

Case Report

آنوریسم تروماتیک شریان اکسی پیتال

نویسنده: دکتر فؤاد الهی^۱

خلاصه

در این مقاله یک مورد کودک دوازده ساله با آنوریسم تروماتیک در مسیر شریان اکسی پیتال شرح داده می شود. شرایط رسیدن به تشخیص قبل از عمل جراحی و علائم و نشانه ها و تشخیص افتراقی و نحوه مداوا و مروری بر لیتراتور شرح داده میشود. این بیماری در نوع خود بسیار استثنائی و بی نظیر است.

کلید واژه: آنوریسم تروماتیک، شریان اکسی پیتال

مقدمه:

شریان اکسی پیتال از خلف شریان کاروتید خارجی منشاء می گیرد. درست نقطه مقابل شریان فاشیال خارج می شود. مسیر شریان ابتدا در سطح مدیال شکمی خلفی عضله دوپطنی است. در محل خروج شریان از سطح با عصب هیپوگلو سال در تماس است. در ادامه مسیر خود با عصب دهم و شریان کاروتید داخلی و ورید ژگولر هم مجاورت دارد. در طی مسیر شریان به مجاورت ماستوئید از استخوان تمپورال می رسد. در اینجا است که به نزدیکی عضله رکتوس کاپیتیس می رسد و در روی استخوان تمپورال شیاری می سازد که بنام groove اکسی پیتال معروف است. مسیر حرکت شریان به بالا و به خلف ادامه می یابد و به فاشیای سطحی اسکالپ می رسد، در این

بخش به شاخه های ریز بسیاری تقسیم می شود. بخش انتهایی شریانی بسیار نزدیک به عصب اکسی پیتال بزرگ است. شاخه های ریز آن شامل: استرنوکلیدوماستوئید، ماستوئید، استیلو ماستوئید، اوریکولر، مننژیال، شاخه های ریز اکسی پیتال است (۱).

بروز آنوریسم تروماتیک در عروق

محیطی:

متعاقب تروماها بصورت ضربات نفوذی و غیر نفوذی مانند چاقو، گلوله و ... (در مقابل ضربات غیر نفوذی) ممکن است جداره عروق شریانی صدمه بخورد. این صدمه در جداره شریان ممکن است کامل یا ناقص باشد. گرچه کلمه (blunt) به جای ضربات غیر نفوذی کاربرد دارد، اما گاهی

وقتها ضربه مستقیم روی شریان هم وجود ندارد. صدمات سبب کشیدگی، پارگی یا فشار روی جدار شریان می شود. البته صدمات غیر نفوذی معمولاً کم است. در صدمات غیر نفوذی در عروق سر و گردن تشخیص پاتولوژی از پاتولوژی های داخلی مغزی (داخل جمجمه) بسیار مهم است. این صدمات بخصوص در کاروتید سبب انفارکت مغزی ممکن است باشد. علائم ممکن است زودرس یا تأخیری باشند (۵).

صدمات شریانی بیشتر در کاروتید - ورتبرال و ساب کلاوین و شریان بی نام رخ می دهد. بندرت در روی شاخه های فرعی دیده می شود در کمتر از ۱۲ درصد موارد همراهی چندین صدمه شریانی داریم (۳). اینجا اختصاصاً از عروق سر و گردن بحث

به ميان مي آيد. صدمات عروقي اغلب مواقع با ضايعات ديگر همراهي دارند. بخصوص اينكه علت غالب تروماها، ضربات نافذ است. در يك مطالعه بيشتر صدمات ناشي از تصادف ماشين، گلوله و تركش و چاقو بوده است. صدمه عروق در سر و گردن از نظر بروز علائم عصبي سردرد، سرگيجه، تاري دید، وزوز گوش اهميت دارند (۶).

