درمان جراحی انسداد کامل آئورت شکمی(Juxtarenal) و گزارش یک مورد

دکتر عباس ربانی[1]، سید رسول میر شریفی[2]
1- دانشیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه جراحی
2- استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه جراحی

یافته / دوره هشتم / شماره 4 / زمستان 85 / مسلسل 30

چکیده

دریافت مقاله: 85/5/25، ***پذیرش مقاله***: 85/9/17

Ø مقدمه: انسداد کامل آئورت شکمی با لنگش متناوب اندام تحتانی دو طرف شروع و در صورت عدم درمان منجر به درد موقع استراحت و زخم ایسکمیک و سرانجام گانگرن عضو می گردد. مهمترین ریسک فاکتورهای بیماری شامل مصرف سیگار، بالا بودن کلسترول و تری گلیسرید، دیابت و افزایش فشار خون می باشند. بیماری با شرح حال و معاینه کامل تشخیص داده می شود و جهت تأیید تشخیص و برنامه درمانی از داپلر رنگی و **MRA** و یا سی تی آنژیوگرافی استفاده می گردد.

معرفی بیمار: آقای 62 ساله، کشاورز، متأهل با لنگش دو طرفه اندام تحتانی و درد نوک انگشتان هر دو پا و ناتوانی جنسی که از 6 ماه پیش شروع شده بود.

نتیجه گیری: درمان انتخابی این بیمار عمل جراحی بای پاس آئورتوفمورال دو طرفه با استفاده از داکرون دو شاخه می باشد.

واژه های کلیدی: انسداد کامل آئورت، لنگش متناوب، گانگرن اندام تحتانی، بای پس آئورتوفمورال

آدرس مکاتبه: تهران، انتهای بلوار کشاورز، بیمارستان امام خمینی، دفتر گروه جراحی

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

مقدمه

بیماری انسداد آئورتوایلیاک یک علت شایع برای نارسائی های عروقی اندام تحتانی در افراد میانسال می باشد (1). اولین بار آقای لریش[1] در سال 1948 انسداد ترومبوتیک محل دو شاخه شدن آئورت را شرح داد. لریش بیمارانی را معرفی کرد که اکثراً مرد میانسال و تظاهرات بالینی آنها لنگش متناوب[2]، آتروفی عضلات اندام تحتانی، ناتوانی جنسی[3] و کاهش نبض فمورال دو طرف بود.

انسداد های محدود محل دو شاخه شدن آئورت و ابتدای ایلیاک مشترک به ندرت علت ایسکمی های شدید و تهدید کننده اندام ها هستند، چون مناطق دیستال از طریق عروق جانبی تغذیه میشوند. تظاهرات آن بصورت لنگش متناوب سرین[4]، هیپ، ران و ساق است. در صورت پیشرفت پلاک آتروم بسمت دیستال و گرفتاری نسبی شریانهای فمورال و تیبیال تظاهرات بالینی بصورت درد موقع استراحت[5]، نکروز بافتی دیستال اندام و سرانجام گانگرن نمایان می گردد (2، 3).

از فرمهای نادرتر بیماری میتوان به سندرم انگشت آبی[6] اشاره کرد که باعث ایسکمی شدید یا گانگرن انگشتان پا می شود (4). این بیماری اغلب موارد با شرح حال دقیق و معاینه کامل قابل تشخیص می باشد. اقدامات پاراکلینیک جهت تائید تشخیص و تصمیم گیری برای نوع عمل جراحی عبارتند از: داپلر رنگی، سی تی آنژیوگرافی و آنژیوگرافی بروش DSA.

نوع درمان بیماران بر اساس پیشرفت بیماری انجام می گیرد. در موارد لنگش متناوب قابل تحمل بدون علائم ایسکمی شدید درمان محافظه کارانه شامل برطرف کردن ریسک فاکتورهای آتروسکلروز (نظیر ترک سیگار، کنترل دیابت، فشار خون، کاهش کلسترول و تری گلیسرید خون (5) ورزش عضلانی جهت گسترش جریان خون جانبی، و تجویز داروهایی مثل A.S.A و Pentoxifilin (6) و Cilostazole (7) می باشد.

در موارد لنگش ناتوان کننده و درد موقع استراحت و یا نکروز بافتی درمان جراحی پیشنهاد می گردد. تکنیک جراحی بای پاس آئورتوفمورال دو طرفه با استفاده از پروتز مناسب Y شکل می باشد.

معرفی بیمار

آقای 62 ساله،کشاورز، متأهل،دارای 5 فرزند که با شکایت لنگش متناوب پیشرونده در ناحیه هیپ، ران و ساق از 6 ماه قبل مراجعه نموده و در حال حاضر در موقع استراحت از درد نوک انگشتان و ناتوانی جنسی شاکی است. سابقه مصرف سیگار و تریاک را به مدت 35 سال دارد. در معاینه فاقد نبض فمورال دو طرفه می باشد و عضلات اندام تحتانی تحلیل رفته اند. در داپلر رنگی تنگی و نامنظمی شدید در دیستال آئورت گزارش شده است. در آنژیوگرافی DSA انسداد کامل دیستال آئورت بلافاصله زیر شریانهای کلیوی و Run off در شریانهای فمورال سطحی مشاهده می گردد.

