشود فقط پونکسیون از آن بعمل میآید که خون با فشار زیادی از تومور داخل سرنگ شده است. بعداً جدار شکم بسته و بیمار مرخص میشود. بیمار در تاریخ ۹۹/۲/۲۲ بعلت درد هیپوکندر چپ و وجود توموری در این ناحیه مراجعه و در بخش جراحی ۱ بستری میشود. این درد دائمی نبوده هیچگونه ارتباطی با غذا ندارد بطور کلی بیمار اختلال گوارش نداشته است روی جدار شکم جریان گردش خون فرعی دیده نمیشود در لمس شکم طحال مختصری از کنار دنده‌ها تجاوز نموده کبد قابل لمس نبوده است در هیپوکندر چپ توده ضرباننداری با اندازه کف دست حس میشود که بر روی آن سوفل

شنیده می‌شده است در همین محل درد حس می‌کرده است فشار خون بیمار ۱۱/۶ نبض ۸۸ در دقیقه و انتهایها طبیعی است. رادیوگرافی از قلب و ریتین طبیعی بوده است در رادیوگرافی از سری واریس سری دیده نشده. آئورتوگرافی بطریقه کاتاتریزاسیون از طریق شریان فمورال بعمل آمده که آئورت کاملاً طبیعی بوده هیچگونه تغییرات آتروماتوز در آئورت و شاخه‌های آن دیده نشده است شریان اسپلینیک یک سانتیمتر خارج از مبدأ خود (از تنه سلیاک) آنوریسمال شده و کیسه آنوریسم با نظری بیش از ۱۲ سانتیمتر را نشان داده است بقیه مسیر شریان طحالی طبیعی بوده است. (شکل ۳ و ۴ و ۵) آزمایشات خونی انجام شده: فقط V.D.R.L. + داشته و آزمایش نلسون - بوده بقیه آزمایشات خونی طبیعی بوده است بیمار در تاریخ ۲۷/۲/۴۹ مورد عمل جراحی

