

ترومبوز ورید طحالی (معرف چهار بیمیوار)

دکتر محمد جهانگیر

خلاصه

ورید طحالی بطور افقی از ناف طحال در سمت چپ شکم شروع شده و در ناوданی بین دیواره خلفی شکم و سطح فوقانی خلفی پانکراس عبور نموده تا بکبد برسد. با توجه به مسیر فوق هرگونه ضایعه در دم و جسم پانکراس میتواند در ایجاد ترومبوز ورید طحالی دخالت نمایند.

طبق بررسی و آماربینظر میرسد در ده درصد موارد از هیبرتانسیون پورتال احتمال ایجاد ترومبوز ورید طحالی وجود دارد (۱) ولی شایعترین علت ترومبوز پانکراتیت مزمن میباشد بطوریکه در حین اعمال جراحی و بررسی محصور اسپلنوبورتال که Leger و همکارانش بر روی بیماران پانکراتیت انجام داده اند در ۵۴٪ موارد محور اسپلنوبورتال غیر طبیعی بوده که ۲۶٪ از اینعده انسداد کامل ورید طحالی نشان داده اند (۲-۳) سایر علل چون سیست ها و پسورد و سیست ها و تومورهای خوش خیم و بد خیم پانکراس در ایجاد ترومبوز دخالت دارند. ضایعات دیگری چون تنگی های مادرزادی ورید یا انوریسم شریان طحالی و دیسکنی خونی و یا علل با شیوع کمتر چون تومورهای اولیه یا متاستاتیک و فیبروزر تروپریتوان و زخمهاي نافذ خلفی معده

ترومبوز ورید طحالی نسبتاً نادر میباشد. در اغلب موارد بعلت عدم شناخت آنرا جزو هیبرتانسیون پورتال بحساب می آورند. مهمترین علت مراجعه بیماران خونریزی راههای گوارش بویژه بشکل هماهنگ میباشد که غالباً ناگهانی و مکرر میباشد لذا در صورت وجود خونریزی بدون علت راههای گوارشی توجه به ترومبوز ورید طحالی توسط متخصصین داخلی و جراحی ضروریست.

در امتحانات رادیولوژیک علائم واریس پیشرفته در احنا، بزرگ و فوندوس معده نمایان میشود راه تشخیص قطعی با انژیوگرافی سلیاک و یا اسپلنوبورتوفگرافی از طریق پوست میباشد.

در سال ۱۹۲۲ توسط Frick ترومبوز ورید طحالی در کالبد شکافی بعد از مرگ مردی مشاهده و برای اولین بار گزارش نمود در سال ۱۹۵۱ توسط Leger در آکادمی جراحی اسپلنوبورتوفگرافی از راه پوست شرح و رادیوگرافی ها آن معرفی شد (۴-۶) و بعد از آن یک آزمایش متداول شده موارد دیگری مشخص و گزارش شده است.

علل ایجاد

میگیرد. ولی بعد از عمل جراحی نز خونریزی گوارشی ادامه میابد در هنگام بستری شدن طحال بزرگ بوده و در امتحان رادیولوژیک علائم واریس پیشرفته در قسمت باقیمانده معده و فوندوس دیده شد در اسپلنوبورتوگرافی ورید طحال در قسمت میانی قطع و انسداد نشان داده و عروق جانبی فراوان دیده شد. (رادیوگرافی شماره ۲)

بیمار سوم . ر- حیدری زن ۳۲ ساله که از سه سال قبل درد ناحیه اپیگاستر شکایت داشته سابقه سه مرتبه خونریزی شدید از راههای گوارشی داشته در هنگام بستری شدن بیمار رنگ پریده و آنمیک بوده رادیوگرافی مری و معده طبیعی بوده در اسپلنوبورتوگرافی ورید طحال در قسمت میانی قطع بوده و عروق جانبی متعددی دیده شد و در عمل جراحی و پس از باز نمودن شکم بروی طحال کیست های متعدد و در کنار هم مشاهده شد که تشکیل حفره ای به ابعاد ۱۲×۶ سانتیمتر با جدار ۳ میلی متر داده و نتیجه آسیب شناسی کیست هیداتیک طحال بوده است. (رادیوگرافی شماره ۳)