گزارش عمل

ابتدا از طریق برش طولی کشاله ران دو طرف شریان فمورال نمایان شد. سپس با برش خط وسط لاپاراتومی گردیده و شریان آئورت از زیر شریان مزانتریک فوقانی و شریانهای کلیوی و ورید کلیوی چپ نمایان گشت. پس از تزریق هپارین هر دو شریان کلیوی با بولداگ کلامپ و آئورتوتومی بطول 3 سانتی متر در قسمت قدامی آئورت از زیر محل انشعاب شریانهای کلیوی انجام شده و ترومبو اندآرترکتومی کامل انجام گردیده و کلامپ آئورت زیر شریان کلیوی زده می شود. تنه اصلی گرافت شریانی داکرون 14 میلی متر بصورت E.To.side به محل آئورتوتومی آناستوموز می شود (8). کلامپ آئورت برداشته شده و پس از حصول اطمینان از جریان کافی خون در پیوند، از ناحیه دو شاخه شدن به هر دو برش اینگوینال تونل زده و دو بازوی پیوند را به مجاورت شریانهای فمورال منتقل می نمائیم. سپس در محل مناسب شریان

1. Leriche
2. Intermitent claudication
3. Impotence
4. Buttock
5. Rest Pain
6. Blue Toe syndrome

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

فمورال مشترک آرتریوتومی انجام داده و پیوند را به فمورال بطریق E.To Side آناستوموز می نمائیم. در انتها نبض دیستال فمورال را کنترل نمودیم. در صورتیکه مراحل عمل دقیق انجام گیرد جریان خون دیستال به نحو چشمگیری افزایش یافته و در اغلب موارد نبضهای روی پا نیز قابل لمس می گردد (9).

پس از عمل

با اقدامات مناسب، بیمار حین و بعد از عمل حجم ادرار کافی داشت و اسکن ایزوتوپ نیز عملکرد خوب هر دو کلیه را نشان می داد. از روز دوم بیمار دچار ادم شدید هر دو اندام تحتانی شد که با اقدامات محافظه کارانه بر طرف گردید. پیگیری بیمار تا سه ماه پس از عمل انجام شد و علائم بیمار بهبودی بسیار رضایت بخش داشت (10).

بحث و نتیجه گیری

انسداد شریان آئورت شکمی در ناحیه زیر شریانهای کلیوی فرم پیشرفته سندرم لریش می باشد. اگرچه امروزه تکنیکهای آنژیوپلاستی و جراحی پیشرفتهای قابل ملاحظه ای کرده است و با روشهای مختلف می توان این بیماران را درمان کرد. لکن در این نوع بعلت مجاورت و درگیری شریانهای کلیوی، عمل جراحی از حساسیت خاصی برخوردار است و مهارت، مراقبت و دقت زیادی را می طلبد. تکنیک جراحی در همه موارد بای پس آئورتوفمورال دو طرفه با حفظ سلامت شریانهای کلیوی است. نتیجه عمل جراحی در اکثر موارد رضایت بخش و از گانگرن دو طرفه اندام جلوگیری می نماید. میزان کارکرد 5 ساله پیوند نیز بالای 75% می باشد.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]

References

1. Corson JD, Brewster DC, Darling RC The surgical management of infrarenal aortic occlusion. Surg Gynecol obstet. 1982; 155: 369
2. Sakorafas GH, Krespis E, Pavlakis G. Risk estimation for breast cancer development; a clinical perspective, Surg Oncol, 2002; 10: 183-192
3. Passman MA, Taylor LM, Jr meneta GL. Comparison of axillofemoral and aortofemoral bypass for aortoiliac diseasel. J Vascular surgery. 1996; 23: 263
4. Tapper SS, Jenkins JM, Edwards WH. Juxtarenal aortic occlusion. Ann Surg. 1992; 215: 443
5. Mc Cullough JL, Mackey WC,O'Donnell TF. Infrarenal aortic occlusion: A reassessment of surgical indications. Am J surg. 1983; 146: 178
6. Reilly LM, Sauer L, Weinstein ES, et al: infrarenal aortic occlusion: Does it threaten renal perfusion? J Vasc surg. 1990; 11: 216
7. Poulias GE, Dound oulaxis N, Prombonas E. Aorofemoral by pass and determinant of early success and late favorable outcome. J cardiovascular surgery, 1992; 33: 664
8. Gupta SK, Veith FJ: Management of juxtarenal aortic occlusions: Technique for suprarenal clamp placement. Am Vasc surg. 1992; 6: 306
9. Mavioglu I, Veli Dogan O, Ozeren M, Dolgun A, yucel E. Surgicsal management of chronic total occlusion of abdominal aorta. J Cardiovasc Surg(Torino).2003 Feb;44(1):87-93.
10. MAcedo TA. Atherosclerotivc aortic occlusion. New England journal of medicine. Sep. 2005; 353: 11

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-08]