

پارگی آنوريسم شريان طحالی در طی حاملگی: گزارش موردی

چکیده

پارگی خود به خودی آنوريسم شريان طحالی در حاملگی، حادثه‌ای نادر و مرگبار است. خطر پارگی آنوريسم‌های شريان طحالی حدود ۳-۵٪ است که این میزان در طی حاملگی به ۲۰٪ می‌رسد. میزان مرگ و میر مادر و جنین در اثر پارگی آنوريسم به ترتیب ۷۰٪ و ۹۵٪ است. آنوريسم شريان 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 آنوريسم شريان طحالی، علائم افزایش فشار خون سیاهرگ باب (*Portal hypertension*) دیده می‌شود. در بررسی متون تاکنون بیش از ۱۰۰ مورد پارگی آنوريسم شريان 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 پیش‌شوگ (*Preshock*) بود و نواحی سر شکم (*Epigastrium*) و چارک فوقانی چپ شکم دردناک (*Tender*) بودند. در معاینه مامائی بجز برادیکاردی شدید جنین نکته غیرطبیعی دیگری وجود نداشت. بیمار بلافاصله تحت شکم‌شکافی (*Laparotomy*) اورژانس قرار گرفت و آنوريسم پاره شده شريان طحالی رگ‌بندی (*Ligature*) شد. متأسفانه جنین حین عمل فوت شد. بیمار پس از بهبود، با تشخیص افزایش فشار خون سیاهرگ باب (واريس مری در درون بیینی [*Endoscopy*]) ترخیص شد.

کلید واژه‌ها: ۱- بیماریهای عروق ۲- آنوريسم شريان 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 درمورد 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 آنوريسم شريان طحالی است.

آنوريسم‌های شريانی 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 نپایش، 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

دردناکی (*Tenderness*) و دردناکی در ورجست (*Rebound*)
 در *tenderness* 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 برادی کاردی شدید جنین نکته غیرطبیعی دیگری وجود
 نداشت. نتایج آزمایشهای به عمل آمده در بدو بستری عبارت
 بودند از: سدیم سرم = 137 میلی اکی والان در لیتر، پتاسیم سرم
 $= 3/4$ میلی اکی والان در لیتر، کلرید سرم = 98 میلی اکی والان
 در لیتر، بیکربنات پلاسمای خون وریدی = 22 میلی مول در
 لیتر، هموگلوبین خون = $7/4$ میلی گرم در دسی لیتر، شمارش
 گویچه های سفید خون = 15400 در میلی متر مکعب (نوتروفیل
 با هسته چندریخت [*Polymorphonuclear*])
 $[PMN] = 64\%$). نکته ای غیرطبیعی نیز در
 الکتروکاردیوگرافی و پرتونگاری از قفسه سینه بیمار به دست
 نیامد. گزارش فراصوت نگاری (*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 شکم شکافی (*Laparotomy*)
 اورژانس قرار گرفت. حدود 3 لیتر خون داخل شکم بود. پس از
 تخلیه خونها، پارگی آنوریسم شریان طحالی مشهود شد که به
 طور موقت رگ بندی (*Ligature*) شد. بلافاصله اقدام به
 رحم شکافی (*Hysterotomy*) شد و جنین مرده ای خارج گردید.
 پس از ایجاد فضای کافی، اقدام به رگ بندی (*Ligature*)
 آنوریسم پاره شده شریان طحالی گردید و به دلیل هماتوم
 وسیع کپسول طحالی، بیمار تحت
 طحال برداری (*Splenectomy*) قرار گرفت. بیمار پس از بهبود،
 جهت ارزیابی بیشتر به بخش داخلی انتقال یافت و در آنجا پس
 از درون بینی (*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 هیچ کدام از
 موارد گزارش شده، آنوریسم قبل از پارگی تشخیص داده نشده

نامشخص باقی مانده است. آنوریسم های شریان طحالی
 شایعترین (60%) نوع آنوریسم های عروقی هستند که در زنان 4
 برابر بیش از مردان دیده می شوند^(۲). مهمترین عارضه ای که
 در این بیماران به وقوع می پیوندد، پارگی آنوریسم است که به
 خونریزی داخل شکمی مرگباری منتهی می شود.

بیش از نیمی از پارگیهای آنوریسم های شریانی در زنان
 زیر 40 سال، در دوران باروری و حاملگی رخ می دهد^(۲). به
 طور کلی میزان خطر پارگی آنوریسم ها حدود $3-5\%$ می باشد
 که این میزان در طی حاملگی به 20% می رسد^(۱). میزان مرگ و
 میر مادر و جنین ناشی از پارگی آنوریسم شریان طحالی به
 ترتیب 70% و 95% است^(۳،۴). بنابراین وجود آنوریسم شریان
 طحالی در یک زن حامله، وضعیتی بالقوه خطرناک و
 تهدیدکننده زندگی است. در سال 1967 واسالوتی (*Vasalotti*)
 اولین مورد نجات جان مادر و جنین را در پارگی آنوریسم
 شریان طحالی در مادری حامله گزارش کرد^(۴). تاکنون بیش از
 100 مورد پارگی آنوریسم شریان طحالی در طی حاملگی
 گزارش شده است که از میان آنها تنها در 13 مورد مادر و جنین
 از مرگ نجات یافته اند^(۵).

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

معرفی بیمار

بیمار خانمی 27 ساله، با سن حاملگی 31 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 داشت و گزندی (*Trauma*) نیز
 به او وارد نشده بود. بیمار سابقه ابتلا به زخم (*Ulcer*) پپتیک را
 از سه سال قبل می داد. در معاینه بدنی فشارخون برابر $75/45$
 میلی متر جیوه، سرعت نبض برابر 110 ضربه در دقیقه و سرعت
 تنفس 30 بار در دقیقه بود و بیمار دچار درماندگی
 تنفسی (*Respiratory distress*) شده بود. در معاینه شکم

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، فیبرودیستلازی 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^(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 فونیک 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

لیرساک (Lesser sac) به وجود می‌آید، بشود (خونریزی مخفی). اما پس از مدتی خون از لیرساک (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 ۵/۰-۳/۱٪ 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.

A. Mahdizadeh, MD^{II}
R. Alaghebandan, MD^{IV}

a 70%

/ SAA's

s. *This*

e with

of view