

## مالفورماسیونهای عروقی روده و گزارش دو مورد از آن

دکتر نوریه شریفی<sup>۱</sup> دکتر عباسعلی امید<sup>۲</sup> دکتر احمد وثوقی نیا<sup>۳</sup> دکتر علیرضا توسلی<sup>۴</sup> دکتر احمد بذرافشان<sup>۵</sup>  
<sup>۱</sup> استادیار گروه پاتولوژی<sup>۲</sup> استاد گروه پاتولوژی<sup>۳</sup> استادیار گروه داخلی<sup>۴</sup> استادیار گروه جراحی<sup>۵</sup> دانشیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مجله پزشکی هرمزگان سال هفتم شماره سوم پاییز ۸۲ صفحات ۱۵۱ - ۱۵۵

### چکیده

**مقدمه:** مالفورماسیونهای عروقی دستگاه معدی روده ای از علل نادر خونریزی های گوارشی بشمار می آیند. خونریزی از این ضایعات اغلب عودکننده و تشخیص معمولاً ماهها تا سالها با تأخیر صورت می گیرد. روشهای تشخیصی قبل از عمل ارزش کمی در نشان دادن این ضایعات دارند و جستجوی جراحی اغلب جهت تشخیص مورد نیاز است.

**مورد:** در این مقاله دو مورد از مالفورماسیون عروقی روده باریک معرفی می شود که مورد اول مربوط به پسر ۱۰ ساله می شود که با خونریزی حجیم دستگاه گوارش تحتانی نیاز به عمل جراحی اورژانس پیدا کرد و پس از بررسی آسیب شناسی تشخیص همانژیوم شریانی وریدی روده کوچک داده شد و مورد دوم مربوط به مرد ۲۹ ساله می باشد که با شکایت ملنای متناوب و آنمی مراجعه کرده است و در بررسی رادیوگرافی با ماده حاجب توده غیرطبیعی در ناحیه ایلئوم مشخص شد و پس از بررسی آسیب شناسی تشخیص مالفورماسیون عروقی روده باریک داده شد.

**بحث:** نتیجه درمان پس از برداشت قسمت های مبتلا با عمل جراحی بسیار خوب است و تشخیص قطعی با بررسی های آسیب شناسی انجام گردید.

**کلیدواژه ها:** بیماریهای عروقی - آنمی - خونریزی معدی روده ای

نویسنده مسئول:

دکتر نوریه شریفی

خیابان احمدآباد - بیمارستان

قائم - بخش آسیب شناسی

تلفن: ۰۹۸ ۴۱۱ ۸۴۰۶۰۱۵

### مقدمه:

ضایعات عروقی گوارشی مطرح است (۲، ۳، ۱۱، ۱۹). منابع دیگر موارد متعددی از اختلالات عروقی روده را به عنوان علت غیرمعمول آنمی انسداد، خونریزی و پرفوراسیون لوله ی گوارش گزارش می کنند که عمدتاً روده بزرگ را درگیر کرده و موارد ابتلاء روده کوچک در مقایسه با روده بزرگ ۷ - ۸ برابر کمتر مشاهده شده است (۱۳). در یک بررسی انجام شده بر روی ۳۹ بیمار با اختلال با اختلال عروقی روده توسط ریچاردسون و همکاران آرتیوگرافی به عنوان مفیدترین راه تشخیصی در ۳۵ مورد از بیماران معرفی شده است و بررسی های سیستمیک و آنژیوگرافی احشائی با تزریق رنگ های حیاتی قبل از عمل جراحی به عنوان مهمترین اقدامات

مالفورماسیونهای عروقی دستگاه معدی - روده ای به عنوان یک علت غیرمعمول خونریزی گوارشی مطرح می باشد (۱، ۲، ۳، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۱۸).

این ضایعات بصورت منفرد - متعدد و یا با طرح منتشر در هر قسمتی از دستگاه گوارش ممکن است ایجاد شوند. علائم بالینی بیماری طیف گسترده ای دارد ممکن است فاقد علامت و در حالت شدید آن بیمار با خونریزی گوارشی، آنمی، انسداد مراجعه کند (۳، ۴، ۸).

