بروز تاخیری آنوریسم کاذب شریان پوپلیته پس از ترومای نافذ

حسین همتی [1*]، منوچهر آقاجانزاده [2]، انوش دهنادی مقدم [3]، پیمان حشکوایی [4]

خلاصه

سابقه و هدف: ترومای شریان پوپلیته می‌تواند منجر به آنوریسم کاذب زودرس یا تاخیری شود. این عوارض نادر هستند. در این مقاله مردی با آنوریسم کاذب تاخیری، ۱۷ سال بعد از اصابت ترکش خمپاره معرفی می‌شود.

معرفی مورد: یک مرد ۴۰ ساله، ۱۷ سال پیش دچار اصابت ترکش خمپاره در ناحیه پشت زانوی راست گردید. از ۴ ماه قبل از مراجعه متوجه وجود یک توده در حفره پشت زانوی راست شد که این توده به تدریج کل حفره پشت زانو را پر کرد و باعث محدودیت حرکتی در زانوی مذکور گردید. در آنژیوگرافی عروق این ناحیه آنوریسم کاذب گزارش شد. بیمار تحت عمل جراحی رزکسیون آنوریسم قرار گرفت و ۵ روز بعد از جراحی با حال عمومی خوب مرخص شد. در مراجعه یک سال بعد نیز بیمار مشکل نداشت.

نتیجه گیری: بروز آنوریسم کاذب پوپلیته حتی بعد از گذشت ۱۷ سال متحمل است، بنابراین سابقه‌ی تروما در همه بیماران با ضایعات ناحیه پشت زانو بایستی با دقت جستجو شود.

واژگان کلیدی: آنوریسم کاذب تاخیری، ترومای نافذ، شریان پوپلیته

۱- استادیار گروه جراحی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۲- دانشیار گروه جراحی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۳- استادیار گروه بیهوشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۴- پزشک عمومی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان- مرکز تحقیقات ترومای گیلان

* **نویسنده مسوول:** حسین همتی

آدرس: رشت، خیابان نامجو، بیمارستان پورسینا، مرکز تحقیقات تروما

پست الکترونیک: drhossein_hemmati@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۱ ۳۳۱۱۸۸۱

دورنویس: ۰۱۳۱ ۳۲۳۸۳۷۳

تاریخ دریافت: ۸۷/۷/۱۱

تاریخ پذیرش نهایی: ۸۷/۱۰/۲۱

مقدمه

ترومای شریان پوبلیته به علت خطر بالقوه‌ای که می‌تواند در ایجاد اختلال حرکتی یا فقدان عضو داشته باشد، یکی از جدی‌ترین آسیب‌های عروق محیطی به حساب می‌آید [۱]. تغذیه شریانی جانبی در ناحیه پوپلیته برای فراهم نمودن جریان خون اندام های تحتانی معمولا کافی نمی‌باشد [۲]. آنوریسم کاذب شریان پوپلیته عموما متعاقب آسیب شریانی و به دنبال آن لهشدگی دیواره شریان و تشکیل هماتوم محدود شده توسط بافت همبند، به وجود می‌آید. بر حسب شدت صدمه عروقی، زمان تشکیل آنوریسم کاذب از چند روز و در موارد بسیار نادر حتی تا چند دهه بعد از آسیب اولیه متفاوت خواهد بود. ریک و کولاژس گزارش کرده‌اند که در ۵۵۸ بیمار مورد مطالعه تقریبا نیمی از آنوریسم های کاذب بعد از ۳۰ روز واقع شده است [۳]. اگر چه پارگی شریان پوپلیته به وضوح نادر می‌باشد، اما می‌تواند عوارض جدی برای عضو و حتی مرگ بیمار به همراه داشته باشد [۶-۴]، لذا تشخیص و درمان به موقع این عارضه برای بیمار حیاتی است.

معرفی مورد

بیمار، یک مرد ۴۰ ساله است که ۱۷ سال پیش دچار ترومای نافذ ناشی از ترکش خمپاره به ناحیه پشت زانوی راست گردید و بعد از اصابت ترکش به‌دلیل عدم وجود آسیب خاص و علائم عروقی و عصبی، مورد عمل جراحی خروج ترکش و ترمیم آسیب قرار نگرفت. بیمار تا ۴ ماه قبل از مراجعه‌ی اخیر ناراحتی در ناحیه مورد آسیب نداشت، ولی پس از آن متوجه یک توده در حفره پشت زانوی سمت راست شد که به‌تدریج بزرگ شده و در نهایت کل حفره پشت زانو را پرکرده بود (شکل شماره‌ی۱). در مراجعه به بیمارستان و در معاینه، یک توده ضرباندار حساس همراه با درد و تورم در حفره پوپلیته راست مشاهده و لمس

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-27]

گردید. در سمع، سوفل برویی سیستولیک شنیده شد. محدودیت حرکت زانو در آن سمت وجود داشت، ولی نبض‌های انتهایی اندام لمس می‌شد.



شکل ۱- توده حساس و دردناک در حفره پوپلیته

در آنژیوگرافی از اندام تحتانی، آنوریسم کاذب بزرگ شریان پوبلیته گزارش گردید، ولی مجرای شریانی باز بود. بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت. زیر بیهوشی عمومی انسزیون به شکل S روی حفره پوپلیته ایجاد و رزکسیون کامل آنوریسم همراه با اینترپوزیشن ورید سافن بین دو انتهای شریان انجام شد. در مجاورت آنوریسم، ترکش که توسط بافت فیبروز احاطه شده بود پیدا شد و خارج گردید. با انجام مطالعات بافت شناسی، تشخیص آنوریسم کاذب تایید شد. بیمار ۵ روز بعد از عمل جراحی با حال عمومی خوب مرخص گردید. پیگیری تا یک سال ادامه یافته و مشکلی وجود نداشت.



