

پارگی آنوریسم شریان طحالی در طی حاملگی: گزارش موردی

چکیده

پارگی خود به خودی آنوریسم شریان طحالی در حاملگی، حادثه‌ای نادر و مرگبار است. خطر پارگی آنوریسم‌های شریان طحالی حدود ۳-۵٪ است که این میزان در طی حاملگی به ۲۰٪ می‌رسد. میزان مرگ و میر مادر و جنین در اثر پارگی آنوریسم به ترتیب ۷۰٪ و ۹۵٪ است. آنوریسم شریان طحالی در قریب به ۷۰٪ از بیماران مبتلا به افزایش فشار خون سیاهرگ باب (*Portal hypertension*) و اسپلنومگالی دیده می‌شود. از سوی دیگر در ۱۰٪ از بیماران مبتلا به آنوریسم شریان طحالی، علائم افزایش فشار خون سیاهرگ باب (*Portal hypertension*) دیده می‌شود. در بررسی متون تاکنون بیش از ۱۰۰ مورد پارگی آنوریسم شریان طحالی در طی حاملگی گزارش شده است که از میان آنها تنها در ۱۳ مورد مادر و جنین از مرگ نجات یافته‌اند. هدف از این گزارش، تأکید بر تشخیص زودرس و تصمیم‌گیری سریع در جهت افزایش احتمال بقای مادر و کودک است.

بیمار خانمی ۲۷ ساله، با سن حاملگی ۳۱ هفته بود که برای نخستین بار باردار شده بود. بیمار با درد ناگهانی و شدید سر شکم (*Epigastrium*) همراه با تهوع و استفراغ به بخش اورژانس بیمارستان حضرت رسول اکرم دانشگاه علوم پزشکی ایران در تهران مراجعه کرد. در معاینه بدنی، بیمار در حالت پیش شوک (*Preshock*) بود و نواحی سر شکم (*Epigastrium*) و چارک فوقانی چپ شکم دردناک (*Tender*) بودند. در معاینه مامائی بجز برادیکاردی شدید جنین نکته غیر طبیعی دیگری وجود نداشت. بیمار بلافاصله تحت شکم‌شکافی (*Laparotomy*) اورژانس قرار گرفت و آنوریسم پاره شده شریان طحالی زگ‌بندی (*Ligature*) شد. متأسفانه جنین حین عمل فوت شد. بیمار پس از بهبود، با تشخیص افزایش فشار خون سیاهرگ‌باب (واریس مری در درون بینی [*Endoscopy*]) تشخیص شد.

کلید واژه‌ها: ۱- بیماریهای عروق ۲- آنوریسم شریان طحالی

۳- حاملگی ۴- افزایش فشار خون سیاهرگ باب (*Portal hypertension*)

مقدمه

در برخورد با بیمار حامله‌ای که بدون سابقه قبلی در حالت شوک به بخش اورژانس ارجاع می‌شود، تصمیم‌گیری صحیح و سریع پزشک الزامی و برای بیمار حیاتی است. این تصمیم‌گیری به دانش پزشک در مورد تشخیص‌های افتراقی احتمالی بستگی دارد و او باید این نکته را که تغییرات فیزیولوژیک (*Physiological*) حاملگی ممکن است عاملی

در جهت مخفی ماندن بیماریهای زمینه‌ای در زنان حامله باشد، در نظر داشته باشد. یکی از بیماریهای بسیار نادری که باید در چنین حالاتی مدنظر پزشک باشد، پارگی خودبه‌خودی آنوریسم شریان طحالی است.

آنوریسم‌های شریانی یکی از شکلهای ناشایع بیماریهای عروقی هستند که بیماریزائی (*Pathogenesis*) آنها همچنان

(I) دانشیار و مدیر گروه زنان و مامائی، بیمارستان رسول اکرم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، تهران (مؤلف مسئول)

(II) استادیار زنان و مامائی، بیمارستان رسول اکرم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران

(III) دستیار زنان و مامائی، بیمارستان رسول اکرم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران

(IV) پزشک عمومی، بیمارستان رسول اکرم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران

نامشخص باقی مانده است. آنوریسم‌های شریان طحالی شایعترین (۶۰٪) نوع آنوریسم‌های عروقی هستند که در زنان ۴ برابر بیش از مردان دیده می‌شوند^(۲). مهمترین عارضه‌ای که در این بیماران به وقوع می‌پیوندد، پارگی آنوریسم است که به خونریزی داخل شکمی مرگباری منتهی می‌شود.

