

گزارش ۲ مورد آنوریسم حقیقی شریان خارج جمجمه‌ای کاروتید داخلی

دکتر سید منصور عالمشاه*

خلاصه

آنوریسم‌های شریانی عروق محیطی از آن جهت دارای اهمیت هستند که محلی شایع برای تشکیل لخته و آمبولی ناگهانی و انسدادهای پیشرونده و بدون علامت دیستال اندام می‌باشند. نادرترین و خطرناکترین نوع این آنوریسم‌ها، متعلق به شریان کاروتید خارج جمجمه‌ای بوده بطوریکه، آنوریسم شریان کاروتید داخلی سومین علت ضایعات آمبولیک مغزی عروقی را پس از انسداد در اثر ضایعات اولسراتیو - آترواسکلروتیکی و آمبولی‌های قلبی تشکیل می‌دهد. آنوریسم‌های فوق‌الذکر علی‌الخصوص در مقایسه با انواع داخل جمجمه‌ای (مغزی) نیز نادرترند. علیرغم نادر بودن، بروز و ثبوت ضایعات مغزی عروقی در دهه‌های اولیه زندگی بدون علل زمینه‌ای، آنوریسم‌های پنهان شریان‌های کاروتید گردنی را بعنوان اولین احتمال تشخیصی مطرح می‌سازد. اهمیت و خطر تشکیل لخته در حفره آنوریسم و آمبولی‌های جبران‌ناپذیر بعدی است که توده‌های عمیق زاویه فکی اگرچه جامد، باید بدقت در افراد میانسال و بالاتر بررسی گردند. در این گزارش دو مورد آنوریسم شریان کاروتید داخلی از نوع کیسه‌ای^۱ که دومین نادرترین نوع آنوریسم‌های خارج جمجمه‌ای شریان‌های کاروتید بعد از شریان کاروتید خارجی محسوب می‌گردند، معرفی می‌شوند.

واژه‌های کلیدی: آنوریسم حقیقی، شریان خارج جمجمه‌ای (گردنی)، کاروتید داخلی.

مقدمه:

مورد و از Mayo clinic فقط ۶ مورد از ۱۹۳۶ تا ۱۹۶۳ و ۲۵ مورد از ۱۹۵۰ تا ۱۹۹۰ گزارش و درمان گردیده‌اند (۱). شایعترین یافته پاتولوژیک همراه، آترواسکلروز می‌باشد. آنوریسم‌های محل دو شاخه شدن کاروتید، دوکی شکل و آنوریسم‌های شاخه‌ای غالباً کیسه‌ای هستند. صدمات عروقی، جراحی و بیماری‌های زمینه‌ای از قبیل: سندرم مارفان، نکروز سیستیک مدیا^۲ و دیسپلازی فیبروماسکولار^۳ علل اتیولوژیک دیگرند (۱،۲).

آنوریسم شریان کاروتید داخلی (ICAA)^۴ دومین نوع نادر آنوریسم‌های کاروتید خارج جمجمه‌ای یا گردنی پس از شریان کاروتید خارجی و به عبارتی دیگر دومین نوع شایع آنوریسم‌های کاروتید خارج جمجمه‌ای بعد از آنوریسم کاروتید مشترک (CCAA) است. این نوع آنوریسم بسیار نادر است بطوریکه شیوع حقیقی آن بدلیل گزارشات کم ممکن نشده است (۱،۲،۵). بطور نمونه، طی ۲۱ سال در دانشگاه Baylor فقط ۳۷

* استادیار گروه جراحی بیمارستان گلستان دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز

- 1- Saccular
- 2- Internal Carotid Artery Aneurysm
- 3- Cystic medial necrosis
- 4- Fibromuscular dysplasia

دریافت مقاله: ۸۰/۵/۲۱ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۳/۳/۱۳ اعلام قبولی: ۸۳/۳/۱۷

شریان ۲۳ میلیمتر بود. فشار سیستولیک کاروتید دیستال به آنوریسم ۶۷ میلی متر جیوه اندازه گیری شد.