بیمار چهارم . م- مجذون زن ۲۵ ساله که از یک سال قبل از درد ناحیه اپیگاستر و ایمی کندر چپ قواوم با بیحالی شدید داشته سابقه خونریزی راههای گوارشی نداشته و در معاینه طحال بسیار بزرگ بوده و لوله مری و معده در امتحانهای رادیولوژیک طبیعی بوده و در اسپلنوبورتوگرافی ورید طحال در قسمت میانی بوده و عروق جانبی فراوانی نمایان شد. (رادیوگرافی شماره ۴) .

بحث - در بررسی کلی ترمومبوزورید طحالی در ایران در مقایسه با ممالک امریکائی و اروپائی شیوع کمتر دارد که شاید در نتیجه رژیم غذایی و کمتر مصرف نمودن مشروبات الکلی باشد ولی برخلاف گزارشات خارجی که سن بیماران اغلب در دهه سوم و چهارم و یا بالاتر میباشد بیماران مورد بحث و ایرانی بیشتر در دهه دوم و سوم مبتلا میشوند که شاید ابتلای کمتر به پانکراتیت مزمن باشد. در اپیگاستر در تمامی بیماران مورد مطالعه وجود داشته و مهمترین علت مراجعة بیماران به پزشک خونریزی مکرر و فراوان از راههای گوارشی بوده است که این دو علامت با علت مراجعة بیماران خارجی مطابقت مینماید. در هر چهار بیمار عمل جراحی

را در تشکیل ترمومبوز موئثر دانست که گروه اخیر سبب انفلتراسیون در لوزالمعده و یا انساح جلو لوزالمعده میشوند. گزارشات نادری نیز از ترمومبوز در دنباله ضربه های شکمی و یا کاسترکتومی داده شده است (۲-۷-۸). که پس از انژیوگرافی در فاز وریدی محور اسپلنوبورتسال نمایان میشود.

علائم انژیوگرافی ترمومبوز ورید طحالی به قرار زیر میباشد.

۱- قسمتی و یا تمام ورید طحال اوپاسفیه نشده و بر عکس بعضی وریدهای داخل و یا هیل طحال نمایان و اوپاسفیه میشود.

۲- جهت درناز خون طحالی وریدهای جانبی متعددی اوپاسفیه میشود.

۳- پس از تزریق ماده حاجب در شریان مزانتریک فوقانی تنہ ورید باب نمایان میشود و بر عکس وریدهای جانبی مری و گاستریک دیده نمیشود. (۸)

