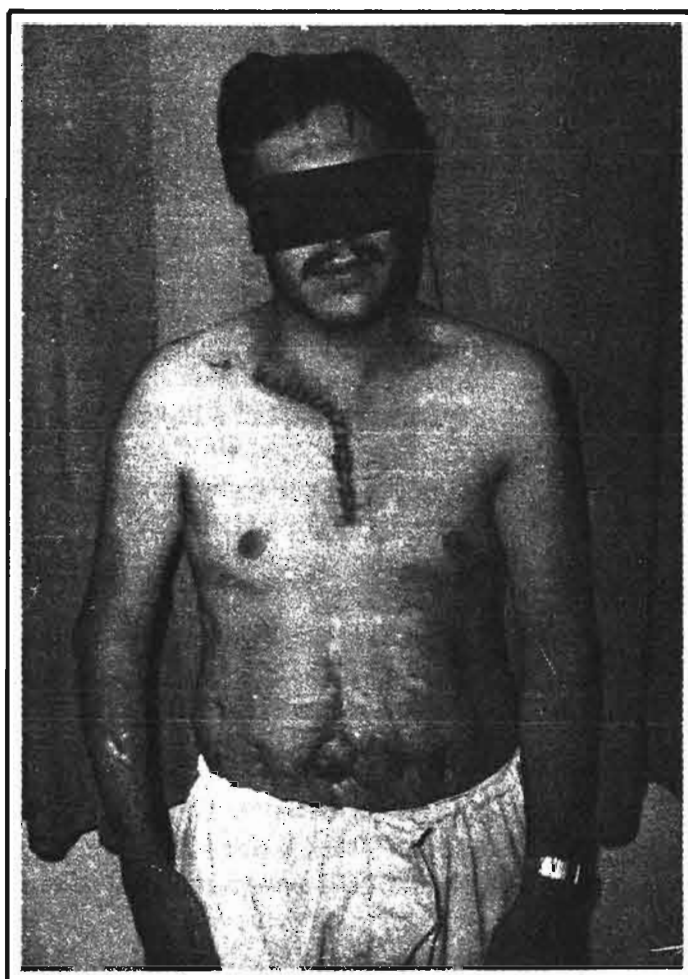


فیستولهای شریانی وریدی اکتسابی و معرفی یک مورد نادر آن

● دکتر عباس ربانی ● دکتر سیدحسین امامی رضوی

* استادیاران جراحی بیمارستان حضرت امام خمینی (ره)





در یک بررسی بزرگ توسط
از Mayo Clinic
فیستولهای ناشی از جنگ دوم
جهانی به ترتیب عروق فمورال
مشترک و سطحی، پوپلیته،
براکیال، آگزیلاری و
ساب کلاوین شایع ترین محل
ایجاد فیستولها بوده اند.



این قطر شریان دورتر از محل فیستول بسیار بزرگ شده، باعث جریان یافتن بالعکس خون به طرف قلب می گردد همچنین افزایش قطر ورید باعث وریدهای واریکوز در اندام مربوطه می گردد.

مجموعه این تغییرات در طول زمان می تواند باعث نارسائی احتقانی قلب گردد. تشخیص بالینی یک فیستول براحتمی با معاینه بیمار مشخص می گردد، سابقه تروما، وجود نبض قابل توجه و لمس تریل و حضور یک سوفل ماشینری می تواند پزشک را به تشخیص فیستول راهنمایی کند. علائم دیگری که به تشخیص فیستول کمک می کنند عبارتند از لنگیدن متناوب، ادم و وریدهای برجسته در قسمت انتهایی اندام که بتدریج به تغییر رنگ پوست به طرف آبی و استاز وریدی منجر می شود.

فیستولهای شریانی وریدی در هر نقطه ای از بدن که ورید و شریان در کنار هم قرار گیرند می تواند بوجود آید

به عبارت دقیق تر در جریان استقرار یک فیستول شریانی وریدی سه مرحله وجود دارد.

