

## بروز تاخیری آنوريسم كاذب شريان پوپليته پس از ترومای نافذ

حسین همتی<sup>۱\*</sup>، منوچهر آفاجانزاده<sup>۲</sup>، انوش دهنادی مقدم<sup>۳</sup>، پیمان حشکوايي<sup>۴</sup>

### خلاصه

**سابقه و هدف:** ترومای شريان پوپليته می‌تواند منجر به آنوريسم كاذب زودرس یا تاخیری شود. این عوارض نادر هستند. در این مقاله مردی با آنوريسم كاذب تاخیری، ۱۷ سال بعد از اصابت تركش خمپاره معرفی می‌شود.

**معرفی مورد:** یک مرد ۴۰ ساله، ۱۷ سال پیش دچار اصابت تركش 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 آنوريسم كاذب گزارش شد. بیمار تحت عمل جراحی رزکسیون آنوريسم 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 آنوريسم كاذب پوپليته 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:** آنوريسم كاذب تاخیری، ترومای نافذ، شريان پوپليته

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 مسؤل: 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

جدی برای عضو و حتی مرگ بیمار به همراه داشته باشد [۴-۶]. 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 تركش خمپاره به ناحیه پشت زانوی راست گردید و بعد از اصابت تركش به دلیل عدم وجود آسیب خاص و علائم عروقی و عصبی، مورد عمل جراحی خروج تركش 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 به تدریج بزرگ شده و در نهایت کل حفره پشت زانو را پر کرده بود (شکل شماره ۱). در مراجعه به بیمارستان و در معاینه، یک توده ضرباندار حساس همراه با درد و تورم در حفره پوپليته راست مشاهده و لمس

ترومای شريان پوپليته 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 پوپليته برای فراهم نمودن جریان خون اندام‌های تحتانی معمولاً کافی نمی‌باشد [۲]. آنوريسم كاذب شريان پوپليته عموماً متعاقب آسیب شریانی و به دنبال آن له‌شدگی دیواره شريان و تشکیل هماتوم محدود شده توسط بافت همبند، به وجود می‌آید. بر حسب شدت صدمه عروقی، زمان تشکیل آنوريسم كاذب از چند روز و در موارد بسیار نادر حتی تا چند دهه بعد از آسیب اولیه متفاوت خواهد بود. ریک و کولواژس گزارش کرده‌اند که در ۵۵۸ بیمار مورد مطالعه تقریباً نیمی از آنوريسم‌های كاذب بعد از ۳۰ روز واقع شده است [۳]. اگر چه پارگی شريان پوپليته به وضوح نادر می‌باشد، اما می‌تواند عوارض

(۹/۵ درصد) است [۹، ۷]. تروماهای نافذ و غیر نافذ شایع‌ترین علل آنوریسم کاذب می‌باشند [۲]. مداخلات ارتوپدی و جراحی عروق نیز از علل ناشی از دستکاری‌های پزشکی می‌باشند. آگزوستوز استخوانی یا استئوکندرماهای انتهایی 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 بوجود 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، عمدتاً 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 معمولاً برای گرافت بای پس ترجیح داده می‌شوند، می‌دهد. اگر جریان خون ورودی نرمال و آسیب ورید پوپلیته وجود نداشته باشد، با اطمینان می‌توان از سافن همان سمت استفاده کرد. از گرافت‌های پلی‌تترا فلورواتیلن به علت گزارشاتی که از ترومبوز و عدم کارایی گرافت وجود دارد، استفاده نمی‌شود [۱۱، ۱۲].

#### 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 Endovasc Surg* 2007.
- [3] Rich NM, Hobson RW, Colling GJ. Traumatic arteriovenous fistula and false aneurysm vs a review of 588 lesions. *surgery* 1975;61:475-96.

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 پوپلیته 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 فیروز 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 آسیب‌های غیر نظامی شایع نیست. آمار شیوع این عارضه در این موارد کمتر از ۳/۵ درصد [۸، ۷] همه آنوریسم‌های شریان پوپلیته در مقایسه با جنگ جهانی دوم (۱۷/۶ درصد)، جنگ کره (۲۷ درصد) و جنگ ویتنام

- [4] Ihiberg LH, Roth WD, Alback NA, Kantonen IK. Successful percutaneous 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*. 6<sup>th</sup> 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, Cantelmo NL. 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 Injuries 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.