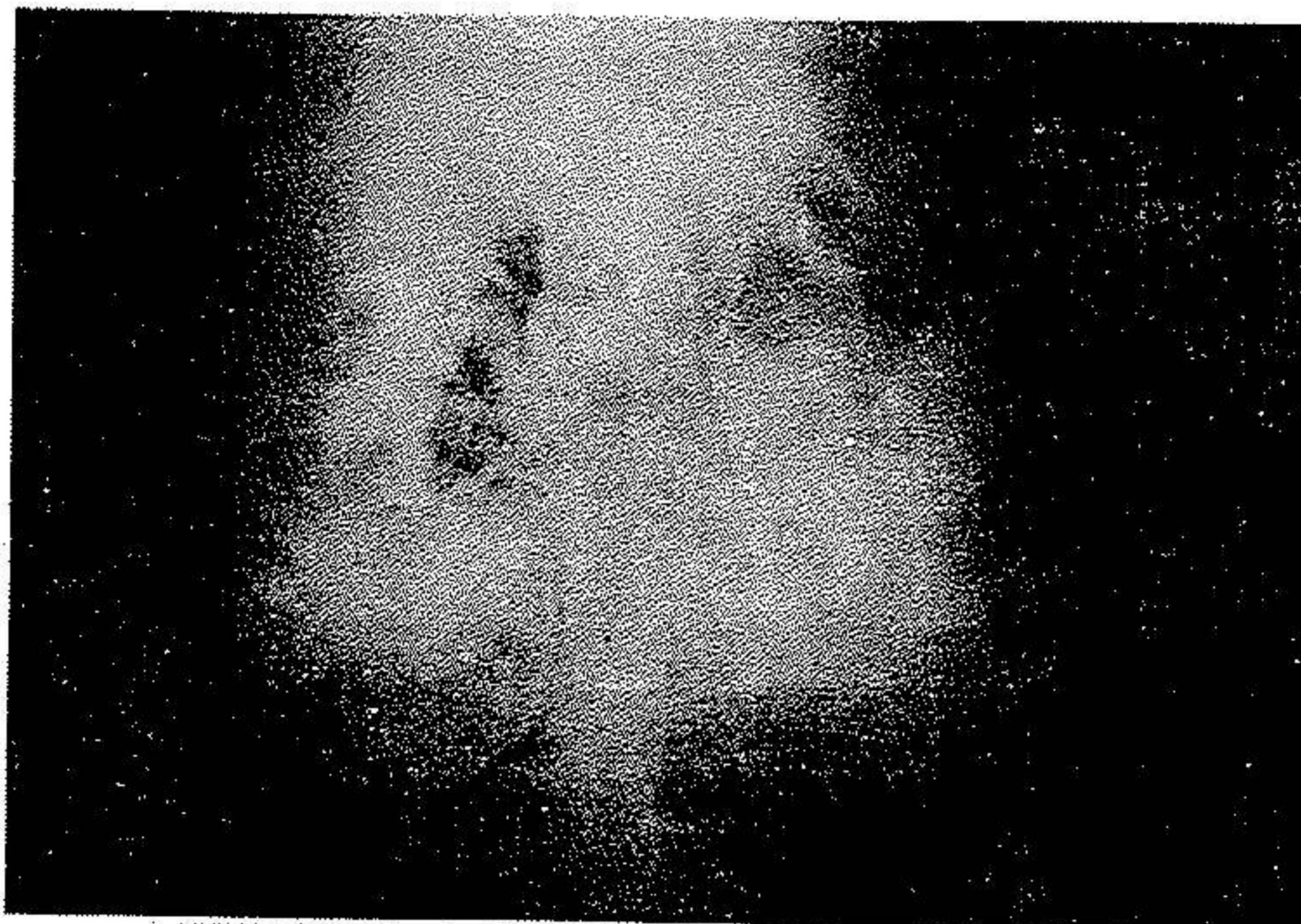
درمان . معالجه اساسی ترمومبوز طحالی عمل طحال برداری Splenectomy میباشد.

