

گزارش موردی

آنوريسم کاذب شريان ايلياک داخلی بدنبال شکستگی قدیمی لگن

دکتر سيد ابراهيم نوريان*، دکتر علی اکبر بيگي*، دکتر حسين طاهري**^۱

*استاديار گروه جراحی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، **متخصص جراحی عمومی - دانشگاه علوم پزشکی گناباد.

تاریخ دریافت: ۱۷/۷/۲۲ تاریخ تایید: ۱۷/۹/۲۶

چکیده:

زمينه و هدف: آنوريسم ايلياک داخلی، نادر اما بالقوه کشنده است و می تواند به راحتی با ساير بيماريها اشتباه گرفته شود. اغلب آنوريسم های ايلياک همراه با آنوريسم های آئورت رخ می دهند و علل آنها دژنراسيون و آترواسکلروز است. آنوريسم شريان ايلياک داخلی کمتر از نيم درصد تمام آنوريسم های داخل شکمی را تشکيل می دهد. با توجه به امکان بالای پارگی آنوريسم های شريان ايلياک، درمان باید به صورت تهاجمی انجام شود. در حال حاضر درمان استاندارد اين آنوريسم ها رزکسيون و ترميم جراحی است. معرفی بیمار: بیمار معرفی شده آقای ۷۲ ساله با سابقه شکستگی قدیمی لگن بود که با شکایت وجود ترشحات خون آلود از ناحیه باسن راست مراجعه کرد. در آنژیوگرافی انجام شده تشخيص آنوريسم کاذب شريان ايلياک داخلی راست مشخص شده و طی یک عمل جراحی با تخلیه هماتوم محل، ديستال و پروگزيمال شريان در محل آنوريسم کاذب ليگاتور شد. نتیجه گیری: تشخيص آنوريسم ايلياک داخلی به علت نادر بودن و نیز تشکيل در ناحیه عمق لگن مشکل بوده و معمولاً به صورت ديررس ظاهر می يابد. تظاهرات آن به راحتی با ساير بيماري ها اشتباه می شود و بايستی اين بيماری در تشخيص افتراقی ها مد نظر قرار گيرد.

واژه های کلیدی: آنوريسم کاذب، شکستگی لگن، شريان ايلياک داخلی.

مقدمه:

می شوند. آنوريسم های بزرگتر از ۳ سانتی متر باید درمان شوند. اگرچه قربانی کردن یک طرفه ايلياک بخوبی تحمل می شود، ولی بستن دوطرفه آن می تواند منجر به ايسکمی لگن گردد، در نتیجه باید تلاش کرد تا یکی از ايلياک ها باز باقی بماند (۲). از آنجا که ممکن است انتهای ديستال آنوريسم در عمق لگن قرار گرفته باشد، یک روش جديد آمبوليزاسيون و يا استفاده از آندوواسکولار گرافت است (۳).

معرفی بیمار:

بیمار مردی ۷۲ ساله بود که به علت ترشحات خونی از ناحیه باسن سمت راست مراجعه نمود. مشکل بیمار از حدود دو ماه قبل به صورت درد نواحی تحتانی شکم و باسن شروع شده بود که پس از مراجعه به

آنوريسم ايلياک داخلی، نادر اما بالقوه کشنده است و می تواند به راحتی با ساير بيماري ها اشتباه گرفته شود. اغلب آنوريسم های ايلياک همراه با آنوريسم های آئورت رخ می دهند و علل آنها دژنراسيون و آترواسکلروز است، لذا درمان آنها به طريق مشابهی انجام می شود. با اين حال گاهی آنوريسم ايلياک به تنهایی دیده می شود (۱).