تشخیص قبل از عمل جراحی مشکل است و روشهایی چون آندوسکپی دستگاه هاضمه، سونوگرافی و تنقیه با ریم ارزش کمی در تشخیص این اختلالات دارند. آنژیوگرافی بعنوان روش استاندارد طلایی تشخیصی

مقاطع متعدد عروق در اندازه های متفاوت با پوشش آندوتلیال مشخص، برخی با جدار ضخیم عضلانی و برخی با جدال نازک محصور به استرومای ادماتو عمدتاً در ناحیه زیر مخاط دیده شد و گزارش آسیب شناسی همانژیوم شریانی وریدی روده باریک در ناحیه میانی روده باریک می باشد (تصویر ۱).

آقای ۲۹ ساله با سابقه ملنای متناوب و آنمی از حدود ۸ ماه قبل مراجعه کرده است. ملنای او هر ۱۰ - ۷ روز تکرار می شده است و در بین جملات بیمار اجابت مزاج با رنگ مدفوع طبیعی داشته است. در این مدت جهت تصحیح کم خونی سه بار در بیمارستان بستری و خون دریافت کرده است. بررسی آندوسکوپی معده و کولون و سی تی اسکن بیمار طبیعی و بررسی رادیوگرافیک با ماده حاجب توده غیرطبیعی در ناحیه ایلئوم انتهایی با جابجایی قوسهای روده ای را نشان داد (تصویر ۲).

بیمار تحت لاپاراتومی تشخیصی قرار گرفت و توده حجیم در ناحیه ایلئوم ترمینال دیده شد. ورزکسیون پارسیل روده باریک انجام گردید که نمونه ارسالی جهت بررسی هیستوپاتولوژی شامل ۲۷ سانتیمتر از طول روده باریک به همراه بافت همبندی چربی مزانتریک با حداکثر قطر ۶/۵ سانتیمتر با سطح سروزی پرخون دارای کانونهای متعدد قهوه ای تا سیاه رنگ ۰/۵ - ۰/۴ سانتیمتر در سطح خارجی بود (تصویر ۳).



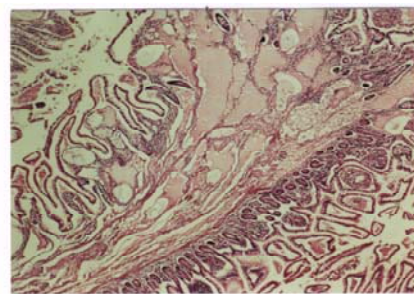
نصویر ۲: رادیوگرافی با ماده حاجب جابجایی قوسهای روده ای در ناحیه ایلئوم انتهایی را نشان می دهد

درمانی جهت پرهیز از لاپاراتومی غیرمفید توصیه می شود (۱۸).

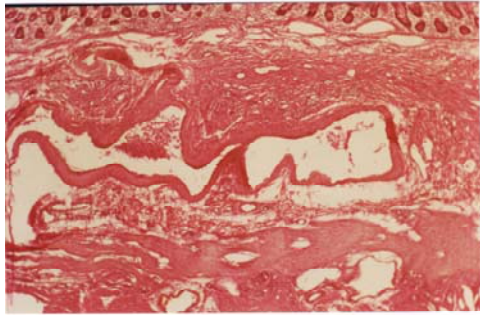
در این گزارش دو مورد غیرمعمول از مالفورماسیون عروقی روده باریک در ژنوم پسر بچه ۱۰ ساله و ایلئوم انتهایی مرد ۲۹ ساله معرفی می شوند.