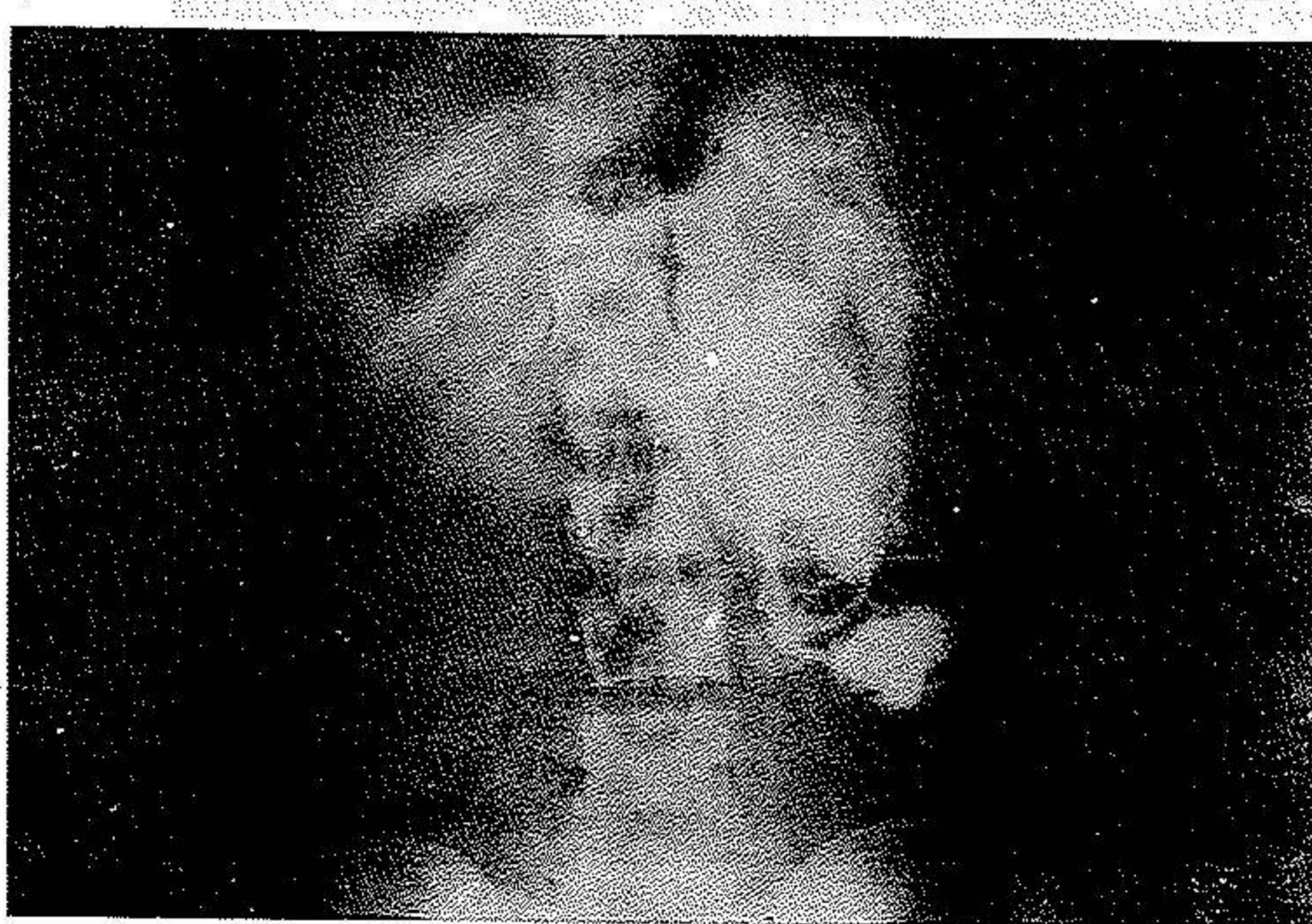