شکل ۲- آنژیوگرافی شریان پوپلیته بیمار

بحث

آنوریسم کاذب شریان پوپلیته در آسیب های غیر نظامی شایع نیست. آمار شیوع این عارضه در این موارد کمتر از ۳/۵ درصد [۸،۷] همه آنوریسم های شریان پوپلیته در مقایسه با جنگ جهانی دوم (۱۷/۶درصد)، جنگ کره (۲۷درصد) و جنگ ویتنام (۹/۵درصد) است [۹، ۷]. تروماهای نافذ و غیر نافذ شایع‌ترین علل آنوریسم کاذب می باشند [۲]. مداخلات ارتوپدی و جراحی عروق نیز از علل ناشی از دستکاری های پزشکی می‌باشند. اگزوستوز استخوانی یا استئوکندرمای انتهای ران یا ابتدای ساق نیز به دلیل له شدگی دیواره شریانی می‌توانند منجر به آنوریسم کاذب پوپلیته شوند. حتی یک مورد آنوریسم کاذب ناشی از پارگی آنوریسم حقیقی نیز در گزارشات مشاهده شد [۱۰]. در اثر صدمه دیواره عروقی، هماتوم بوجود می‌آید که توسط بافت همبند دور عروقی محصور و در نهایت آنوریسم کاذب به صورت ساک کاذب فیبری ضخیمی شکل می‌گیرد. حفره پوپلیته توسط ساختمان‌های مقاوم به خصوص در جلو و جوانب، جایی که استخوان‌ها و عضلات یک غلاف مقاوم را بو جود می‌آورند، محافظت می‌شود. اما در ناحیه خلفی، این حفره از بافت نرم تشکیل شده که عروق و دیگر محتویات این حفره را مستعد به ضربه می‌سازد. این ضایعه عروقی، عمدتا به صورت حاد و در زمان‌های نزدیک به تروما بروز می‌کند، اما مواردی از بروز آنوریسم کاذب با فاصله زمانی قابل توجه از آسیب نیز گزارش شده است [۲]. انسزیون اولیه در صورتی که خلفی و S شکل باشد، اجازه بررسی آسان ساک آنوریسمی، عروق پوپلیته و رگ‌های سافنوس بزرگ و کوچک را، که معمولا برای گرافت بای پس ترجیح داده می شوند، می دهد. اگرجریان خون وریدی نرمال و آسیب ورید پوپلیته وجود نداشته باشد، با اطمینان می‌توان از سافن همان سمت استفاده کرد. از گرافت‌های پلی تترا فلورواتیلن به‌علت گزارشاتی که از ترومبوز و عدم کارایی گرافت وجود دارد، استفاده نمی شود [۱۲،۱۱].

نتیجه‌گیری

بروز تظاهرات تاخیری یک آنوریسم کاذب ناشی از تروما حتی بعد از گذشت ۱۷ سال محتمل است. به این جهت در همه بیماران دارای توده پوپلیته باید سابقه‌ای از تروما با دقت جستجو شود. تشخیص زودرس و اقدام جراحی بلافاصله بعد از آن پایه اساسی درمان به منظور کاهش بیماری و مرگ و میر ناشی از پارگی و خونریزی شدید است.

References:

[1] Frykberg ER. Popliteal injuries. ***Surgclin North Am*** 2002;82:67-89.
[2] Megalopoulos A, Siminas S. Traumatic pseudoaneurysm of the popliteal artery after blunt trauma: Case report. ***Vascul Endovascul Surgery*** 2007.
[3] Rich NM, Hobson RW, Colling GJ. Traumatic arteriovenovs fistula and false aneury vs a review of 588 lesions. ***surgery*** 1975;61:475-96.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-27]

[4] Ihiberg LH, Roth WD, Alback NA, Kantonen IK. Successful percutaneus endovascular treatment of ruptured popliteal artery aneurysm. ***J Vascular Surgery*** 2000;31:794-7.
[5] Ramin EB, Christopher KZ. Popliteal and femoral artery aneurysm. In: Cameron JL. Editor, ***Current Surgical Therapy***. 6th ed. St Louis: Mosby:1998.p.737-740.
[6] Davidovic LB, Lotina SI, Kostic DM, et al. Popliteal artery aneurysms. ***World J Surg*** 1998;22:812-7.
[7] Gillespie DL,CantelmoNL. Traumatic popliteal artery pseudo aneurysms: Case report and review of the literature. ***J Trauma*** 1991;31:412-5.
[8] Ozisik, Kanat MD, Dural, Koray MD. Pseudo aneurysms of the popliteal and tibio peroneal arteries gunshot injuries. ***J Trauma*** 2003, p.485-8.
[9] Woolgar JD, Reddy JD, Robbs JV, Durban Metropolitan Vascular Service Department of Surgery Delayed Presentation of Traumatic Popliteal Artery Pseudo Aneurysms: A review of seven cases. ***Euv J vasc Endovasc Surg*** 2002;23:255-9.
[10] Canbaz S, Ege T, Suna H, Saygen G. Bilateral Popliteal Artery Aneurysms with Rupture and Pseudo Aneurysm Formation on the Left. ***Yonsei Med J*** 2003;44:159-62
[11] Feliciano DV, Herskowitzk, Otorman RB, et al. Management of Vascular Iinjuries in the Lower Extremities. ***J Trauma***. 1988;28:319-28.
[12] Martin LC, Mckenny Mt, Sosa jl, et al. Management of Lower Extremity Arterial Trauma. ***J Trauma***. 1994;37:591-599.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-27]