باتوجه به فشار دیستال رزکسیون بدون شنت انجام و سپس شریان ترمیم انتها به انتها^۲ شد. بیمار روز پنجم بعد از عمل بدون عارضه مرخص گردید و پیگیری می شود.

مورد دوم: بیمار ح - ب، مؤنث و ۵۸ ساله و نابینا (تصاویر ۱ و ۲)، پرونده شماره ۶۹۲۴۷ بخش جراحی قلب بیمارستان گلستان اهواز. در تاریخ ۸۰/۴/۲ با شکایت توده در گردن سمت چپ بمدت ۳/۵ سال و بروز خشونت صدای^۳ طی یکسال اخیر که توده رشد سریع (تقریبی دو برابر) داشته و احساس فشار در گردن مراجعه داشته است. در معاینه بالینی توده ای نرم و نبض دار ۹×۱۳ سانتیمتر بدون سمع سوفل و قابل کمپرس با احاطه سمت چپ گردن و پرکردن زاویه فکی لمس می شد.



تصویر ۱

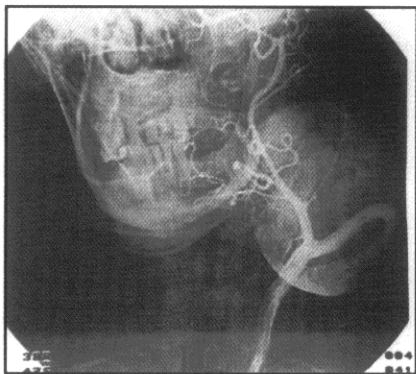
شیوع گرفتاری مرد به زن حداقل ۷ به ۱ است (۴،۷). از نظر عارضه، پارگی و ترومبوز و عفونت ممکن است اتفاق بیافتد. پارگی خودبخود نادر ولی ترومبوز شایعتر است. عفونت در زمینه سپتی سمی باعث آنوریسم عفونی و آمبولی سپتیک می گردد (۱،۲،۳). آنوریسم کاروتید در بیمار با اندوکاردیت استافیلوکوکی در زمینه بیماری های کلاژن بخصوص لوپوس^۱ از این نمونه است (۳).

معرفی نمونه:

مورد اول: بیمار ح - ا، مؤنث و ۸۲ ساله، پرونده شماره ۶۵۰۱۳ بخش جراحی قلب بیمارستان گلستان اهواز. در تاریخ ۷۹/۱۲/۳ با شکایت توده ای دردناک و نبض دار، ۴×۴ سانتیمتر در زاویه فکی سمت چپ و تشخیص آنوریسم شریان کاروتید با یافته های بالینی حین معاینه: ۱- توده نبض دار زاویه فکی ۲- سوفل سیستولیک (Bruit) سمع شده روی توده ۳- قوام قابل کمپرس توده درحالی که سوفل متوقف می شد، بستری و پس از تائید تشخیص تحت عمل جراحی قرار گرفت. توده بوسیله انجام سونوگرافی داپلر تائید گردید که آنوریسم بدون لخته گزارش شد. در این شرایط آنژیوگرافی لزومی نداشت. در حین عمل از طریق شکاف قدام گردن در مسیر عضله استرنوکلید و ماستوئید و بررسی، تمام آناتومی علیرغم فشار توده، دست نخورده بود. آنوریسم تیپ کیسه ای و فاصله دهانه ورودی و خروجی

2- End to End
3- Hoarsness

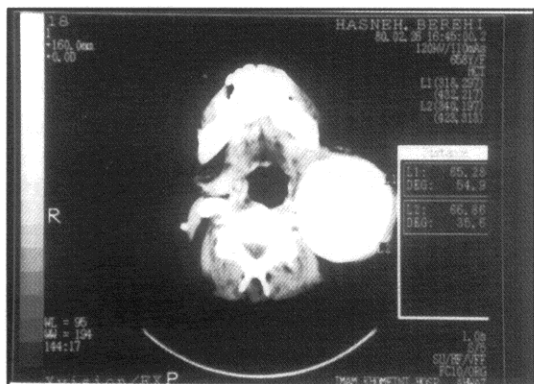
1- Systemic Lupus Erythematosus



تصویر ۴



تصویر ۲



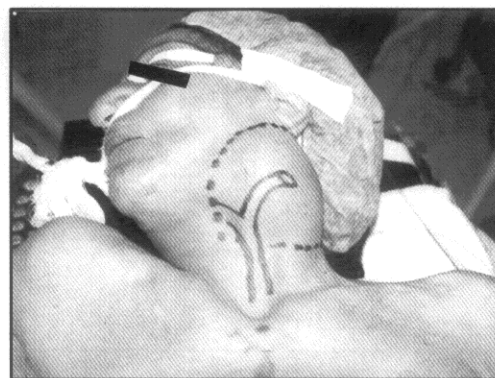
تصویر ۵



تصویر ۶

فشار سیستولیک شریان بعد از آنوریسم ۵۸ میلی‌متر جیوه اندازه‌گیری شد. علیرغم فشار پائین، سریعاً توده بدلیل فاصله زیاد دو دهانه بدون استفاده از شنت برداشته شده و در طول ۱۲

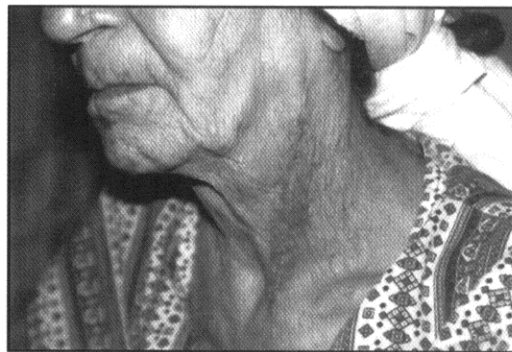
در معاینه، شریان کاروتید مشترک و شاخه داخلی بدلیل چرخش از روی پوست کاملاً قابل مشاهده بود (تصویر ۳). بیمار در لارنگوسکپی اختلال حرکتی تارهای صوتی نداشت. برای بیمار اسکن CT و آنژیوگرافی آنورت و عروق مغزی انجام شده بود و تشخیص با دیدن چرخش قوی خون در آنژیو و پر شدگی توده با ماده حاجب در هر دو روش تائید گردید و هیچگونه لخته‌ای نیز درون آنوریسم وجود نداشت (تصاویر ۴ و ۵). بیمار با تشخیص آنوریسم شریان کاروتید داخلی تحت عمل جراحی برداشت توده قرار گرفت. حین عمل شریان کاروتید داخلی، عصب واگ، عصب هیپوگلووسال، عصب لارنژیال فوقانی درگیر و شدیداً چسبندگی وجود داشت و بدلیل فشار توده تحت کشش قرار داشتند. تمامی اعصاب مهم در محل حفظ شده و آنوریسم آزاد شد (تصویر ۶).