آنوريسم ايلياک مشترک اغلب به طور تصادفی کشف می شوند ولی ممکن است به صورت پارگی يا درد شکم تظاهر يابند. تظاهرات نادر شامل ايجاد فيستول با ورید ايلياک مجاور يا ايجاد علايم بدنبال فشرده شدن ورید ايلياک می باشد. آنوريسم های شريان ايلياک داخلی ممکن است در معاینه رکتال قابل لمس باشند، اغلب دوطرفه بوده و با بستن پروگزيمال همراه با باز کردن آنوريسم و دوختن شاخه های ديستال درمان

^۱نویسنده مسئول: گناباد-بیدخت- بیمارستان ۱۵ خرداد- گروه جراحی- تلفن: ۰۵۳۵-۷۲۳۱۱۱۳، E-mail: ht23766@yahoo.com

بیمار تا حدود ۲ ماه مشکل خاصی نداشته ولی مجدداً دچار ترشحات خونی از ناحیه باسن سمت راست می شود. بیمار سابقه بیماری خاصی نداشته، وی حدود ۴ سال پیش بدنبال سقوط از ارتفاع، دچار شکستگی لگن شده بوده که با کشش (تراکشن) بهبود یافته بود. همچنین سابقه مصرف داروی خاصی نداشته و بخوبی قادر به راه رفتن بوده و سابقه ای از لنگش متناوب نداشت. در معاینه بالینی علائم حیاتی در حد نرمال بود. بیمار تب نداشت. مخاط کمی رنگ پریده (pale)، اما غیر ایکتریک بود. شکم در نگاه متسع نبود. اسکار زخم عمل جراحی قبلی بر روی شکم قابل مشاهده بود. در لمس، بیمار از درد شکم شاکی نبود و تندرست واضحی وجود نداشت. در ناحیه باسن راست یک زخم در حدود ۵ سانتیمتر وجود داشت که از آن ترشحات خون آلود خارج می شد. حجم ترشحات در حدود ۴۰ سی سی روزانه بود. در سمع ناحیه باسن، برویی شنیده نشد. نبض فمورال، پوپلیته و دیستال اندام تحتانی ملموس و در حد قرینه بود. علائم ایسکمی و یا ادم

جراح، با تشخیص آبسه ناحیه باسن راست مورد عمل جراحی درناژ آبسه قرار می گیرد. پس از عمل، زخم باز بوده و بیمار مرتباً دچار ترشحات خون آلود می شده است. بیست روز پس از عمل جراحی اول، درد ناحیه باسن تشدید شده و همراه با آن بیمار احساس درد در نواحی تحتانی و راست شکم نموده و همزمان هماچوری و نیز تب و لرز داشته است. در سونوگرافی و سیتی اسکن انجام شده از شکم و لگن، تشخیص آبسه پسواس راست گذاشته شده و با این تشخیص بیمار مورد عمل جراحی دوم قرار می گیرد. شکم بیمار تحت بیهوشی عمومی در پوزیشن سوپاین و با برش پارارکتوس راست و به صورت رتروپریتون باز شده و آبسه روی پسواس راست که تا ناحیه لگن راست ادامه داشته درناژ می شود. کشت ترشحات آبسه موید وجود باکتری های بی هوازی بوده است. بیمار در این حالت با حال عمومی خوب و با دستور دارویی آنتی بیوتیک و مسکن مرخص می شود.



تصویر شماره ۱: تصویر آنژیوگرافی بیمار (پسودوآنوريسم در شريان ايلياک داخلی راست)

در اندام تحتانی وجود نداشت، همچنین محدودیت حرکات خفیفی در اندام تحتانی راست وجود داشت که مربوط به شکستگی لگن قلی و آسیب عصبی بود.

در رادیوگرافی لگن انجام شده، خط شکستگی قدیمی در سمت راست و کلسیفیکاسیون دیواره عروق بعلاوه کاهش دانسیته استخوانی گزارش گردید.

در سونوگرافی شکم و لگن انجام شده نکته پاتولوژیکی مشاهده نشد. با توجه به شرح حال و شکم به ضایعه عروقی، جهت بیمار آنژیوگرافی عروق لگنی انجام شد. در آنژیوگرافی انجام شده، آنوریسم کاذب در شریان ایلپک داخلی راست با گسترش آنوریسم به باسن راست گزارش گردید، همچنین شریانهای ایلپک خارجی راست، ایلپک خارجی و داخلی چپ نرمال بودند (تصویر شماره ۱).