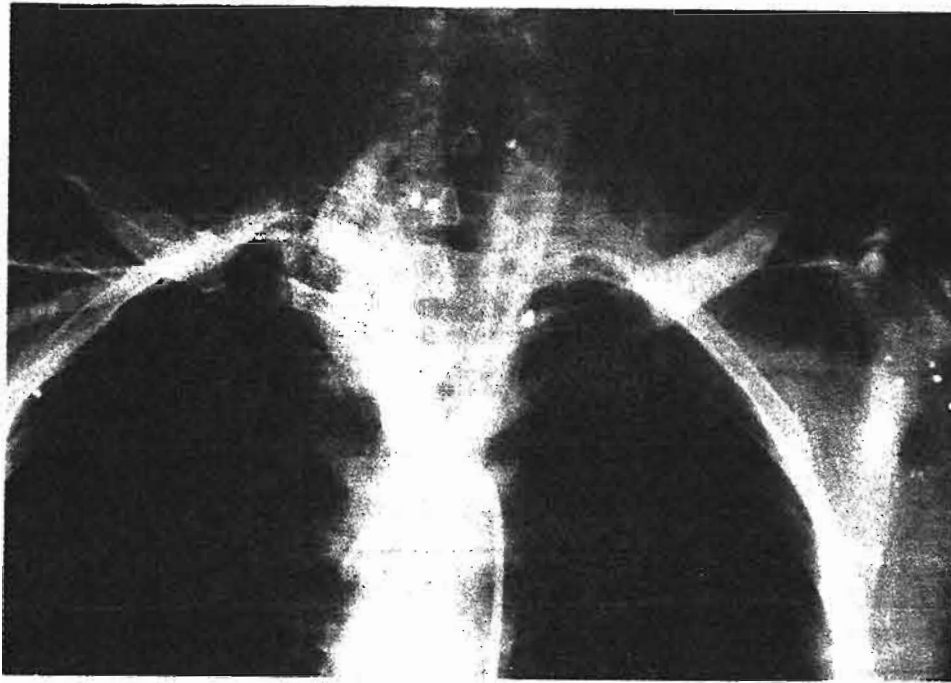
۱- مرحله زودرس: خون شریانی بسرعت وارد ورید شده و بطرف قلب هدایت می شود. در این مرحله مقاومت عروق محیطی کاهش یافته، فشار خون دیاستولیک کاهش و ضریب قلب افزایش می یابد، و در ضمن فشار وریدی در ورید مبتلا افزایش و فشار شریانی در قسمت انتهایی شریان مبتلا کاهش می یابد.

۲- پس از چند هفته به علت کاهش مقاومت عروق محیطی، جریان خون جانبی (کولترال) در اطراف فیستول افزایش یافته، قطر شریان و ورید مبتلا نیز افزایش می یابد، در نتیجه میزان خون عبوری از فیستول نیز افزایش خواهد یافت.

۳- پس از چند سال، افزایش قطر قابل توجه شریان و ورید و افزایش خون جانبی (کولترال) اتفاق می افتد. علاوه بر

تعیین میزان بروز و شیوع واقعی فیستولهای شریانی وریدی کاری مشکل است زیرا برخی از این فیستولها سالها پس از صدمه خود را نشان می دهند. فیستول شریانی وریدی معمولاً در نتیجه صدمه نافذ یک شریان و ورید همجواری اتفاق می افتد. این صدمه می تواند در اثر گلوله یا چاقو ایجاد گردد.

تغییرات پاتولوژیکی که در اثر فیستول شریانی وریدی ایجاد می گردد متعدد است. ارتباط نابجا بین شریان و ورید باعث یک مدار کوتاه تر در جریان خون قلب می گردد. تغییرات همودینامیک مهمی در جریان این واقعه بوجود می آید. جریان خون مؤثر محیطی و نیز فشار متوسط خون شریانی کاهش می یابد، اگر چه میزان حجم خون بازده قلبی، حجم ضربه ای، ضریب قلب، فشار دهلیز چپ و فشار شریان ریوی افزایش می یابد.



فیستول شریانی وریدی به وی پیشنهاد آنژیوگرافی و عمل جراحی می شود ولی قبول نمی کند.

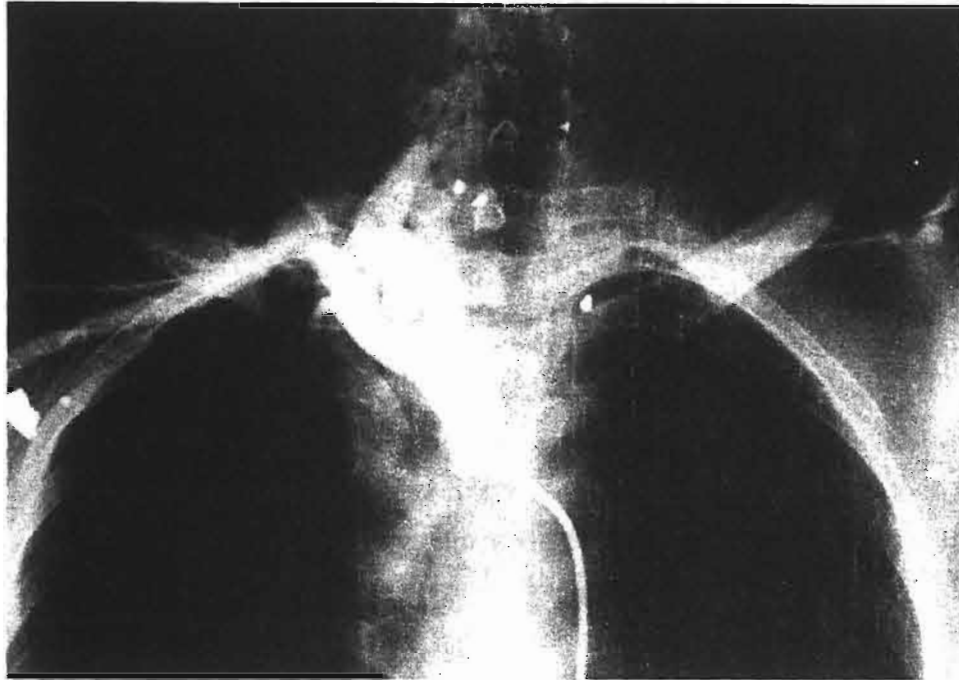
در تاریخ ۷۱/۹/۲۵ با سردرد شدید، گرفتگی صدا، برجستگی وریدهای گردن و احساس خفگی مراجعه نموده در معاینه صورت پف آلود و پلکهای کاملاً متورم، تورم وریدهای گردن و صورت، لمس تریل در قاعده گردن و همچنین سوفل ماشینری واضح در همین ناحیه به گوش می رسد. فشار خون ۱۲۵ بروی ۸۰ و نبض ۹۰ در دقیقه بود. در آنژیوگرافی انجام شده فیستول شریانی وریدی در ابتدای شریان ساب کلاوین راست همراه یک آنوریسم کاذب مشاهده می شد.