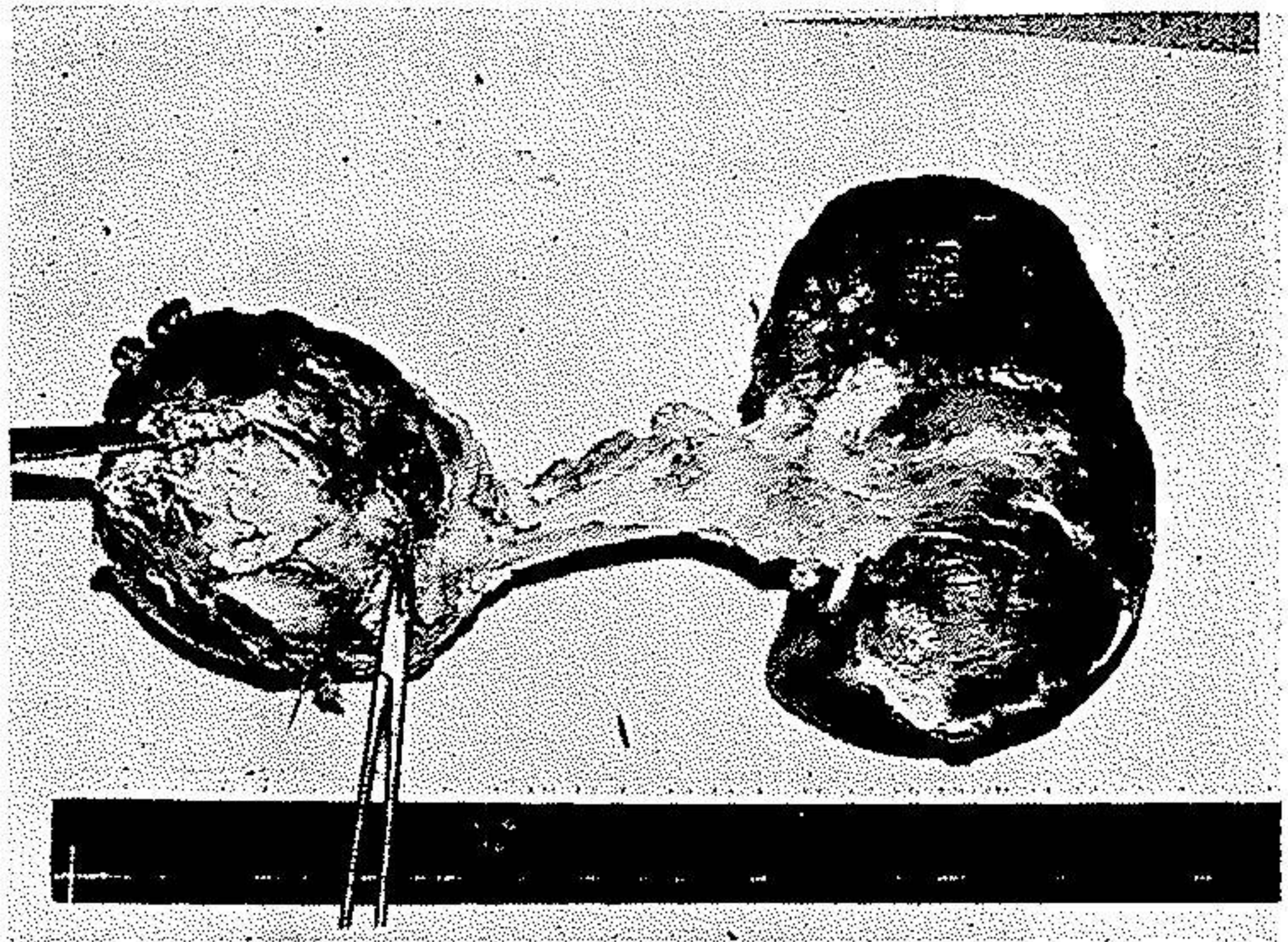


شکل ۳ - رادیوگرافی ساده پس از گذراندن کاتاترا از شریان فمورال
جهت آئورتوگرافی

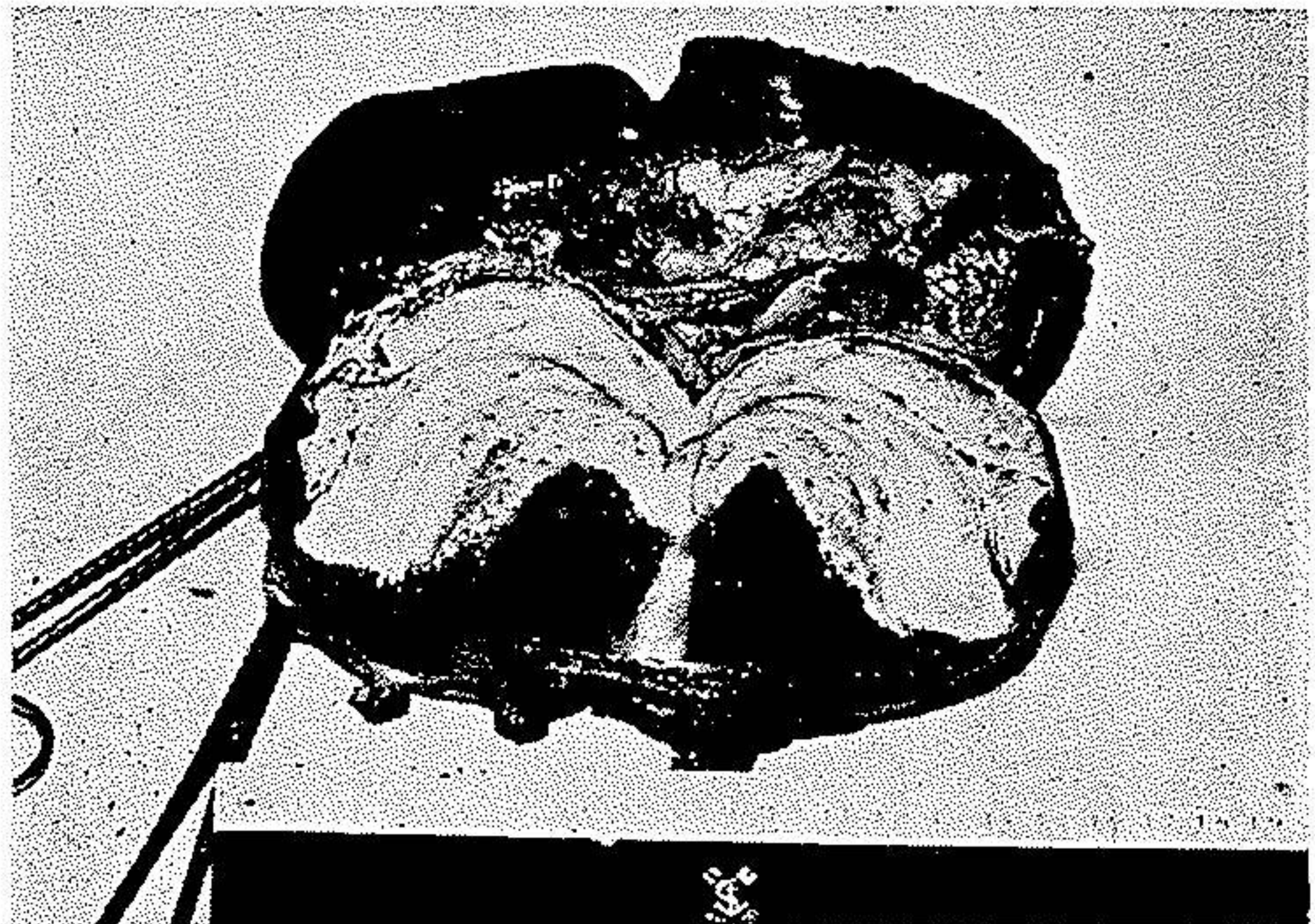


شکل ۴ - عکس اول پس از تزریق ماده حاجب در آنورت

قرار گرفت خط لاپاراتومی عرضی بالای ناف داده شد. طحال بزرگ بوده کانون انفارکتوس در طحال وجود نداشت کبد دارای حجم و منظره و قوام طبیعی بوده در ناحیه پارامدیان چپ ماس ضربان دار دیده شد پس از آزاد نمودن انحنای بزرگ معده و راندن آن بطرف بالا (شکل ۶) با حفظ شریان گاسترواپیلوئیک چپ و عروق کوتاه معده آنوريسم بتدریج دیسکه شد و کاملاً مشخص گردید. ابتدا شریان اسپلنیک در قسمت پروکسیمال به آنوريسم جستجو و مهار شد پس از آن توده آنوريسم که در شریان طحالی اصلی قرار داشت و قبل از دو شاخه شدن شریان طحالی خاتمه مییافت همراه طحال برداشته شده است (شکل ۷) در برشی که بر روی ساک آنوريسم داده شده در داخل ساک مقطع ترومبوز قدیمی ارگانیزه و ترومبوز تازه دیده میشود (شکل ۸).

