

گزارش یک مورد بیمار با آنوریسم شریان کلیوی

دکتر ابرج قدوسی^۱ ، دکتر محمد تقی صالحیان^۱ ، دکتر فریدون وزین دل^۱

خلاصه

سابقه و هدف: آنوریسم شریان کلیوی در گروه آنوریسم‌های احتشایی قرار می‌گیرد. در مقاله‌ای اخیر به دنبال استفاده بیشتر از آنژیوگرافی، تعداد موارد ابتلا به این بیماری افزایش یافته است. در ادامه به معرفی یک بیمار مبتلا به آنوریسم شریان کلیوی که در سال ۱۳۷۸ به بیمارستان طالقانی تهران مراجعه نموده بود، می‌پردازیم.

معرفی بیمار: یک دختر ۱۹ ساله و میحرد به دلیل سرد در و پرفشاری خون در کرمانتاه تحت بررسی قرار گرفته و پس از آنژیوگرافی با تشخیص آنوریسم شریان کلیوی چپ به بیمارستان طالقانی تهران ارجاع گردید. بیمار سایه پرفشاری خون را از ۷ سال قبل داشته و تحت درمان دارویی بوده است. عمل جراحی **left renal artery interposition graft with saphenous vein** بدون نیاز به دارو در حد طبیعی بود.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: در افراد جوان باید اتبولوزی بیماری‌هایی نظیر پرفشاری خون بررسی گردد. تا پس از تشخیص صحیح، درمان مناسب صورت گیرد. در این حصوص در مبتلایان به آنوریسم شریان کلیوی به حصوص زنان جوان، جراحی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: شریان کلیوی، آنوریسم‌های احتشایی

که تنگی همزمان شریان کلیوی وجود نداشته باشد. پرفشاری خون بعد از عمل باقی خواهد ماند (۶). لذا به دلیل تنوع علامت بیماری، بررسی‌های کلینیکی، نوع درمان و نتیجه آن و همچنین نارسایی اطلاعات موجود، به معترض یک بیمار مبتلا به آنوریسم شریان کلیوی چپ مراجعه کننده به بیمارستان آیت‌الله طالقانی در سال ۱۳۷۸ می‌پردازیم.

معرفی بیمار
بیمار دختری ۱۹ ساله و مجرد است که به دلیل سرد درد و پرفشاری خون در کرمانشاه تحت بررسی قرار گرفته و پس از آنژیوگرافی با تشخیص آنوریسم شریان کلیوی چپ به بیمارستان طالقانی ارجاع گردید. در سابقه پزشکی بیمار، از ۷ سال قبل پرفشاری خون وجود داشته که تحت درمان دارویی با داروهای آنتی‌هیپرتانسیو بوده است. در معاینه، دختر خانمی با اندام متوسط و فشار خون، ضربان قلب و سایر علامت حیاتی در محدوده طبیعی بود (تحت درمان با داروهای آنتی‌هیپرتانسیو). در معاینه فیزیکی یافته غیرطبیعی نداشت. تست‌های عملکردی کلیوی و بیوشیمی سرم در محدوده طبیعی بود. در گرافی ماده شکم کالسیفیکاسیون در محدوده شریان کلیوی چپ به اندازه 30×25 میلی‌متر و کالسیفیکاسیون کوچکتر دیستال به آن به اندازه 10×5 میلی‌متر دیده می‌شد (شکل ۱). در آنژیوگرافی آنوریسم شریان کلیوی چپ به ابعاد فوق الذکر مشهود بوده و هر دو کلیه ماده کتراست را ترشح کرده بودند. آنوریسم از حدود یک سانتی‌متری شروع شریان کلیوی ایجاد شده و از نوع ساکولر بود (شکل ۲).

مقدمه

در سال‌های اخیر به دنبال استفاده بیشتر از آنژیوگرافی، و آنوریسم شریان کلیوی بیشتر از گذشته دیده می‌شود (۱). شیوع آن در جمعیت نامعلوم است. در بیمارانی که تحت آنژیوگرافی شریان کلیوی قرار می‌گیرند، انسیدانس این ضایعه کمتر از ۱٪ است (۲). در یک مطالعه ۸۵۲۵ مورد آنژیوگرافی شریان کلیوی، ۸۳ نفر آنوریسم داشتند (۳).