بیمار تحت بی حسی اپیدورال با برش پارارکتوس راست تحت عمل جراحی قرار گرفته و پس از تخلیه، هماتوم کف لگن شریان ایلپک داخلی در کف لگن اکسیپلور شد و پروگزیمال و دیستال آنوریسم در محل لبه شکستگی قدیمی لیگاتور شد.

پس از سه روز بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد.

بحث:

اطلاعات اپیدمیولوژیک کمی در مورد شیوع آنوریسم ایلپک داخلی وجود دارد. در یک مطالعه به روش اتوپسی، Luke و Rea نشان دادند که آنوریسم ایلپک داخلی تنها در حدود ۰/۴ درصد شیوع تمام موارد آنوریسم های داخل شکمی را تشکیل می دهد (۴). در یک مطالعه مروری ۲۸ درصد از ۷۶ بیمار مبتلا به آنوریسم ایلپک داخلی دچار آنوریسم در هر دو طرف بودند (۵). هر چند Lowry و Kraft نشان دادند که تنها ۴۳ درصد آنوریسم های ایزوله شریان ایلپک مربوط به شریان ایلپک داخلی است (۶)، با این وجود گزارشات متعددی این رقم را ۱۸/۸ درصد، ۲۰ درصد و ۳۹

درصد عنوان کرده اند (۷،۳).

علت اصلی تشکیل این آنوریسم آترواسکلروز است ولی در تعدادی از مقالات ایجاد آنوریسم بدنال آمبولی سپتیک در فرد مبتلا به آندوکاردیت و همچنین ایجاد آنوریسم بدنال تروما نیز گزارش شده است. سایر علل عبارتند از سندرم مارفان، نکروز مدیای شریانی، فیرودیسپلازی و سیستمیک نکروزیس. در بیش از ۶۵ درصد موارد، این آنوریسم ها متعدد بوده و بیماران فاقد علائم می باشند (۷،۳).

به علت نادر بودن و نیز تشکیل در ناحیه عمقی لگن، تشخیص این نوع آنوریسم مشکل است و معمولاً به صورت دیررس تظاهراتی یابد (۱).

پارگی این آنوریسم بدون درمان، مرگ و میری در حدود ۵۸ درصد دارد. درمان جراحی آن بسیار مشکل بوده و علی رغم درمان حتی در موارد غیر اورژانس مرگ و میری در حدود ۱۰ درصد دارد. مرگ و میر بالا به علت گوناگونی تظاهراتی است که اکثراً باعث تاخیر در تشخیص می شود (۸،۷،۱).

علائم بالینی شایع عبارتند از: درد مبهم در قسمتهای تحتانی شکم، درد پشت، ایجاد هیدرونفروز و نارسایی کلیه به علت انسداد حالب و یا اثرات فشاری بر مثانه، پیلونفریت و علائم نورولوژیک مانند درد اندام یا پشت به علت اثرات فشاری بر شبکه ساکرال، ایجاد ایلئوس و یبوست به علت اثرات فشاری بر سیگموئید یا رکتوم، خونریزی از دستگاه گوارش تحتانی، لنگش متناوب، اثرات فشاری بر وریدهای لگنی، ترومبوفلیت و ایجاد نارسایی قلبی به علت فیستول با ورید ایلپک یا پارگی آنوریسم و ایجاد خونریزی و در معاینه فیزیکی، معمولاً یک توده نبض دار در معاینه شکم یا معاینه رکتال لمس می شود (۱).

موارد بدون علامت معمولاً توسط سونوگرافی، سیتی اسکن و یا آنژیوگرافی تشخیص داده می شوند. امروزه با گسترده شدن استفاده از سیتی اسکن، تشخیص و درمان این آنوریسم ها شیوع بیشتری یافته است (۹).