بیش از نیمی از پارگی‌های آنوریسم‌های شریانی در زنان زیر ۴۰ سال، در دوران باروری و حاملگی رخ می‌دهد^(۲). به طور کلی میزان خطر پارگی آنوریسم‌ها حدود ۳-۵٪ می‌باشد که این میزان در طی حاملگی به ۲۰٪ می‌رسد^(۱). میزان مرگ و میر مادر و جنین ناشی از پارگی آنوریسم شریان طحالی به ترتیب ۷۰٪ و ۹۵٪ است^(۲،۱). بنابراین وجود آنوریسم شریان طحالی در یک زن حامله، وضعیتی بالقوه خطرناک و تهدیدکننده زندگی است. در سال ۱۹۶۷ و اسالوتی (Vasalotti) اولین مورد نجات جان مادر و جنین را در پارگی آنوریسم شریان طحالی در مادری حامله گزارش کرد^(۴). تاکنون بیش از ۱۰۰ مورد پارگی آنوریسم شریان طحالی در طی حاملگی گزارش شده است که از میان آنها تنها در ۱۳ مورد مادر و جنین از مرگ نجات یافته‌اند^(۵).

هدف از گزارش این بیمار تأکید بر تشخیص زودرس و تصمیم‌گیری صحیح و سریع در جهت افزایش احتمال بقای مادر و جنین است.

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۲۷ ساله، با سن حاملگی ۳۱ هفته بود که برای نخستین بار باردار شده بود (Gravida 1 [G1]). بیمار با درد ناگهانی و شدید سر شکم (Epigastrium) که از نیم ساعت قبل از بستری شروع شده بود به همراه تهوع، استفراغ و سرگیجه به بخش اورژانس بیمارستان رسول اکرم دانشگاه علوم پزشکی ایران در تهران مراجعه کرد. بیمار اسهال، استفراغ خونی (Hematemesis) و ملنا نداشت و گزندی (Trauma) نیز به او وارد نشده بود. بیمار سابقه ابتلا به زخم (Ulcer) پپتیک را از سه سال قبل می‌داد. در معاینه بدنی فشارخون برابر ۷۵/۴۵ میلی‌متر جیوه، سرعت نبض برابر ۱۱۰ ضربه در دقیقه و سرعت تنفس ۳۰ بار در دقیقه بود و بیمار دچار درماندگی تنفسی (Respiratory distress) شده بود. در معاینه شکم

دردناکی (Tenderness) و دردناکی در ورجست (Rebound) در چارک فوقانی راست (RUQ) و چارک فوقانی چپ (LUQ) شکم وجود داشت. سایر معاینات بدنی (قلب، ریه و ...) طبیعی بود. در معاینه زنانگی و مامائی، بجز برادی‌کاردی شدید جنین نکته غیرطبیعی دیگری وجود نداشت. نتایج آزمایشهای به عمل آمده در بدو بستری عبارت بودند از: سدیم سرم = ۱۳۷ میلی‌اکی‌والان در لیتر، پتاسیم سرم = ۳/۴ میلی‌اکی‌والان در لیتر، کلرید سرم = ۹۸ میلی‌اکی‌والان در لیتر، بی‌کربنات پلاسمای خون وریدی = ۲۲ میلی‌مول در لیتر، هموگلوبین خون = ۷/۴ میلی‌گرم در دسی‌لیتر، شمارش گویچه‌های سفید خون = ۱۵۴۰۰ در میلی‌متر مکعب (نوتروفیل با هسته چندریخت [Polymorphonuclear] Neutrophil (PMN) = ۶۴٪). نکته‌ای غیرطبیعی نیز در الکتروکاردیوگرافی و پرتونگاری از قفسه سینه بیمار به دست نیامد. گزارش فراصوت‌نگاری (Ultrasonography) شکم حاکی از وجود مایع آزاد فراوان در حفره صفاقی بود. پس از معاینات و آزمایشهای فوق، بیمار با تشخیص احتمالی خونریزی داخل شکمی تحت شکم‌شکافی (Laparotomy) اورژانس قرار گرفت. حدود ۳ لیتر خون داخل شکم بود. پس از تخلیه خونها، پارگی آنوریسم شریان طحالی مشهود شد که به طور موقت رگ‌بندی (Ligature) شد. بلافاصله اقدام به رحم‌شکافی (Hysterotomy) شد و جنین مرده‌ای خارج گردید. پس از ایجاد فضای کافی، اقدام به رگ‌بندی (Ligature) آنوریسم پاره شده شریان طحالی گردید و به دلیل هماتوم وسیع کپسول طحالی، بیمار تحت طحال‌برداری (Splenectomy) قرار گرفت. بیمار پس از بهبود، جهت ارزیابی بیشتر به بخش داخلی انتقال یافت و در آنجا پس از درون‌بینی (Endoscopy) لوله گوارش (که نشاندهنده واریس مری بود) با تشخیص افزایش فشار خون سیاهرگ باب (Portal hypertension) ترخیص شد.