### معرفی بیماران:

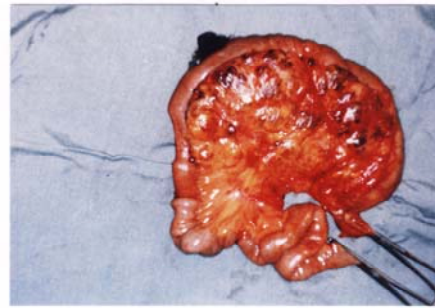
پسر بچه ۱۰ ساله با خونریزی شدید دستگاه گوارش تحتانی مراجعه نمود. در معاینه بالینی جز رنگ پریدگی مخاطها و نبض سریع یافته دیگری مشاهده نشد. چهار سال قبل با درد شکم آندوسکوپی معده می شود و با تشخیص زخم پپتیک درمان طبی شده است. پس از آنیماسیون و دریافت خون جهت تصحیح آنمی با تشخیص خونریزی گوارشی با نامشخص مورد عمل جراحی قرار می گیرد و به دلیل خونریزی شدید و هماتوکریت پایین (۴ گرم در دسی لیتر) اقدامات تشخیصی قبل از عمل مانند آندوسکوپی و رادیوگرافی با ماده حاجب انجام نشد. نمونه ارسالی مربوط به این بیمار جهت بررسی آسیب شناسی شامل رزکسیون پارسیل ۸ سانتی متر از روده کوچک با حداکثر فقط ۲/۵ سانتیمتر می باشد که سطح سروزی آن پرخون و حداکثر ضخامت جداری آن ۴ سانتیمتر است سطح مخاطی نرمال و دارای چین های عرضی ظریف می باشد. در بررسی آسیب شناسی از مقاطع جدار روده باریک آنومالی عروقی متشکل از



تصویر ۱: نمای میکروسکوپی مقاطع جدار روده باریک یا مقاطع عروقی متعدد متسع در ناحیه کوریون و زیر مخاط (H&E×250)



تصویر ۴: نمای میکروسکوپی برشهای روده باریک با مقاطع عروقی متعدد متسع و نامنظم در کوریوم و زیر مخاط (H&E×400)



تصویر ۳: نمای ماکروسکوپی رزکسیون پارسیل روده باریک باندولهای متعدد قهوه ای رنگ در سروز جداری

دائلو، سندرم کلیل ترنونی (Klippel Trenaunay Syndrome) و پسودو گزانتوما الاستیکوم (Pseudoxanthoma Elasticum) که معمولاً با ضایعات عروقی پوست و غشاهای مخاطی و ارگانهای داخلی همراه می باشند (۳، ۵، ۸، ۱۵، ۱۶، ۱۷).

اتساع عروقی کولون که اغلب در افراد پیر دیده می شود عمدتاً کولون راست (سکوم و کولون صعودی) را درگیر می کند و اصطلاحات مترادف آن آنژیودیسیپلازی و مالفورماسیون شریانی وریدی است و بیماران اغلب با حملات عودکننده و خفیف خونریزی دستگاه گوارش تحتانی مراجعه می کنند. نشان دادن اتساع عروقی در روده های جراحی شده مشکل است و معمولاً نیاز به تزریق سیلیکون دارد (۶). بررسی آسیب شناسی این ضایعات عروقی متسع با جدار نازک وریدی و شریانی در مخاط و زیر مخاط را نشان می دهد (۶، ۱۶). همانژیوم ها بر اساس ترکیب اصلی عروقی ممکن است کاورنو - کاپیلر و آرتریو ونو باشند.

فرم کاپیلری معمولاً کوچک و بدون علامت و منفرد است و از کاپیلرهای نزدیک به هم ساخته شده است و اغلب در روده کوچک، آپاندیس و پوست پری آنال دیده می شود (۷، ۱۵).

همانژیوم کاورنو که از فضاها عروقی شبه سینوسی محصور به بافت ظریف همبندی ساخته شده است ممکن است منتشر یا موضعی باشد و عمدتاً در کولون و رکتوم دیده می شود (۱۵، ۲۰).

همانژیوم شریانی وریدی هم مشابه همانژیوم کاورنو اغلب در روده بزرگ ایجاد می شود و از عروق وریدی و شریانی

در برش ضخامت جداری و سطح مخاطی کاملاً نرمال و در بررسی میکروسکوپی مقاطع عروقی متعدد متسع از نوع لنفاتیک، شریانی و وریدی در ناحیه زیر مخاط، لامیناپروپریا و سطح سروزی روده دیده شد و گزارش آسیب شناسی مالفورماسیون عروقی روده باریک در ناحیه ایلئوم ترمینال می باشد هم اکنون که ۶ ماه از عمل جراحی بیمار می گذرد حال عمومی او خوب است.

### بحث و نتیجه گیری:

عروق سرگردان و انحراف تکاملی عروق شایع تر از سایر قسمتهای مختلف بدن در دستگاه گوارش دیده می شود. این اختلالات که یک علت ناشایع خونریزی گوارشی محسوب می شوند ممکن است از هنگام تولد وجود داشته باشند و یا بصورت شایع تر در طول سالها یا ماهها بعد بصورت ضایعه اکتسابی ظاهر کنند. گروه بندی اختلالات عروقی دستگاه هاضمه متغیر است و بر اساس خصوصیات میکروسکوپی و ماکروسکوپی و ارتباط با بیماریهای سیستمیک به دو گروه عمده تقسیم می شوند (۷، ۱۶):

الف) اختلالات عروقی که تنها دستگاه گوارش را درگیر می کنند شامل اتساع عروقی کولون (Vascular Ectasia)، همانژیوم (Hemangioma) و اتساع ورید (Phlebectasia). ب) اختلالات عروقی روده ای همراه با بیماریهای سیستمیک مانند اسکرودرمی، تالانژکتازی هموراژیک ارثی، سندرم ترنر، سندرم خال آبی (Blue Rubber Bleb nevus)، سندرم اهلر

سالها با تأخیر صورت می گیرد و روشهای تشخیصی مانند آندوسکوپی، بررسی دستگاه گوارشی با باریوم و سنتی گرافی ارزش کمی در مشخص کردن این اختلالات دارند. آنژیوگرافی بعنوان روش استاندارد تشخیصی در این موارد مطرح است (۲، ۹، ۱۱، ۱۸). تشخیص قطعی با امتحان آسیب شناسی قسمتهایی از روده که واجد اختلالات فوق هستند، می باشد. در این بررسی عروق متسع و فضاهای شبه سینوسی محصور به بافت همبندی سست که گاهی دارای رشته های عضلانی صاف است دیده می شود (۷، ۱۵). نتایج اعمال جراحی پس از رزکسیون قسمت مبتلا بسیار خوب است مواردی از آنژیودیسیپلازی لوله گوارش درمان شده با کوآگولاسیون آندوسکوپی و انفوزیون وازوپرسین گزارش شده است (۱۴).

مالفورماسیونهای عروقی یکی از علل دفع خون از طریق دستگاه گوارش می تواند باشد که لازم است متخصصین بالینی و جراحی این ضایعات را در تشخیص افتراقی خونریزی دستگاه گوارش مورد توجه قرار دهند.

غیرنئوپلازیک متسع و نامنظم ساخته شده است (۱۵، ۱۷). اتساع ورید که از همه شایعتر در قسمت تحتانی مری با هیپرتانسیون پورتال دیده می شود می تواند با درگیری کولون رکتوسگموئید و روده کوچک خونریزی شدید گوارشی ایجاد کند (۷، ۲۱). علیرغم شیوع بیشتر مالفورماسیونهای عروقی گوارشی در ناحیه سکوم موارد گزارش شده مطالعه حاضر درگیری مشخص روده کوچک داشتند علاوه بر آن مقالات متعدد مالفورماسیون عروقی روده باریک را گزارش کرده اند (۹، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۹).

شیوع و پاتوژنز این ضایعات بخوبی شناخته شده نیست، زیرا افراد بدون علامت معمولاً مورد بررسی های تشخیصی قرار نمی گیرند.

بیماران ممکن است کاملاً بدون علامت باشند و یا با خونریزی حجیم گوارشی و یا خون مختصر در مدفوع مراجعه کنند (۹، ۱۰، ۱۱) خطر تکرار خونریزی بستگی به تعداد ضایعات و وجود همزمان اختلال انعقادی و یا بد عملکردی پلاکتها در بیماران می باشد. تشخیص آنومالی عروقی دستگاه گوارش اغلب ماهها تا

## References

## منابع و مآخذ

1. Assens P, Gossot D, Fraioli JP, et al. Vascular malformations of the digestive tract: a cause of severe digestive hemorrhage. Apropos of 2 cases. *J Chir (Paris)*. 1985;122(1):47-52.
2. Afifi R, EL Alaoui M, Kerkeb O. A rare cause of lower digestive tract bleeding: angiodysplasia the small bowel. *J Chir (Paris)*. 1997;134(4):189-192.
3. Boley SJ, Brandt LJ. Vascular ectasias of the colon-1986. *Dig Dis Sci*. 1986;31(9 suppl):265-425.
4. Calvo AM, Erce R, Monton S, et al. Cavernous heamangioma of the small bowel: an uncommon cause of intestinal obstruction. *An Sist Sanit Navar*. 2003;26(3):437-440.
5. Camilleri M, Chadwick VS, Hodgson HJ. Vascular anomalies of the gastrointestinal tract. *H Epatogastroenterology*. 1984;31(3):149-153.
6. Crawford ES, Roehm JO, McGavran MH. Jejunoileal arteriovenous malformation: localization for resection by segmental bowel staining techniques. *Ann Surg*. 1980;191(4):404-409.
7. Evans WE, O'Dorisio TM, Molnar W, et al. Intraoperative localization of intestinal arteriovenous malformation. *Arch Surg*. 1978 Apr; 113(4):410-412.
8. Fuentes Coronel AM, Rodriguez Perez A, Mateos Dorado R, et al. Recurrent gastrointestinal bleeding for mesenteric heamangioma with small intestine involvement. *Med Clin (Barc)*. 2002;119(11):437-438.
9. Hubert D, Zuber M, Berrod JL, et al. Anemia in the elderly subject secondary to jejunal vascular malformation. Apropos of 2 cases. *Rev Med Interne*. 1986;7(3):256-270.
10. Iwata Y, Shiomi S, Otso R, et al. A case of cavernous heamangioma of the small intestine diagnosed by scintigraphy with Tc-99m-labeled red blood cells. *Ann Nucl Med*. 2000;14(5):373-376.
11. Iuchtman M, Zer M, Auslander L, et al. Importance of small bowel involvement in bleeding angiodysplasia. *Isr J Med Sci*. 1986;22(11):828-832.

12. Lyon DT, Mantia AG. Large-bowel hemangiomas. *Dis Colon Rectum*. 1984;27(6):404-414.
13. Moore JD, Thompson NW, Appelman HD, et al. Arteriovenous malformation of the gastrointestinal tract. *Arch Surg*. 1976;111(4):381-389.
14. Rosenbusch F, Fennis JF, Strijk Sp, et al. Gastro-intestinal bleeding and vascular calcification in pseudoxanthoma elasticum (author's transl). *ROFO Fortschr Geb Rontgenstr Nukleanned*. 1977;127(6):555-556.
15. Richardson JD, Max MH, Flint LM, et al. Bleeding vascular malformations of the intestine. *Surgery*. 1978;84(3):430-436.
16. Reed DK, porter LE, Zajko Ab, et al. Rre-and intraoperative localization of small bowel arterioverous malformation. *J Clin Gastroenterol*. 1986;8(2):166-170.
17. Simon T, Orangio G, Ambroze W, et al. Laparoscopic-assisted bowel resection in pediatric/adolescent inflammatory bowel disease: laparoscopic bowel resection in children. *Dis Colon Rectum*. 2003;46(10):1325-1331.
18. Sandbichler P, Pernthaler H, Schmid T, et al. Intestinal angiodysplasia as a cause of severe intestinal hemorrhage-report of 4 cases. *Klin Wochenschr*. 1990;68(5):290-293.
19. Stening SG, Heptinstall DP. Diffuse cavernous heamangioma of the rectum and sigmoid colon. *Br J Surg*. 1970;57(3):186-189.
20. Waxman JS, Tarkin N, Dave P, et al. Fatal hemorrhage from rectal varices: report of two cases. *Dis Colon Rectum*. 1984;27(11)749-750.
21. Wolff WI, Grossman MB, Shinya H, Angiodysplasia of the colon: diagnosis and treatment. *Gastroenterology*. 1977;72(2):329-333.