شرح بيمار:

بیمار کودک دوازده ساله ای است که بدلیل بروز مننژیت چرکی در سال اول تولد اکنون از نظر کارکردهای عالی مغز کاملاً عقب افتاده می باشد. به بخش در مانگامی بیمارستان مراجعه می کند و والدین از حضور ضایعه در حال رشد در روی پوست ناحیه پشت سری در کناره استخوان گوش شاکی هستند. کودک بدلیل بروز تشنج های جنرالیزه تحت مداوای سدیم والپروات و کاربامازپین بوده است و حدود ۲ ماه قبل از مراجعه اخير تشنج مهم با افتادن روی پله ها را داشته اما بروز زخم یا انجام بخیه روی ناحیه صدمه خورده خلف گوش نداشته است. در معاینات بعمل آمده علائم کاهش کارکردهای عالی مغزی، مشکل تکلم وجود دارد.

معاینات عصبي با تشديد رفلکس های هر ۴ اندام، کاهش قدرت در اندام فوقانی سمت چپ دیده می شود. ساير معاینات بالینی طبیعی است. در معاینه ضایعه بصورت توده نسبتاً سفت به اندازه ۱×۱×۱ سانتی متر در محل اتصال استخوان خاره ای به پس سری در خلف استخوان ماستوئید در زیر پوست سر دیده می شود. ضایعه بدلیل موقعیت قدرت حرکت دادن کمی دارد، اما به استخوان چسبندگی ندارد. در عکس ساده بعمل آمده ضایعه فقط بصورت

برجستگی بافت نرم دیده شده و از نظر بافت استخوانی سالم بنظر می رسد. آزمایش فرمول شمارش خون و سرعت رسوب هموگلوبین طبیعی است.

بیمار با تشخیص هماتوم ارگانیزه بدلیل اینکه در حال رشد بود تحت عمل جراحی قرار گرفت. گرچه ضایعات ديگر بافت نرم مانند کیست پیلوئید در تشخیص افتراقی بود. تحت تجویز داروهای خواب آور و آرام بخش زیر نظر متخصص بیهوشی، در اتاق عمل انسزیون خطی درست روی ضایعه و در امتداد خطوط برش استاندارد در امتداد خطوط آناتومیک داده شد. جداره آبی رنگ و سفت ضایعه پدیدار شد. از اطراف شروع به دیسکسیون شد که متوجه امتداد شریان از بخش تحتانی و در بخش فوقانی ضایعه شدیم. برای اطمینان و تأیید تشخیص پاتولوژیک، ضایعه برش داده شده هماتوم ارگانیزه خارج و سپس با خونریزی شریانی مواجه شدیم که با بستن شریان ضایعه کلاً خارج شده، محتویات دو نمونه: هماتوم ارگانیزه و جداره آنوريسم جهت تشخیص آسیب شناسی ارسال شده که پاسخ پاتولوژی ضمیمه است.

توضیح و تفسیر:

صدمات سر و گردن سبب صدمه ديگر عروق و بروز علائم عصبي می شود. مهمترین آنها صدمات کاروتید است و در بررسی بيشتر از ۲۵/۰۰۰ مورد صدمات عروقي در جنگ دوم جهانی تنها یک بیمار با ضربه غیر نفوذی کاروتید وجود داشت و در یک مطالعه ديگر از ۷۲ مورد صدمات عروق گردن تنها ۲ مورد صدمه غیر نفوذی داشتند که هیچکدام در مسیر شریان اکسی پوت نبوده است (۵). بروز علائم در صدمات غیر نفوذی اغلب تأخیری است. البته

تشخيص بيماران از آن هم تأخیری تر است. در صدمات کاروتید تنها ۱۰ تا ۶ درصد در ساعات اولیه تروما علائم داشتند.

در تمامی صدمات عروقي سر و گردن در بيشتر از ۸۸ درصد موارد بيماران برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت اولیه ضربه در بیمارستان بستری بوده و تشخيص داده نمی شوند. چون بيشتر از سه چهارم موارد صدمه جمجمه ای بهمراه دارند.

در ۴۰، ۵۰ درصد موارد علائم ضربه مستقیم روی پوست بيماران مشاهده می شود. علائمی شبیه هماتوم جلدی، سندرم هورنر، دیسلوکاسیون و شکستگی استخوان ماندیبول کمک می کند.