بحث

در بررسی متون موجود مشخص شد که در هیچ‌کدام از موارد گزارش شده، آنوریسم قبل از پارگی تشخیص داده نشده

بود. در تمام موارد، وجود آنوریسم با شکم شکافی (Laparotomy) تشخیص داده شد.

علت (Etiology) دقیق به وجود آمدن آنوریسم شریان طحالی همچنان نامشخص است اما عواملی از قبیل حاملگی، افزایش فشارخون سیاهرگ باب (Portal hypertension) همراه با اسپلنومگالی، فیبرودیسیپلازی شریانی و آترواسکلروز در ارتباط با علت ایجاد آن مطرح شده‌اند^(۲). گزارشهای متعدد نشان داده‌اند که دوسوم پارگیها در سه ماهه سوم حاملگی رخ می‌دهند که برخی از دلایل مهم آن عبارتند از: افزایش حجم داخل عروقی، پرخونی سیاهرگ باب (Portal vein) و نازک شدن میان‌لای (Media) شریانها در اثر تغییرات فیزیولوژیک (Physiological) ایجاد شده در طی حاملگی^(۲،۱). آنوریسم شریان طحالی در بیماران مبتلا به افزایش فشارخون سیاهرگ باب (Portal hypertension) و اسپلنومگالی بیشتر از سایر بیماران دیده می‌شود که احتمالاً به دلیل افزایش جریان خون شریان طحالی است^(۲). براساس آمار موجود، در قریب به ۷٪ از بیماران مبتلا به افزایش فشار خون سیاهرگ باب (Portal hypertension) همراه با اسپلنومگالی، آنوریسم شریان طحالی دیده می‌شود^(۳). از سوی دیگر در ۱۰٪ از بیماران مبتلا به آنوریسم شریان طحالی، علائم افزایش فشار خون سیاهرگ باب (Portal hypertension) دیده می‌شود^(۳). احتمالاً افزایش فشار خون سیاهرگ باب تنها عامل خطر (Risk factor) قابل درمان در طی حاملگی است.

اکثر بیماران مبتلا به آنوریسم شریان طحالی بدون علامت هستند. از سوی دیگر شاه علامت پارگی آنوریسم شریان طحالی عبارت است از درد در ناحیه سر شکم (Epigastrium) و چارک فوقانی چپ شکم که در مدت کوتاهی منجر به شوک ناشی از خونریزی (Hemorrhagic shock) می‌شود. در این بیماران سایر علائم از قبیل تهوع، استفراغ، قطع عصب فرینیک و زایمان طولانی بی‌قدرت (Powerless) ممکن است دیده شود^(۲). گاهی ممکن است تغییرات فیزیولوژیک (Physiological) و همودینامیک حاصل از حاملگی، موجب تخفیف علائم اولیه شوک ناشی از خونریزی (Hemorrhagic shock) که به دنبال پارگی آنوریسم در