آنوریسم شریان کلیوی در گروه آنوریسم‌های احتسابی قرار می‌گیرد. بهترین تقسیم‌بندی توسط Poutasse در چهار گروه عنوان شده است. شایع‌ترین نوع، ساکولر بوده و پس از آن آنوریسم‌های فوزیفرم شیوع بیشتری داشته و معمولاً با تنگی شریان کلیوی همراه است. سومین نوع، آنوریسم دیسکانت می‌باشد که نادر بوده ولی تهدید کننده کلیه می‌باشد و در گروه چهارم، ضایعات مختلف شرایین ایترارنال قرار دارد (۴). کالسیفیکاسیون جدار آنوریسم در ۲۵٪ موارد دیده می‌شود. این آنوریسم‌ها به دلیل آترواسکلروزیس یا مدیال نکروزیس ایجاد می‌شوند و تشکیل آن‌ها دیستال به تنگی شریان کلیوی غیرشایع نیست. خطر اویله آنوریسم ساکولر، پاره شدن می‌باشد. سرد درد از جمله علامت بالینی آن می‌باشد. سایر علامت شایع عبارتند از: درد شکم و فلاتک، سمع برونی روی فلانک، هماچوری و توode قابل لمس. تشخیص آنوریسم با آنژیوگرافی می‌باشد (۳).

در گزارشات انتشار یافته، به دلیل عدم شیوع بیماری، خلا اطلاعاتی وجود داشته و در مورد روش درمان نیز تناقضاتی دیده می‌شود (۵). پیش‌آگهی بیماران بعد از عمل به وجود تنگی شریان همراه با آنوریسم بستگی دارد و در صورتی

این یافته مشابه نتایجی است که Lacombe در مقاله خود انتشار داده است. از نظر هیستولوژی این آنوریسمها، ۹۰٪ منشا فیبرودیسپلاستیک داشته و سن متوسط افراد مبتلا ۴۲ سال عنوان شده است (۶) ولی بیمار ما ۱۹ ساله بوده و از نشر هیستولوژیک آنوریسم آترواسکلروتیک گزارش گردید. همچنین به دلیل این که، جایگزینی ورید صافن به جای شریان کلیوی تنگ و آنوریسمال نیازی به برداشتن کلیه از محل اصلی و انجام ترمیم ex vivo ندارد، مرگ و میر و عوارض بعد از عمل کمتر می‌باشد (۷).

علت مراجعه بیمار مورد بحث سرد درد و پرفشاری خون بود و در مطالعه Dzsinich نیز پروفشاری خون شایع‌ترین نشانه بوده است (۷). در گزارش دیگر، بیمار هیچ گونه علامتی (سردرد و پروفشاری خون) نداشته و عمل جراحی فقط برای جلوگیری از پاره شدن آنوریسم انجام گرفته است (۸).

Dzsinich و همکاران به دنبال بررسی ۳۲ بیمار، نتیجه گیری کرده اند که وجود پروفشاری، بزرگ شدن آنوریسم، وجود فقط یک کلیه، آنوریسم در طرفه، هماچوری مخفی و آنوریسم‌های بزرگتر از ۱/۵ سانتی‌متر، اندیکاسیون درمان جراحی می‌باشند. آن‌ها توصیه کرده‌اند که در بیمار خانمی که قصد حامله شدن دارد، آنوریسم شریان کلیوی با هر اندازه، باید ترمیم شود (۷).

از طرفی Hupp و همکاران برای جلوگیری از میکروآمبولی به پارانشیم کلیه و به دنبال آن ایجاد پروفشاری خون کلیوی، بدون توجه به اندازه آنوریسم و علامت بالینی، ترمیم جراحی آن را لازم دانسته‌اند (۹). درمان جراحی آنوریسم شریان