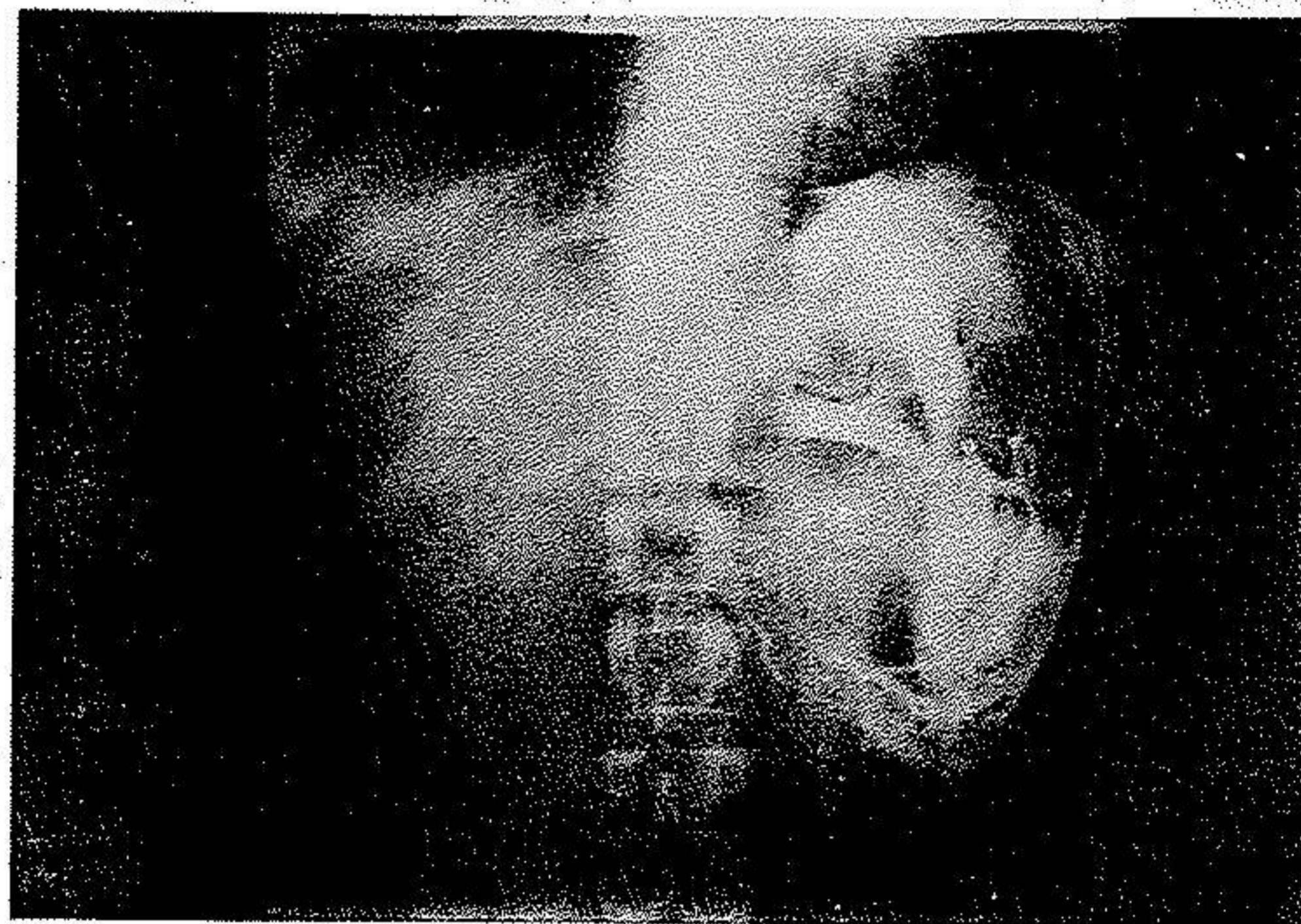
شرح بیماران