استفاده از آن کنتراورسيال به نظر می رسد و بهتر است تنها در بيماران با خطر بالاو در بيمارانی که در آنها انجام عمل جراحی باز ممنوعیت دارد، انجام شود (۳، ۱۱، ۱۲).

بطور خلاصه در حال حاضر در فرد سالمی که تحمل انجام عمل جراحی دارد، تکنیک جراحی به روش رتروپريتونتال و رزکسيون و ترميم شريان بهترين روش به نظر می رسد. عوارض اصلی انجام عمل جراحی باز شامل ايسکمی نخاع و رکتال (چه به صورت ليگاتور موقت و چه به صورت ليگاتور دائمی شريان در هنگامی که شريان ترميم نمی شود) است و به همین علت باید قبل از اقدام به ليگاتور کامل شريان با استفاده از آئزیوگرافی عروق لگنی از فانکشنال بودن شريان ايلياک سمت مقابل مطمئن بود و در صورتی که ايلياک سمت مقابل سالم باشد در فرد با خطر بالا می توان از روشهای ليگاتور شريان، اندواسکولار گرافت و Coil occlusion استفاده نمود. در صورت وجود تنگی یا ترومبوز در پروگزيمال ايلياک داخلی سمت مقابل، بستن شريان ممنوعیت داشته و ممکن است باعث ايسکمی لگن و ناحیه گلوئتال شود (۱، ۳، ۱۳، ۱۴).

نتیجه گیری:

آنوريسم ايلياک داخلی نادر، اما بالقوه کشنده است و می تواند به راحتی با ساير بيماری ها اشتباه گرفته شود. اغلب علل ایجاد آن دژنراسيون و آترواسکلروز است، به علت نادر بودن و نیز تشکیل در ناحیه عمقی لگن، تشخیص این نوع آنوريسم مشکل است و معمولاً به صورت دیررس ظاهر می یابد. پارگی این آنوريسم بدون درمان، مرگ و مير بالایی دارد. علايم بالینی آن متنوع بوده و به همین علت نکته مهم مد نظر قرار دادن این بيماری در تشخیص های افتراقی است. در معاینه فیزیکی، معمولاً یک توده نبض دارد در معاینه شکم یا معاینه رکتال لمس می شود. موارد بدون علامت معمولاً توسط سونوگرافی، سیتی اسکن و یا آئزیوگرافی تشخیص داده می شوند. با توجه به امکان بالای پارگی آنوريسم های شريان ايلياک، درمان باید به صورت

با توجه به امکان بالای پارگی آنوريسم های شريان ايلياک، درمان باید به صورت تهاجمی انجام شود و در صورتی که اندازه آنوريسم حداقل ۳ سانتی متر باشد باید درمان مداخله گرانه انجام گیرد. برای سالهای زیادی پس از آنکه Mac laren اولین مورد ليگاسيون شريان در محل آنوريسم را در سال ۱۹۱۳ گزارش نمود، روش جراحی باز، تنها روش موجود برای درمان آنوريسم شريان ايلياک داخلی بود. پس از آن تاکنون روشهای زیادی مانند رزکسيون و آناستوموز مجدد، ليگاتور پروگزيمال و ديستال آنوريسم، استفاده از Coil occlusion و جایگزینی گرافت آندواسکولار مورد استفاده قرار گرفته است. در حال حاضر درمان استاندارد این آنوريسم ها، رزکسيون و ترميم جراحی است (۶-۴، ۱۰).

آمبولیزاسيون از طريق پوست جهت ایجاد ترومبوز در ساک ممکن است نیاز به انجام عمل جراحی باز را مرتفع سازد ولی تاکنون تعداد موارد کمی از موارد موفقیت آمیز این نوع درمان گزارش شده است. در یک مورد بيمار ۲ سال پس از انجام Coil occlusion به علت پارگی ناگهانی آنوريسم فوت نموده است (۱).

پیگیری با سیتی اسکن برای اطمینان از اینکه آنوريسم ترومبوزه شده و رو به بزرگ شدن نیست، باید انجام شود (۹، ۱).