صدمه انتمیای رگ سبب دیسکسیون خود بخودی می شود. مثال مهم آن در دیسکسیون کاروتید است. گاهی اوقات صدمات چنان ساده و بی اهميت هستند که جلب توجه نمی کنند. مانند برخورد یک توپ تنیس که بسیار ساده جلوه می کند. همانند کلیه ضايعات عروقي انجام آنژیوگرافي و دیدن تصویر نخي شده (sign String) تأیید تشخيص است. آنوريسم کاذب اغلب در صدمات نفوذی دیده می شود. بيشتر از دو سوم آنوريسم های کاذب در صدمات سر و گردن و در شریان کاروتید مشترک رخ می دهد. ممکن است توده آنوريسم عین آبه بنظر برسد. در آنوريسم حقیقی علت اغلب آترواسکلروتیک است. جداره آنوريسم هر سه لایه را دارد. در حالی که در آنوريسم کاذب جداره آنوريسم یک لایه اندوتلیوم و هماتوم لایه لایه است. علت اغلب تروماها تصادف ماشين است. در یک تقسیم بندی جهت بیان مکانیزم ضربه در شریان که در سال ۱۹۶۸ توسط فلمینگ بیان شد به اینگونه اشاره شده که (۴):

عروق و جراحی مغز و اعصاب همراهی آنوریسم تروماتیک و خونریزی زیر عنكبوتیه در یک بیمار شرح داده شده است (۴).

آیا مصرف کاربامازپین و سدیم والپروات نوعی استعداد برای بوجود آمدن آنوریسم تروماتیک در این بیمار تولید کرده است؟ بنظر نمی رسد ارتباطی بین وضعیت مصرف این داروها و این عارضه باشد مطالعات فارماکولوژیک این را تأیید نمی کند.

نفوذی است و در آنوریسم تروماتیک غالباً غیر نفوذی است و دوم در بروز پاتولوژی که در آنوریسم کاذب جداره آنوریسم هماتوم و یک لایه اندوتلیال در حالی که در تروماتیک ها جداره شریان است. با آنوریسم تروماتیک در شریان اکسی پوت بسیار بندرت مواجه می شویم در یک مطالعه لیتراتور (مدلین) ۱۹۹۵-۱۹۸۰ هیچ گزارشی وجود نداشت (۲). بررسی دیگر از زمان جنگ جهانی دوم تا ۱۹۸۰ در مجلات جراحی

تیپ I در ضربات مستقیم که با صدمه بردن انتیما و بخشی از میدیا توأم است. تیپ II در ضربات انتیما و تمامی میدیا اما آدوانتیس سالم است.

تیپ III تروماهای نفوذی می باشد. تیپ IV شکستگی های جمجمه مل بروز عوارض عروقی می باشند. تفاوتی که بین آنوریسم کاذب با ریسیم تروماتیک در لیتراتور قایل ستند. اول در نوع تروما است. در ریسیم کاذب تروما غالب مواقع

REFERENCES:

- 1- Gray's Anatomy 1996.
- 2- MEDLIN Review 1980-1990
- 3- Pailles, j, sedan. R: on the changes of consciousness by cervical closed injury, Acta Neurochir. 12:315-388.
- 4- Paulson, O.B., Lassen, N. Regional cerebral blood flow in Vascular Trauma Neurology 20: 125-138, 1970.
- 5- Youman's J: Neurological surgery Vol-4. 1996.
- 6- Wilkins. R. Rengachery. S. Update II, Neurosurgery. 1996

Abstract

Traumatic occipital artery aneurysm

Author: Dr Foad Elafi¹

This is a very typical and unique case of traumatic occipital artery aneurysm, which was presented by para-mastoid mass.

This young girl is a case of grandmal seizure following neonatal gram-negative meningo encephalitis.

History of usage of the anticonvulsant drugs, eg: carbamazepin and sodium valproate for more than eight years period is obvious seizure activity was under controlled except last episode (2 months pre-admission). Minor head injury following this episode improved by 48 hours hospitalisation. Growing mass on left post-auricular region was operated on. According to clinicopathological data aneurysm was identified.

This is very rare case. Interesting surgery is described .

Key Word: Traumatic aneurysm, Occipital artery



طب و ترميم

شماره ۲۸

1) *Specialist in neurosurgery*