بیمار اول . و- عسکری دختر ۱۷ ساله، بعلت درد اپیگاستر و خونریزی از راههای گوارشی بویژه به شکل هماشمز به دفعات در بیمارستانهای متعدد بستری بوده آخرین خونریزی شدید معده در تاریخ ۱۲/۶/۱۲۵۳ بوده و در معاینه و لمس شکم، طحال بسیار بزرگ بوده و در امتحان رادیولوژیک معده علائم واریس پیشرفته در فوندوس معده و انتها بزرگ نمایان ساخته و در انتهای تحتانی لوله مری علائم واریس کمی دیده میشود. اسپلنوبورتوگرافی یکار در ساری و دیگر بار در تهران بعمل آمده که در اندازه گیری فشار طحالی ۳ سانتیمتر آب بود. (فشار طبیعی $۱۰-۱۵$ سانتیمتر آب) و انسداد در قسمت میانی ورید طحالی همراه با وریدهای جانبی پیشرفته مشاهده شد. (رادیوگرافی شماره ۱)

بیمار دوم . م- محمدی ۱۴ ساله سابقه خونریزی مکرر فراوان از راههای گوارشی داشته و در ۱۳۴۹/۱/۸ جهت جلوگیری از خونریزی تحت عمل گاستروکتومی پارسیل قرار

طحال برداری بعمل آمد و ترومیوز ورید طحالی آنها مشخص و ثابت شد و بعد از عمل جراحی فوق خونریزی راههای گوارشی قطع و بهبودی کامل بدست آمد.





علائم بالینی

"ضمنا" در جهات مختلف وریدهای کوچکتری چون وریدهای معدی کوتاه و کاسترواپیلوبیک راست و پیلوریک و کرونراستوماشیک و سیسنسیک و پارامبیلیکال به آن می‌پیونند. چنانچه ترومبوزورید طحالی پیش آید خون طحال

بیکی از راههای ذیل و عروق جانبی بکبد میرسد.

۱- یکی از راههای شایع ورید معدی کوتاه Short Gastric V. می‌باشد که خون طحال را بطور رتروگراد در امتداد فوندوس و انحناه بزرگ معدی بوریدهای Left And Right Gastric V. معدی چپ و راست Coronary V. رسانیده و از این مسیر سپس ورید کرونر. V. بورید باب میریزد.

۲- راه دیگر خون طحالی از طریق وریدهای کاسترواپی پلئویک چپ Left Gastro-epiploic بطور Onental بطرف رتروگراد در امتداد شاخه های نافی وریدهای کاسترواپی Middle Colic چپ می‌باشد که در امتداد شاخه های نافی و رفته و سپس به مزانتریک فوقانی و ورید باب میریزد.

۳- خون طحالی خیلی کمتر از طریق کاسترواپی پلئویک چپ بطور رتروگراد به شاخه های نافی و وریدهای کولیک چپ شده و سپس به ورید مزانتریک تحتانی و ورید باب میریزد.

۴- راه نادری نیز توسط Leger ذکر شده که خون از طریق شاخه های وریدی دیافراگماتیک و بین دندنه ای به ورید باب میریزد. (۸-۶)

با توجه به وریدهای جانبی ذکر شده قسمت عمده خون از طریق وریدهای گاستریک و کرونر به ورید باب میرسد. لذا در ترومبوز طحالی واریس واضح و پیشرفته در شبکه وریدی مروی ایجاد نمی‌شود.

راههای تشخیصی

جهت تشخیص محل خونریزی گوارشی از معده و لوله مری رادیوگرافی بعمل می‌آید که در صورت وجود واریس در انحنای بزرگ و فوندوس بصورت تصاویر پولیپوئید و یا دفکت های متعدد و در اندازه های مختلف و در امتداد یکدیگر نمایان می‌شوند گزارشاتی که داده شده تصاویر