لیسرساک (Lesser sac) به وجود می‌آید، بشود (خونریزی مخفی). اما پس از مدتی خون از لیسرساک (Lesser sac) به حفره شکم راه پیدا می‌کند (به این پدیده پارگی مضاعف [Double-rupture] گفته می‌شود) و علائم این شوک بارزتر می‌شود^(۲). بنابراین توجه و مرور دقیق شرح حال و معاینه بدنی (در صورت عدم رد سایر علل شایع خونریزی مخفی) می‌تواند به پزشک در جهت نیل به تشخیص کمک کند. امروزه، یکی از مهمترین فنون (Techniques) تشخیص آنوریسم‌های شریانی، سرخرگ‌نگاری (Arteriography) است. اما در بیمار حامله مشکوک به آنوریسم شریانی، فراصوت‌نگاری (Ultrasonography) و فراصوت‌نگاری داپلر (Doppler) ارجحیت دارند^(۱). درمان آنوریسم شریان طحالی در بیماران زیر توصیه شده است: (۱) کلیه بیماران علامتدار (۲) زنان حامله‌ای که وجود آنوریسم شریان طحالی در آنها به اثبات رسیده است (۳) زنانی که در سنین باروری هستند^(۲،۱). میزان مرگ و میر بیمارانی که تحت عمل جراحی اختیاری (Elective) آنوریسم شریان طحال قرار می‌گیرند، حدود ۰/۵-۱/۳٪ است^(۱). در ضمن پیشنهاد شده است که غربالگری کلیه بیماران زن مبتلا به افزایش فشار خون سیاهرگ باب (Portal hypertension) از جهت وجود آنوریسم شریانی، قبل از حاملگی، انجام گردد^(۱).

منابع

- 1) Hillemanns P, Knitz R, Muller-Hocker J: Rupture of splenic artery aneurysm in a pregnant patient with portal hypertension. *Am J Obstet Gynecol* 174:1995-6, 1996.
- 2) Messina LM, Shanley CJ: Visceral artery aneurysms. *Surg Clin North Am* 2:425-42, 1997.
- 3) Pomerantz RA, Ecnauser FE, Stridel EW, et al: Splenic aneurysm rupture in cirrhotic patients[Letter]. *Arch Surg* 121:1095, 1986.
- 4) Vasalotti SB, Schaller JA: Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy. Report of first known antepartum rupture with maternal and fetal survival. *Obstet Gynecol* 30:264-80, 1967.
- 5) Weber G, Walgenbach S, Bauer H, et al: Rupture of a splenic artery aneurysm intrapartum. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 54:585-60, 1994.

RUPTURE OF SPLENIC ARTERY ANEURYSM DURING PREGNANCY: A CASE REPORT

A. Akbarian, MD^I

A. Mahdizadeh, MD^{II}

F. Arjomand, MD^{III}

R. Alaghebandan, MD^{IV}

ABSTRACT

Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm(SAA) during pregnancy is a rare event with catastrophic consequences. The risk of rupture, generally given as 3% to 5%, rises in pregnancy up to over 20%, with a 70% maternal and 95% fetal mortality rate. Review of the literature reveals that more than 100 cases of ruptured SAAs in pregnancy have been reported. However, mother and fetus have survived in only 13 of these cases. This paper describes a case of SAA rupture during pregnancy, reporting survival of the mother.

A 27-year-old primigravid at 31st week of gestation was admitted because of acute severe epigastric pain, nausea and vomiting. Physical examination showed that she was in a hypovolemic preshock state with tenderness on abdominal palpation in the epigastrium and left upper quadrant. From the obstetrical point of view there was no bleeding and no uterine contraction, but fetus showed severe bradycardia. She immediately underwent an emergency laparotomy, SAA was resected and splenectomy was performed but unfortunately, fetus did not survive. The patient recovered with no complication, however, further evaluation revealed esophageal varices due to portal hypertension.

Key Words: 1) Vascular diseases 2) Splenic artery aneurysm (SAA)
3) Pregnancy 4) Portal hypertension

I) Associate Professor and Head, Department of Obstetrics and Gynecology, Rasul-e Akram Hospital, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Niayesh St., Sattarkhan Avenue, Tehran, Iran (Corresponding author)

II) Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, Rasul-e Akram Hospital, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

III) Resident of Obstetrics and Gynecology, Rasul-e Akram Hospital, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

IV) General Physician, Rasul-e Akram Hospital, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran