

گانگرن کامل روده باریک ناشی از آمبولی سپتیک شریان مزانتریک سوپریور در شیرخوار ۱۶ ماهه

دکتر سید امیر کاظم وجدان

استادیار، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

چکیده

سابقه و هدف: ترومبوآمبولی مزانتریک با اتیولوژی‌های متفاوتی ایجاد می‌شود و مرگ و میر بالایی دارد، اما اینکه آمبولی سپتیک شریان مزانتریک فوقانی در یک شیرخوار ۱۶ ماهه وجود داشته باشد، مورد نادری است که موضوع این مقاله می‌باشد.
گزارش مورد: شیرخوار ۱۶ ماهه‌ای که به دلیل درد شکم مراجعه کرده و پس از انجام بررسی بالینی و پاراکلینیکی و انجام لاپاراتومی، مشخص گردید که به جز ۱۰ سانتیمتر اول روده باریک که زنده و دارای خونریزی بود، سایر قسمت‌های روده گانگرن بود که به علت آمبولی سپتیک شریان مزانتریک فوقانی بود.
نتیجه‌گیری: این گزارش نشان داد که آمبولی سپتیک شریان مزانتریک فوقانی نیز می‌تواند یکی از علل آمبولی این شریان باشد.
واژگان کلیدی: آمبولی سپتیک شریان مزانتریک فوقانی، گانگرن، شیرخوار.

مقدمه

شیرانی (۸)، ترومبوز وریدی (۹،۱۰) و کاهش حجم خون بدن (نوع غیر انسدادی) (۱۱) اشاره نمود. آمبولی‌های شیرانی شایع‌ترین علت آمبولی حاد مزانتریک بوده و ۴۰٪ تا ۵۰٪ موارد را شامل می‌شوند (۳،۴). اختلالات قلبی همچون ایسکیمی میوکارد، اندوکاردیت، اختلال ریتم قلب، تنگی و تعویض دریچه میترا و یا آسیب جدار شریان در طی آنژیوگرافی از جمله عوامل زمینه ساز آمبولی شریان مزانتریک می‌باشد (۱۲)

نظر به اینکه آمبولی‌های سپتیک شریان مزانتریک فوقانی عموماً در شاخه‌های ابتدایی و یا قسمت میانی آن اتفاق می‌افتد و به ندرت تنه اصلی این شریان اتفاق می‌افتند، لذا به گزارش این مورد نادر اقدام شد.

ترومبوآمبولی‌ها، به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل ایجاد کننده اختلالاتی همچون حمله ایسکیمیک (Ischemic Stroke)، ترومبوز ورید عمقی (Deep Venous thrombosis, DVT) آمبولی ریوی (Pulmonary Embolism, PE)، سندرم کرونری حاد (Acute Coronary Syndrome, ACS) و ایسکسمی حاد مزانتیریک (Acute Mesenteric Ischemia, AMI) در نظر گرفته می‌شوند (۱). ایسکسمی حاد مزانتیریک از جمله اورژانس‌های اختلالات عروقی بوده که مرگ و میر آن در بهترین مراکز بین ۶۰٪ تا ۸۰٪ می‌باشد (۶-۲). عوامل مختلفی در ایجاد این اختلال نقش دارند، ولی نتیجه بالینی تمامی این رخدادها نقص خون رسانی و گانگرن روده است. از جمله این عوامل می‌توان به آمبولی شیرانی (۷)، ترومبوز

گزارش مورد

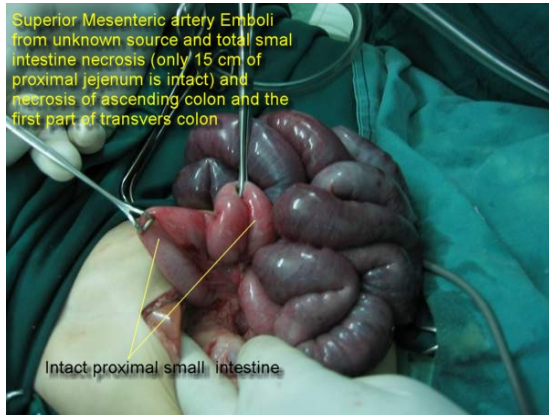
شیرخوار ۱۶ ماهه‌ای به دلیل درد شدید شکم مراجعه و پس از انجام معاینات بالینی و اقدامات پاراکلینیکی، تحت عمل جراحی قرار گرفت. علائم بیمار شامل تهوع و استفراغ، اتساع

آدرس نویسنده مسئول: بیرجند، خیابان ایت الله غفاری، خیابان آوینی، خیابان یاسمن، نبش یاسمن ۱۱،

طبقه دوم، دکتر سید امیر کاظم وجدان (e-mail: vejdan_sa@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۲/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۷



شکل ۳- روده باریکی که فقط ده سانتیمتری ابتدای آن سالم و بقیه گانگرن است.

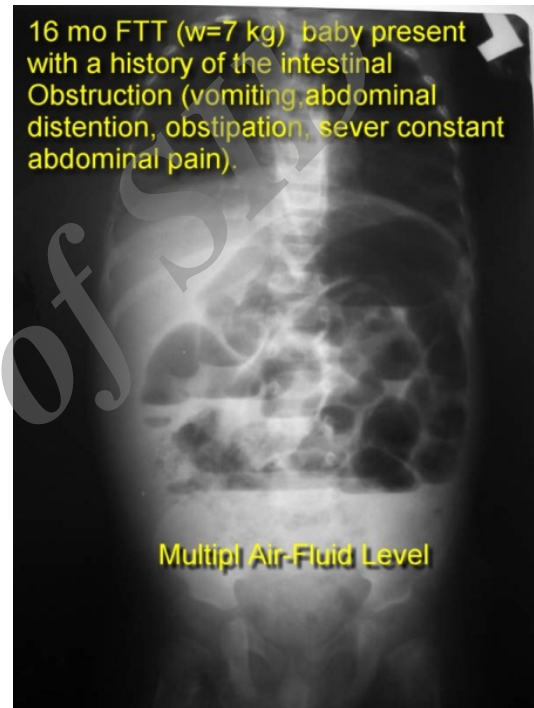
بررسی پاتولوژیک نشان داد که آمبولی از جنس سپتیک است و کودک ۱۲ ساعت بعد از عمل به علت سپتی سمی فوت شد.

بحث

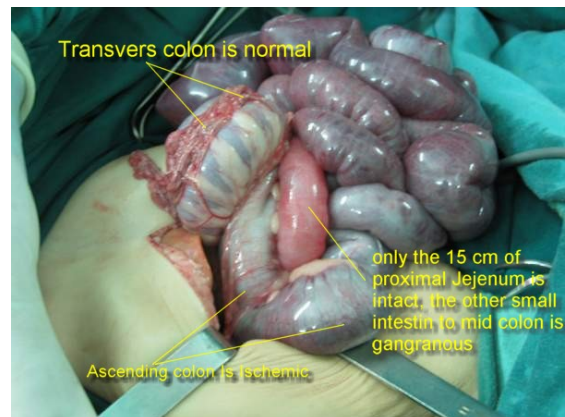
مورد حاضر نشان داد که گانگرن کامل روده باریک ناشی از آمبولی سپتیک شریان مزانتریک فوقانی است. به علت اینکه شریان مزانتریک فوقانی به صورت مایل از آئورت جدا می‌شود اکثر آمبولی‌های عروقی شریانی به آن وارد می‌شوند. از میان آمبولی‌های وارد شده به شریان مزانتریک فوقانی، فقط ۱۵٪ در ابتدا شریان گیر افتاده و اکثراً به شریان کولیک میانی که بزرگترین شاخه جدا شده از شریان مزانتریک فوقانی است وارد می‌شوند (۶،۷). به علت اینکه در سیستم‌های خون رسانی جانبی در این منطقه توسعه زیادی نیافته‌اند، علایم حاصل از بیماری شدید می‌باشند. مهم‌ترین علامت، درد شدید شکم است که با میزان فشار در لمس مطابقت ندارد (۱۳). به علت اینکه شریان پانکراتیکودئوئال تحتانی پیش از شریان کولیک میانی از شریان مزانتریک فوقانی جدا شده، از طرف دیگر اکثر آمبولی‌ها در شریان کولیک میانی به دام می‌افتند در اکثر موارد بخش‌های ابتدایی روده باریک (دئودنوم و بخش پروگزیمال ژژنوم) سالم باقی می‌مانند (۱۴). بر اساس بررسی متون، صورت گرفته موارد گانگرن روده باریک ثانویه به آمبولی سپتیک در شریان مزانتریک فوقانی بسیار نادر است (۱۵،۱۶).

ترمیوآمبولی‌ها از جمله مهم‌ترین اختلالات پزشکی بوده که اکثراً سبب نقص خون‌رسانی عضو و به دنبال آن نکروز بافتی می‌گردند. از مهم‌ترین ارگان‌های درگیر می‌توان به روده اشاره نمود که در اثر ایسکیمی حاد شریان مزانتریک به این اختلال

شکمی، بی‌اشتهایی، عدم دفع گاز و مدفوع، ناپایداری علایم حیاتی و مراحل اولیه شوک سپتیک بود. در آزمایشات انجام شده، لکوسیتوز ۲۳۰۰۰ و اختلال عملکرد کلیوی و ترمبوسیتوپنی وجود داشت. در گرافی تهیه شده از شکم، روده باریک به طور کامل متسع بود و سطوح مختلف مایع و هوا در آن مشاهده شد (شکل ۱). بیمار تحت عمل جراحی لاپاروتومی قرار گرفت که در حین عمل مشخص شد که به جز ۱۰ سانتیمتر اول روده باریک که زنده بود، سایر قسمت‌ها گانگرن بودند (شکل ۱ و ۲).



شکل ۱- نمای انسداد کامل روده باریک و بزرگ و سطوح متعدد مایع هوا



شکل ۲- ایسکمی کولون صعودی و ابتدای کولون عرضی

۱۰ سانتی‌متر اول روده باریک سایر مکان‌های آن گانگرن شده است. علت ایجاد این واقعه، خون‌رسانی جداگانه ۱۰ سانتی‌متر اول روده باریک توسط شریان پانکراتیکوڈوئوئال تحتانی است. هرچند که این شریان نیز از شاخه‌های شریان مزانتریک فوقانی می‌باشد، ولی به صورت کلی آمبولی‌های شریانی تمایل دارند که به علت بزرگی در شاخه کولیکی میانی (از شاخه‌های شریان مزانتریک فوقانی) به دام افتند. لذا در این مورد مشاهده نمودیم که به جز ۱۰ سانتی‌متر اول که توسط شریان مزانتریک فوقانی خون‌رسانی می‌شد، سایر مکان‌ها نکروز شده بودند. در این بیمار به علت اینکه مهم‌ترین عامل ایجاد کننده نکروز وسیع روده آمبولی شریانی بود، این شریان مورد بررسی قرار گرفت که لخته خون در آن پیدا شد. در بررسی پاتولوژیک مشخص گردید که این لخته منشا سپتیک دارد.

دچار می‌شود. ایسکیمی حاد شریان مزانتریک از جمله اورژانس‌های پزشکی بوده که از مرگ ومیربالایی برخوردار است (۶-۲). عواملی همچون آمبولی شریانی، ترمبوز وریدی و کاهش حجم خون بدن را می‌توان به عنوان عامل ایجاد کننده آن در نظر گرفت که از این میان آمبولی شریانی شیوع بیشتری دارد (۴، ۳، ۱۱-۷). مهم‌ترین توجیه در این مورد آناتومی خاص شریان مزانتریک می‌باشد، چراکه این شریان به صورت مایل از شریان آئورت جدا می‌شود.