تصویر ۳

تظاهر می‌کنند که دلیل آن محاصره شدن آنورسم توسط بافتهای مقاوم اطراف در حد خارجی، مانند فاشیای گردنی عمقی و عضلات قدام و خلف آنورسم بوده درحالیکه عضلات نازک کانستریکتور فوقانی^۱ و مخاط در سطح داخلی کمترین مقاومت را از خود نشان می‌دهند (۱). توده آنورسم ممکن است در لمس دردناک یا بدون درد باشد. فلج اعصاب ۵، ۶ و ۷ مغزی همراه با وزوزگوش یا کری، سندرم هورنر، خشونت صدا در گرفتاری عصب واگ و فلج زبان در گرفتاری عصب هیپوگلو سال دیده می‌شود. خوشبختانه، ضایعات اعصاب محیطی مغزی در زمان تشخیص معمول نیست و کمتر نگرانی وجود دارد. شایعترین علائم، با بروز ۴۰-۵۰٪، اختلالات مربوط به ضایعات سیستم عصبی مرکزی است (۷، ۴، ۲، ۱). حمله مغزی گذرا (TIA)^۲ با دوبرابر شیوع نسبت به CVA^۳ اتفاق می‌افتد (۱). خونریزی بسیار نادر و در صورت اتفاق کشنده است زیرا بیشتر در نوع آنورسم‌های رشد یافته بداخل حلق دیده می‌شود. دیسفاژی، نیزگاهی وجود دارد. اندازه آنورسم (۳ سانتیمتر یا بیشتر) با شدت علائم کلینیکی قبل از عمل مرتبط است (۷). معاینه فیزیکی و سونوگرافی ساده یا داپلر، MRI و اسکن CT با کنتراست در تشخیص حائز اهمیتند و برای تشخیص انواع دیگر آنورسم یا سایر علل ثانویه اتیولوژیک در تشکیل آن و برای برنامه‌ریزی عمل جراحی، آنژیوگرافی ضروری است (۲، ۱). مهمترین عارضه تهدید کننده، آمبولی بدلیل استعداد تشکیل لخته

دقیقه شریان به صورت انتها به انتها ترمیم شد. فاصله دو دهانه ورودی و خروجی شریان با توجه به تیپ کیسه‌ای ۵۴ میلی‌متر بود ولی براحتی دو سر شریان بهم رسید. بعد از عمل بیمار تا ۷۲ ساعت اختلال حرکت زبان همراه با اختلال تکلم داشت. بعد از ۷۲ ساعت، حرکت زبان برگشت اما، تکلم بیمار براساس گفته فرزندان وی کاملاً مفهوم نبود. بیمار روز هفتم بعد از عمل بدون تغییر مرخص شد (تصویر ۷)، و دو هفته بعد پیگیری شد که تکلم وی بیش از ۵۰٪ بهبود یافته بود.



تصویر ۷: هنگام ترخیص بیمار

بحث:

اگرچه آنورسم‌های حقیقی خارج جمجمه‌ای شریان کاروتید داخلی با قطر زیر ۳ سانتیمتر اکثراً علامتی بجز لمس توده نبض‌دار زیر زاویه فکی نداشته (۷) و توسط بیمار هم ممکن است جدی تلقی نشوند، اما بالقوه مسبب عوارض جبران‌ناپذیری هستند. آنورسمها معمولاً یکطرفه یا بندرت دوطرفه‌اند. ۳۰٪ موارد یک توده نبض‌دار در زاویه فکی در معاینه لمس می‌شود و یا گاهی بفرم توده‌های لوزه‌ای و یا درون حلق

- 1- Superior constrictor muscles
- 2- Transient ischaemia attacks
- 3- Cardiovascular accident

می‌گردد^۴. پوشاندن آنوریسم بوسیله انواع مش^۵ در موارد استثنا بعنوان یک روش پیشنهاد شده اما، توصیه نمی‌شود. ترمیم حفره آنوریسم با دوختن از داخل^۶ نیز روش درمانی پیشنهادی برای آنوریسم‌های دوکی شکل و غیر قابل برداشت است. ترمیم ساده یا با وصله وریدی را می‌توان در آنوریسم‌های کیسه‌ای بکار برد. با پیشرفت کاربرد روشهای اندوواسکولار^۷ و Stenting موفقیت بکارگیری این روش در آینده امیدوار کننده است. بهترین روش درمانی در شرایط ما و بعنوان یک اصل جراحی است؛ اما امروزه تکنیکهای غیرتهاجمی و روشهای جایگزینی موفق با حذف آنوریسم از طریق آنژیوگرافی و روش اندوواسکولار پیشنهاد شده‌اند. آنچه اهمیت دارد ارسال و راهنمایی بیمار، تعیین بهترین روش تشخیصی در دسترس و قبول اقدام درمانی لازم بدون در نظر گرفتن اندازه آنوریسم، توسط تیم مجرب جراحی است.