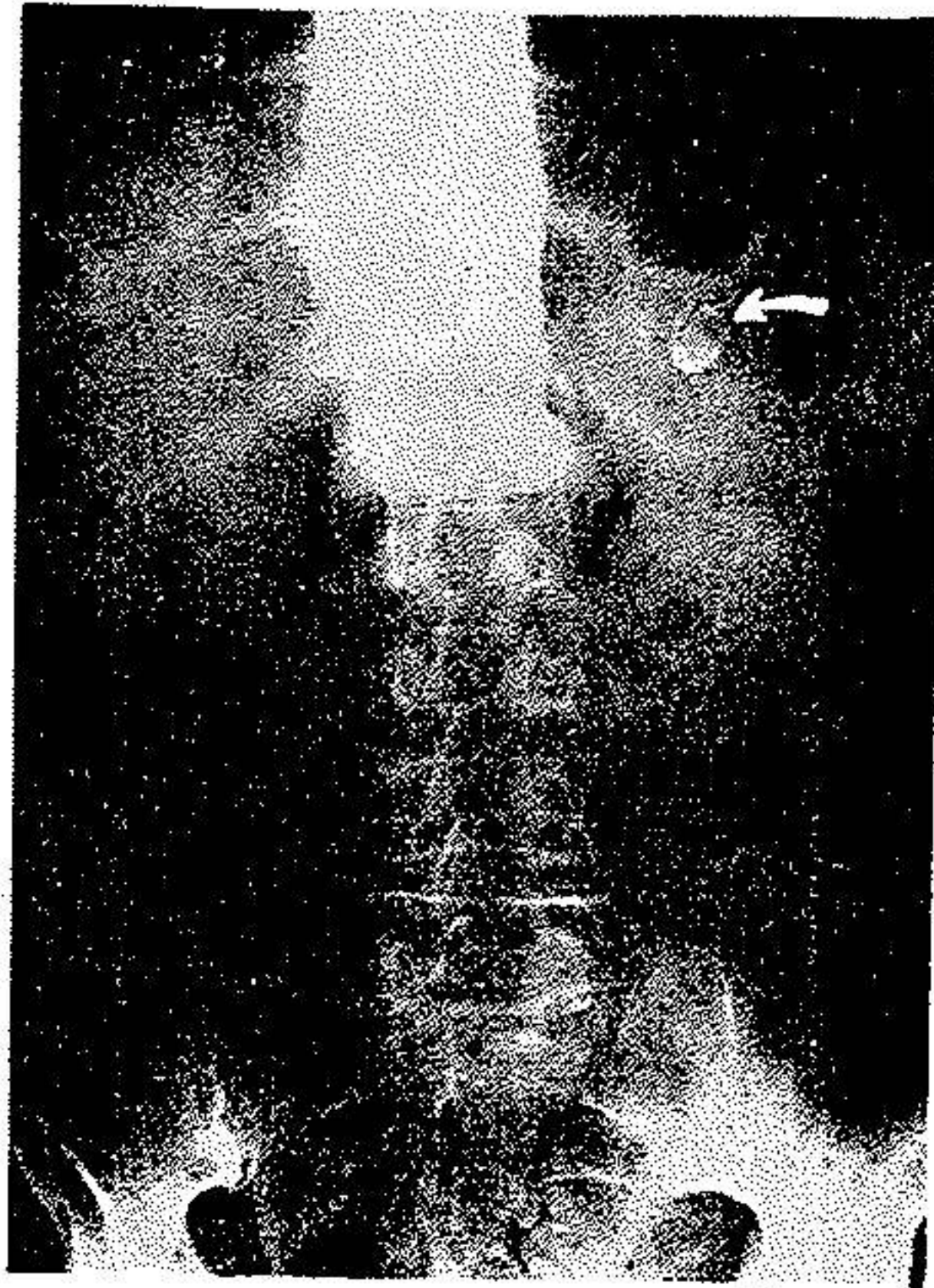


شکل ۷ - آنوریسم همراه طحال نشان داده شده است. در این شکل اندازه آنوریسم با مقایسه با حجم طحال و طبیعی بودن باقیمانده شریان طحالی مورد توجه است.