بیمار با تشخیص فیستول شریان و ورید ساب کلاوین تحت عمل جراحی قرار گرفت. ابتدا با برش عرضی

و آمارهای مختلف شیوع این فیستولها را در مناطق مختلف بدن با درصد متفاوتی گزارش نموده اند. در یک بررسی بزرگ توسط Mayo Clinic از فیستولهای ناشی از جنگ جهانی دوم به ترتیب عروق فمورال مشترک و سطحی، پوپلیته، براکیال، آگزیلاری و ساب کلاوین شایع ترین محل ایجاد فیستولها بوده اند و فیستول ایلیاک و کاروتید در درجات بعدی قرار داشته اند.

معرفی یک بیمار نادر

آقای حیدر معصومی ۲۹ ساله، اهل و ساکن ارومیه در تاریخ ۶۲/۱۱/۱۹ در جبهه جنوب مجروح شده و تحت عملهای متعدد شکم در جبهه و پشت جبهه قرار می گیرد. از سال ۶۵ دچار سردردهای پیشرونده و تغییر صدا می گردد. از همان زمان با تشخیص



بیمار چند روز پس از عمل با حال عمومی خوب مرخص گردید و در مراجعات بعدی نیز وجود نبض کاروتید راست بطور طبیعی لمس می شد و علائم قبل از عمل کاملاً بهبود یافت.

سوپراکلاویکلار کنترل ابتدایی شریان ساب کلاوین راست انجام شد ولی با بستن شریان هیچگونه کاهشی در تریل فیستول ایجاد نشد. سرانجام با جستجوی بیشتر وجود فیستول بین ابتدای شریان کاروتید راست با ورید جوگولر عمقی مشخص گردید. آنستریون به یک میداسترنوتومی ناقص افزایش داده شده شریان بی نام کنترل گردید کنترل شریان کاروتید بالاتر از محل فیستول هم انجام گردید.

منابع:

- 1- Rutterford Vol. II Page 1040
- 2- Vascular Trauma Rich, Spencer chapter "9" Arterio venous fistulas.

ورید صافن برداشته شد و پس از بستن شریان کاروتید قبل و بعد از فیستول و قطع شریان کاروتید فیستول شریانی وریدی قطع گردید. سپس شریان کاروتید با گرافت ورید صافن ترمیم گردید.

Clinical classification of Vasculitis

Systemic necrotizing Vasculitis

- Classic polyarteritis nodosa
- Allergic angiitis and granulomatosis of churg strauss
- Polyangiitis overlap syndrom

Hypersensitivity vasculitis

- Exogenous stimuli proved or suspected
- Henoch-Schonlein purpura
- Serum sickness and serum sickness-like reactions
- Other drug-induced vasculitides
- Vasculitis associated with infectious diseases

Endogenous antigens likely involved

- Vasculitis associated with neoplasms
- Vasculitis associated with connective tissue diseases
- Vasculitis associated with other underlying diseases
- Vasculitis associated with congenital deficiencies of the complement system

Wegener's granulomatosis

Giant cell arteritis

- Temporal arteritis
- Takayasu arteritis
- Other vasculitic syndromes
- Nucoccutaneous Lymph node syndrome (Kawasaki disease)
- Isolated central nervous system vasculitis
- Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease)
- Miscellaneous vasculitides

Pathological classification of Vasculitis

Neutrophilic

- Leukocytoclastic (Henoch-schonlein purpura)
- Erythema elevatum diutinum
- Infectious vasculitis
- Polyarteritis nodosa

Lymphocytic

- Nucha-Habermann disease

Granulomatous

- Allergic granulomatosis
- Wegener's granulomatosis
- Giant cell arteritis
- Granulomatous aortitis (Takayasu disease)