در بیمار حاضر، کودک ۱۶ ماهه‌ای به دلیل درد شدید شکم مراجعه نمود که پس از انجام بررسی‌های بالینی و پاراکلینیک مشخص گردید که از انسداد حاد روده رنج می‌برد. مهم‌ترین دلیل جهت رسیدن به این تشخیص مشاهده روده‌های اتساع یافته و سطوح مختلف مایع-هوا در عکس رادیوگرافیک شکم می‌باشد. در لاپاراتومی انجام شده مشخص گردید که به جز

REFERENCES

1. Yuna AJ, Leea PY, Bazarb KA. Can thromboembolism be the result, rather than the inciting cause, of acute vascular events such as stroke, pulmonary embolism, mesenteric ischemia, and venous thrombosis?: a maladaptation of the prehistoric trauma response. *Med Hypotheses* 2005; 64: 706-16.
2. Heys SD, Brittenden J, Crofts TJ. Acute mesenteric ischaemia: the continuing difficulty in early diagnosis. *Postgrad Med J* 1993;69:48-51.
3. Lock G. Acute intestinal ischaemia. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2001;15:83-98.
4. Bradbury AW, Brittenden J, McBride K, Ruckley CV. Mesenteric ischaemia: a multidisciplinary approach. *Br J Surg* 1995;82:1446-59.
5. Sitges-Serra A, Mas X, Roqueta F, Figueras J, Sanz F. Mesenteric infarction: an analysis of 83 patients with prognostic studies in 44 cases undergoing amassive small-bowel resection. *Br J Surg* 1988;75:544-48.
6. Stoney RJ, Cunningham CG. Acute mesenteric ischemia. *Surgery* 1993;114:489-90.
7. Boley SJ, Feinstein FR, Sammartano R, Brandt LJ, Sprayregen S. New concepts in the management of emboli of the superior mesenteric artery. *Surg Gynecol Obstet* 1981;153:561-69.
8. Mansour MA. Management of acute mesenteric ischemia. *Arch Surg* 1999;134:328-30.
9. Abdu RA, Zakhour BJ, Dallis DJ. Mesenteric venous thrombosis: 1911 to 1984. *Surgery* 1987; 101:383-88.
10. Rhee RY, Gloviczki P, Mendonca CT, Petterson TM, Serry RD, Sarr MG, et al. Mesenteric venous thrombosis: still a lethal disease in the 1990s. *J Vasc Surg* 1994;20:688-97.
11. Howard TJ, Plaskon LA, Wiebke EA, Wilcox MG, Madura JA. Nonocclusive mesenteric ischemia remains a diagnostic dilemma. *Am J Surg* 1996; 171:405-408.
12. Millaire A, Leroyf O, Gaday V, de Groote P, Beuscartt C, Goullard L, et al. Incidence and prognosis of embolic events and metastatic infections in infective endocarditis. *Eur Heart J* 1997; 18: 677-84.
13. Brunicaudi F, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Matthews J, et al, eds. *Schwartz's principles of surgery*. 9th ed. Philadelphia: McGraw-Hill Professional; 2005.
14. Oldenburg WA, Lau LL, Rodenberg TJ, Edmonds HJ, Burger CD. Acute mesenteric ischemia. *Arch Intern Med* 2004;164:1054-62.
15. Dean RH, Waterhouse G, Meacham PW, Weaver FA, O'neil Jr JA. Mycotic embolism and embolomycotic aneurysms-neglected lessons of the past. *Ann Surg* 1986;204:300-307.
16. Freischlag JA, Asbun HA, Sedwitz MM, Hye RJ, Sise M, Stabile BE. Septic peripheral embolization from bacterial and fungal endocarditis. *Ann Vas Surg* 1989; 3:318-23.