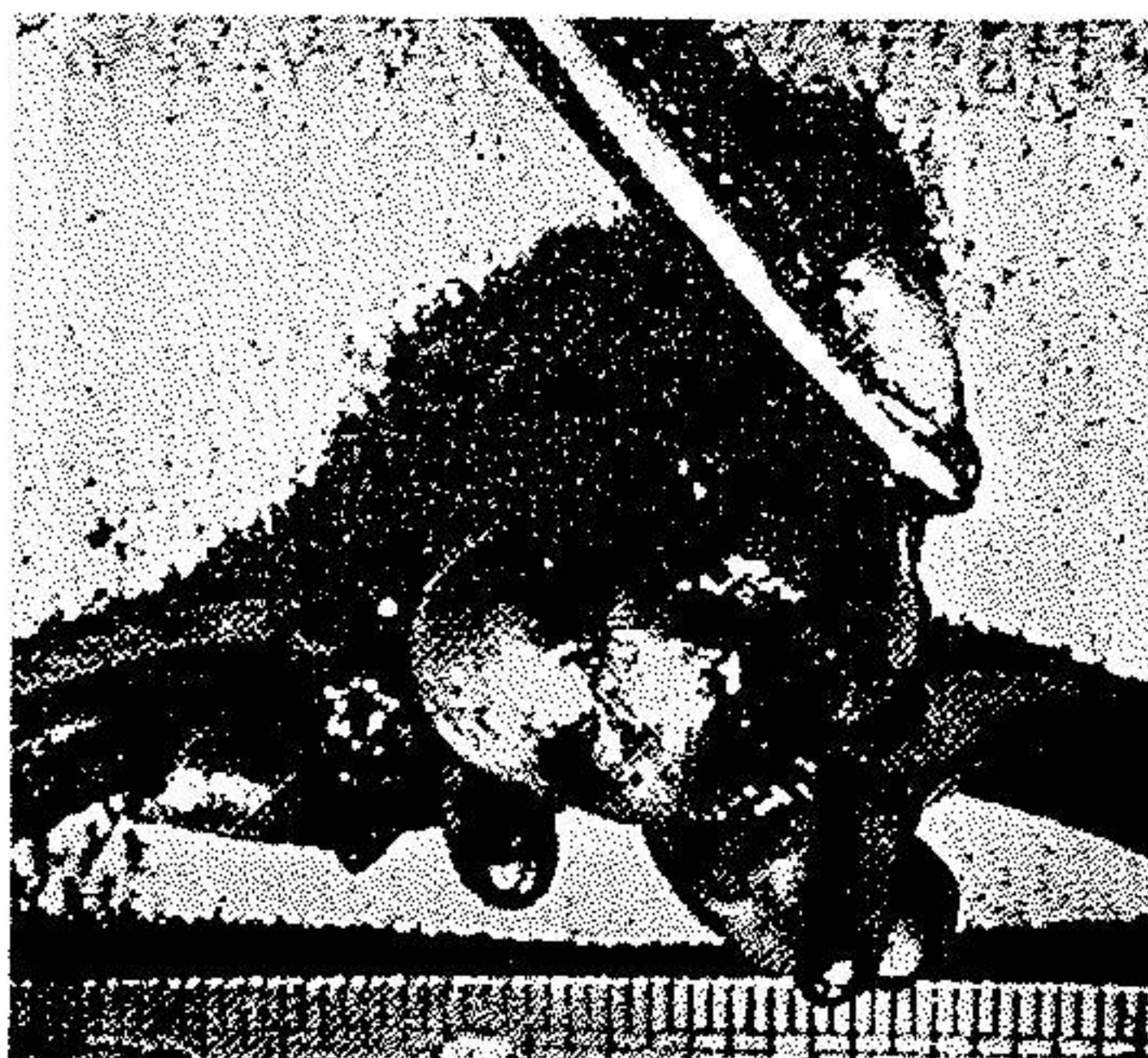


شکل ۸ - مقطع کبد آنوریسم با ترومبوز قدیمی اورگانیره و ترومبوز

بحث. تا کنون در حدود ۳۰۰ مورد آنوریسم شریان طحالی در مقالات طبی گزارش شده است که غالباً قطر آنها در حدود ۲ الی ۴ سانتیمتر بوده است (شکل ۹ و ۱۰) و محدودی از این آنوریسم ها دیاستری بیش از ۱ cm داشته اند. فقط



شکل ۹ - در رادیوگرافی کالسیفیکاسیون کوچکی که مشخص آنوریسم شریان طحالی بوده نشان داده شده است



شکل ۱۰ - آنوریسم کوچکی پس از برداشتن دیده میشود

یک مورد در حدود ۱۰ cm بوده است. قطر آنوریزم بیمار معرفی شده در حدود ۱۱ سانتیمتر میباشد که از موارد نادر این بیماری است.

References :

- 1 - Lloyd H. Bergner , M. D, Saverio S. Bentivegna , M.D. Annals of Surgery. Vol. 166 No. 5, P. 767, 1967.
- 2 - Berger , J , S. , Forsee , J. H and Furst , J. N. Ann. Surg., 137 : 108, 1953
- 3 - Moore , S. W. and Lewis , R. J. : Ann. Surg. , 153 : 1033 , 1961 .
- 4 - Owens , J , C. and Coffey , R J . : Abstr. Surg. , 97 , 313 , 1953 .
- 5 - Shands , W. C. and Johnson , J. H. Arch. Surg. , 77 : 970 , 1958 .
- 6 - Spittel , J , A., Jr. , Fairbairn , J. F. , II, Kincaid , O. W. and Remine, W. H. : JAMA , 175 : 452 , 1961.
- 7 - Yang , J. , Spinuzza , S. J. and Gilchrist , R. K. : Arch. Surg. , 87 : 676 , 1963 .