منابع:

- 1- Goldstone, G. Aneurysms of the extracranial carotid artery, 134-1843 volume 2, Rutherford, text book of vascular surgery, 5th edition, 2001.
- 2- Haimovici, H. Peripheral arterial aneurysms, 67-893, Haimovici's vascular surgery, principles and techniques, 4th edition, 1996.
- 3- Hubaut-JJ. Albat-B. Frapier-JM. mycotic aneurysm of extracranial carotid artery: an uncommon complication of bacterial endocarditis. Ann-Vasc-Surg, 1997 Nov, 11(6): 634-6

در لومن آنهاست (۱،۲،۶،۷). آمبولی در آنوریسم‌های دوکی شکل بعلت جریان مستقیم نسبت به جریان چرخشی^۱ در نوع کیسه‌ای شایعتر است. لذا، آنوریسم‌های دوکی شکل در هر اندازه هم بلحاظ شیوع بیشتر و هم احتمال آمبولی بیشتر، ارجحیت دخالت فوری تری دارند، زیرا بیش از ۴۰٪ موارد حملات گذرا و تثبیت شده مغزی بهمین دلیل رخ می‌دهد (۱). هرچند ترمبوز در نوع ساکولار می‌تواند بعلت فشار و کمپرس شریان کاروتید داخلی بعد از آنوریسم باشد، ولی، وجود تنگی ابتدای شریان نیز مؤثر است. تنها تشخیص افتراقی، تاب خوردگی و خم شدگی^۲ شریان کاروتید بدنال طویل شدن آن است (۱). این مورد را براحتی می‌توان با کمپرس برآمدگی بوسیله انگشت و از بین رفتن همزمان آن بدون لمس توده کنار گذاشت. درمان بستگی به اندازه و محل آنوریسم دارد. بهترین درمان برداشت کامل آنوریسم با برقراری جریان طبیعی است (۱،۲،۳،۴،۵،۶،۷). لیگاتور شریان، بندرت انجام می‌شود زیرا، ایجاد و پیشرفت ترومبوز در انتهای باقیمانده شریان باعث فراوانی بروز ضایعات آمبولیک در هنگام وجود جریان برگشتی کاهش یافته زیر ۶۰ میلیمتر جیوه، می‌گردد. تنها اندیکاسیون لیگاتور، فشار جریان برگشتی بالای ۶۰-۷۰ میلی‌متر جیوه است (۱). در غیر اینصورت پیوند اولیه انتها به انتها یا بای پاس شریانی بفرم ساده و جایگزینی یا بای پاس کاروتید به شریان مغزی میانی^۳ با گرافت صافن لازم

- 4- Extra Cranial to Intra Cranial Bypass
- 5- Wrapping
- 6- Endoaneurysmorrhaphy
- 7- Endovascular

- 1- Turbulent
- 2- Kinked or coiled
- 3- Middle cerebral artery

internal carotid artery aneurysms involving the base of the skull- a multidisciplinary approach. Eur J Vasc Endovasc Surg 2000; 20(3): 308-11

7- Ghilardi G. Massetto N. Cattalini C. Odero A, De Monti M, Gobatti D, Scorza R. Brain involvement in extracranial internal carotid artery aneurysms. Vasa 2001; 30(1): 37-41.

4- Rosset E. Albertini JN. Magnan PE, Ede B, Thomassian JM. Branchereau A. Surgical treatment of extracranial internal carotid artery aneurysms. J Vasc Surg. 2000; 31(4): 713-23.

5- El- Sabrout R. Cooley DA. Extracranial carotid artery aneurysms: Texas Heart Institute experience. J Vasc Surg 2000; 31(4): 702-12.

6- Skau T. Hillman J. Harder H. Magnuson B. Surgical treatment of distal extra crania