بیمار تحت لاپاراتومی با انسیزیون میدلاین قرار گرفت. پس از اکسپلور شریان کلیوی چپ، آنوریسمی به اندازه 25×30 میلی‌متر و آنوریسم دیگری به اندازه 5×10 میلی‌متر از یک سانتی‌متری محل جدا شدن از آئورت وجود داشت. جدار آنوریسم در تمام سطوح به شدت کالسیفیه بوده و با چاقوی جراحی به راحتی باز نمی‌شد. پس از کلامپ گذاری شریان در پروگزیمال و دیستال به آنوریسم، قطعه مبتلا خارج و استامپ شریان در قسمت پروگزیمال با نخ پرولین سچور لیگاتور گردید. پس با استفاده از ورید صافن بیمار، آناستوموز end to side بین کنار آئورت، کمی پایین‌تر از محل جدا شدن شریان کلیوی و انتهای دیستال آن، انجام شد (شکل ۳). قطر سوراخ ورودی آنوریسم قطری حدود $1/5 - 2$ میلی‌متر و سوراخ خروجی آن 5 میلی‌متر بود. ضایعه از نظر هیستولوژیک dilated vessel (Aneurysm) گزارش گردید. پس از عمل، داروهای آنتی هیپرتانسیو قطع و فشار خون بیمار بدون نیاز به دارو کنترل و پس از یک هفت‌بیمار مخصوص شد. در طول یک سال پی‌گیری، فشار خون بیمار در حد طبیعی قرار داشت.

بحث

نتیجه عمل جراحی در این مورد نشان داد که جایگزینی شریان آنوریسمال کلیه همراه با تنگی توسط ورید صافن با موفقیت کامل همراه بوده است. در بیمار ما شریان کلیوی چپ علاوه بر آنوریسم، تنگی شدید نیز داشت و به دنبال عمل جراحی، پروفشاری خون به طور کامل درمان گردید.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها
در پایان می‌توان گفت باید همیشه برای یافته ابیولوژی پرشاری خون به خصوص در افراد جوان، بررسی‌های بیشتری را انجام داد تا شاید بتوانیم، هرچند در سوارد نادر، مصرف دارو و عوارض مربوطه را به بیمار تحمیل نماییم.

کلیوی در زنان با پتانسیل حامله شدن (همجون بیمار ما) توسط اغلب محققان توصیه شده است (۴،۱۰).

برای ترمیم آنوریسم، تکنیک‌های مختلف جراحی وجود دارد که می‌توان بر آنوریسمکتومی همراه با آنوریسمورافی اولیه، آنژیوپلاستی با ورید صافن، گرافت بای پس و بالاخره ترمیم Exxivon و اوتورانسپلاتنتاسیون اشاره کرد (۵). درمان ایده آل برداشتن آنوریسم و استفاده از جایگزین برای شریان کلیوی است (۶). هنگام جراحی، باید حداقل تلاش را جهت جلوگیری از نفرکتومی انجام داد (۳) ولی در بیماران با بیماری پیشرفتہ کلیه و پرشاری خون، ممکن است نفرکتومی اندیکاسیون داشته باشد (۱۱).

References:

- 1- Bulbul MA, Farrow GA. Renal aneurysms. Urology. 1992; 40(2): 124-6.
- 2- Hageman J, Smith R. Aneurysms of renal artery: problems of prognosis and surgical management. Surgery 1978; 84: 563-572.
- 3- Sabiston DC (ed). Text book of surgery. Philadelphia. W.B. saunder Co, 1997; 1664.
- 4- Rutherford RB (ed). Vascular Surgery (ed 4). Philadelphia W.B. saunders. 1995; 1438-1443.
- 5- Haimovici H, Ascer E, Hollier LH, Strandness DE, Towne JB. Vascular surgery. 4th Massachus etts. Blachwell science Inc. 1996; 851.
- 6- Lacombe M. Aneurysms of the renal artery. J Mal Vasc 1995; 20 (4) : 257-63.
- 7- Dzsinich C, Gloviczki P. Surgical management of renal artery aneurysm. Cardiovasc Surg 1993; 1(3): 243-7.
- 8- Numa H, Araki S, Okada K, Yoshidak AC case of renal artery aneurysm with calcification. Hinyokika kiyo 1991; 37(5): 519-21.
- 9- Hupp T, Allenberg JR, Post K, Roeren T, Meier M, Clorius JH. Renal artery aneurysm: Surgical indication and results. Eur J Vasc Surg 1992; 6(5): 477-86.
- 10- Bastounis E, Pikoulis E, Grorgopoulos S, Alexiou D, Leppanbiemi A, Boulafendis D. Surgery for renal artery aneurysms: A combined series of two large centers. Eur Urol 1998; 33(1): 227.
- 11- Charron J, Belanger. Renal artery aneurysm. Urology 1975; 5: 1-11.