استفاده از گرافت آندواسکولار امروزه در درمان آنوريسم های ايلياک متداول شده است. گزارشات اولیه حاکی از مشکل بودن این تکنیک بخصوص در مواردی که ايلياک تورنوزیته دارد، بودند. این گزارشات، موربیدیتی این روش را ۲۷ درصد ذکر نموده اند. عوارض شايع این روش شامل چندین مورد مرگ و مير، خونریزی شدید، انسداد گرافت مصنوعی و ايسکمی اندام و در مواردی آمپوتاسيون اندام بوده است. در دو مطالعه ای که اخیراً انجام شده نتایج کوتاه مدت استفاده از این روش خوب عنوان شده ولی در حال حاضر اعلام نظر در باره نتایج دراز مدت این روش ممکن نیست و فعلاً

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از تمام کسانی که ما را در این طرح یاری نمودند قدردانی می‌گردد.

تهاجمی و توسط یک جراح عروق انجام شود، در حال حاضر درمان استاندارد این آنوریسم‌ها رزکسیون و ترمیم جراحی است.

منابع:

1. Philpott M, Parker FM, Benton CR, Bogey WM, Powell CS. Isolated internal iliac artery aneurysm resection and reconstruction: operative planning and technical considerations. *Am Surg*. 2003 Jul; 69(7): 569-72.
2. Soury P, Brisset D, Gigou F, Saliou C, Angel F, Laurian C. Aneurysms of the internal iliac artery: management strategy. *Ann Vasc Surg*. 2001 May; 15(3): 321-5.
3. Matsumoto K, Matsubara K, Watada S, Akiyoshi T, Inoue F, Kaneda M, et al. Surgical and endovascular procedures for treating isolated iliac artery aneurysms: ten-year experience. *World J Surg*. 2004 Aug; 28(8): 797-800.
4. Lucke B, Rea MH. Studies on aneurysm: general statistical data on aneurysm. *JAMA*. 1991; 177: 935-40.
5. Silver D, Anderson EE, Porter JM. Isolated hypo gastric artery aneurysm: review and report of three cases. *Arch Surg*. 1997 Aug; 95(2): 308-12.
6. Lowry SF, Kraft RO. Isolated aneurysms of the iliac artery. *Arch Surg*. 1998 Nov; 113(11): 1289-93.
7. Minato N, Itoh I, Natsuaki M, Nakayama Y, Yamamoto H. Isolated iliac artery aneurysm and its management. *Cardiovasc Surg*. 1999 Aug; 2(4): 489-94.
8. Desiron Q, Detry O, Sakalihan N, Defraigne JO, Limet R. Isolated atherosclerotic aneurysms of the iliac arteries. *Ann Vasc Surg*. 1995; 9(Supple): S62-S6.
9. Soundarajan K, Siddiqui MZ, Marin ML. Soft-tissue images. Bilateral large iliac artery aneurysms. *Canad J Surg*. 2000 Apr; 43(2): 87-9.
10. Brin BJ, Busutil RW. Isolated hypogastric artery aneurysms. *Arch Surg*. 1999 Oct; 117(10): 1329-33.
11. Casana R, Nano G, Dalainas I, Stegher S, Bianchi P, Tealdi DG. Midterm experience with the endovascular treatment of isolated iliac aneurysms. *Int Angiol*. 2003 Mar; 22(1): 32-5.
12. Scheinert D, Schroder M, Steinkamp H, Ludwig J, Biamino G. Treatment of iliac artery aneurysms by percutaneous implantation of stent grafts. *Circulation*. 2000 Nov; 102(Supple3): 253-8.
13. Magliocca JF, Faerber GJ, Upchurch GR Jr. Solitary common iliac artery inflammatory aneurysm in a healthy woman: case report and review of the articles. *Ann Vasc Surg*. 2005 Nov; 19(6): 890-5.
14. Parry DJ, Kessel D, Scott DJ. Simplifying the internal iliac artery aneurysm. *Ann R Coll Surg Eng*. 2001 Sep; 83(5): 302-8.