عده ای از بیماران علامت واضح نداشته و از درد میهم در ناحیه اپیکاستر شکایت دارند. ولی مهمترین علامت، خونریزی راههای گوارشی بشکل هما تمزوملنا می‌باشد که اغلب سابقه خونریزی های ناگهانی و تکرار شونده دارند و بدین علت بارها در بیمارستانهای مختلف بستری شده اند (۸-۹) منشی خونریزی در دیواره نازک شده واریس ها و وریدهای جانبی زیر مخاطی معده می‌باشد که تحت تأثیر شیره معدی قرار گرفته و در نتیجه خراشیدگی جداری ایجاد شده و سبب خونریزی معدی شده است (۱-۹) نادر "گزارشاتی از خراشیدگی وریدهای زیر سروز داده اند که سبب خونریزی داخل صفاق و فضای پرتویان شده و زندگی بیمار را بخطر انداخته است. در معاینه ولمس شکم طحال بزرگ می‌باشد که علت ترومبوز و انسداد ورید طحالی و افزایش فشار داخل طحال نتیجتاً سبب بزرگی طحال و وریدهای جانبی می‌شود و این افزایش فشار بوزیره در وریدهای ناحیه فوندوس و انحناه بزرگ معده و رتروپریتوان و اطراف ناف طحال و ناف کلیه ها و نیز کولون چپ بیشتر محسوس می‌باشد در واقع هیپرتروفی تدریجی وریدهای جانبی سبب کاهش فشار پولپ طحال می‌شود. (۸-۵) و یا براساس اصل فیزیولوژیک با افزایش فشار وریدی. فشار شریانی کاهش می‌باید گرچه اندازه طحال همواره بزرگ باقی میماند اخیراً تعداد مواردی از ترومبوزورید طحالی بالاندازه طبیعی طحال گزارش گرده اند (۱۰)

در این بیماران اندازه کبد اغلب طبیعی و یا مختصری بزرگ می‌باشد ولی تستهای کبدی همیشه در حد طبیعی باقی میماند که ارزش تشخیصی دارد (۱۰).

بررسی عروق جانبی و همودینامیک

ورید طحال از چند شاخه داخل طحالی شروع شده و در طول مسیر و در حد فوقانی پانکراس با ورید مزانتریک تحتانی اتصال یافته و بعد از ۳ یا ۴ سانتیمتر ورید مزانتریک فوقانی به آنها می‌پیوند دوته ورید باب را تشکیل داده که بکبد می‌رود و به انشعابات داخل کبدی تبدیل می‌شود.

زیادی نمی‌کند و ارزش تشخیصی چندانی ندارد. تشخیص قطعی ترومبوز با انجام انژیوگرافی تنفس سیلیاک و یا شریان مزانتریک فوقانی و یا اسپلنوبورتوگرافی از راه پست می‌باشد. (۱۰-۹-۲)

رادیولوژیک فوق با گاستریت هیپرتروفیک اشتباه شده است
اغلب اوقات لوله مری وضعیت طبیعی دارد. آندوسکوپی به تشخیص علت خونریزی و ایجاد واریس مری و معده کمک

References

1- Atef A Salan M.D.

Splenic Vein Thrombosis Dignostable and Curble From Portal Hypertension
Surgery 74: 961-72 Dec 1973

2- Capo J.R and Clendinnen G.

Malignent Splenic Vein Obstruction
British J. Radiology 158. 707 N 6 1972

3- Francis F. Ruzikajr

Alementary Tract Roentgenology Margulis
Volum 2 1356-1381 1973

4- Frank R. Johnsoon Richard T. Myergs

Ethiologie and Consequence of Splenic vein Obstruction
Ann Surgery 177: 736-9 June 1973

5- N.H Amamni

Splenic Vein Thrombosis (A case Of Gastric Varices And Upper Gastro Intestinal Bleeding) Gastrointestinal Endoscopy G. Volum 24 No 1977

6- Noel B. Hershfield and Morrow

Gastric Bleeding Due to Splenic Vein Thrombosis
canada Med Ass J. 98-649-52 30Mar 1968

7- Rand L. Scott M.D.

Splenic Vein Thrombosis

Journal of The Tennessee M. Associtios March 1976

8- Yacov Itzchak and Morton

Splenic Vein Thrombosis In Patient With a Normal size Spleen Investigative Radiology March - April 1977

- 9- Yale Ch and Andrew B. Crummy
Splenic Vein Thrombosis and Bleeding Esophageal
Jama 217-317-20 19 Jul 1971
- 10-Y. Melvin M. Figley
Splenoportography. Some Advantage and Disdvantage
American J. Roetgenal Vol. 80 313-327 1958