الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي
جامعة دمشق
كلية الطب البشري
قسم الجراحة
شعبة جراحة الأوعية الدموية

التداخل الجراحي عبر اللمعة لتدبير الآفات المضيقة في الأبهر البطني والحرقفيين

Endovascular Therapy for Aortoiliac Stenotic Lesions

رسالة أعدت لنيل شهادة الدراسات العليا في جراحة الأوعية الدموية

إعداد
الدكتور نواز حميد مرتضى

إشراف
الأستاذ الدكتور هاشم حقار

رئاسة
الأستاذ الدكتور مروان موسى
رئيس قسم الجراحة

2007-2008

All Rights Reserved - Library of University of Jordan - Center of Thesis Deposit

التداخل الجراحي عبر اللمعة لتدبير الآفات المضيقة في الأبهر البطني والحرقفيين

الدراسة النظرية

المقدمة: *Introduction*

يعاني غالبية مرضى الداء التصلبي الأبهري – الحرقفي من آفات إكليلية وتنفسية تزيد نسبة الخطورة في المقاربة الجراحية الكلاسيكية لهذه الإصابات فضلاً عن مدة مكث طويلة بعد العمل الجراحي.
تعتبر المداخلات العلاجية عبر اللمعة لهذه الإصابات بديلاً جيداً عند هؤلاء المرضى. ولهذا فإن المقاربة الجراحية التقليدية المتعارف عليها يجب أن يحتفظ بها اليوم فقط لمرضى محددين يعتبرون غير مناسبين للخضوع للمداخلة عبر اللمعة المستخدمة اليوم.(١-٦).

إن النتائج البعيدة للمداخلة عبر اللمعة أثبتت فعاليتها ويعود ذلك لاستخدام التقنيات الحديثة والتي تتضمن: حل الخثرات، التوسيع بالبالون، زرع الشبكات والطعوم داخل اللمعة كمعالجة مستخدمة للآفات المتقرحة، آفات التفرع (Bifurcation Disease) وكذلك التضيقات والانسدادات التي تصيب الشرايين السليمة والطعوم الصنعية. تعتبر هذه الإجراءات فعالة جداً لدرجة أدت إلى تراجع واضح للمداخلات الجراحية. إن هذه الفوائد العديدة التي توقعناها من خلال المداخلة عبر اللمعة استندت بالتأكيد على استخدام الشبكات.(١-٦).

إن إمكانية تجنب الشق البطني الكبير لزرع الطعم الوعائي في المرضى المصابين بآفة في الأبهر البطني تحت الكلوي له ميزات عديدة منها انخفاض نسبة الإمراضية عند هؤلاء المرضى وإنقاص كلفة العناية الصحية بهم.

فمع هذه المداخلات لا نحتاج عادةً إلى تخدير عام وتكون فترة الاستشفاء قصيرة كذلك لوحظ انخفاض في معدل الوفيات و معدل حدوث الاختلاطات المرتبطة بالإنتان أضف إلى ذلك إمكانية إعادة تطبيق التقنية في حال النكس وهذا أسهل من إعادة الجراحة المفتوحة في حال نكسها.

All Rights Reserved - Library of University of Jordan - Center of Thesis Deposit

كما أن احتمال حدوث العنانة عند الذكور بعد المداخلات عبر اللمعة يعتبر أقل بكثير منه بعد الجراحة المفتوحة التقليدية. (١-٦).

يعود الفضل في النتائج الحالية للمداخلات عبر اللمعة إلى استخدام الشبكات الداعمة والتي تم تطويرها من قبل Julio Palmaz مما أدى للوصول إلى نجاح بعيد لاستخدام هذه الشبكات في الإصابات الأبهرية الحرقفية.

توسع استخدام الشبكة الحرقفية ليشمل اصابات نهاية الأبهر البطني الممتدة نحو الشرايين الحرقفية وكذلك فقد طورت الصناعات الطبية شبكات داعمة لمعالجة الإصابات المضيقة في الأبهر البطني تحت الكلوي .

التصلب العصيدي:

تصلب الشرايين أو التصلب العصيدي هي عملية تتراكم بموجبها مواد دهنية وشحمية على جدران الشرايين مسببة تضيقها، وهذا التضيق الذي يصيب الشرايين يحدّ من تدفق الدم والأكسجين نحو أنسجة الجسم.

يمكن تقسيم الإصابة العصيدية زمنياً إلى ثلاثة مراحل:

١- الأشرطة الشحمية: Fatty Streak توجد في عقود الطفولة الأولى قبل بدء الأعراض، تبدو عيانياً على شكل شرائط صفراء اللون على السطح البطاني للوعاء وغالباً ما تتوضع في نقاط الانشعاب أما نسيجياً فتتضمن بالعات مليئة بالشحوم تسمى Foam Cells بالإضافة لوجود لمفاويات من النمط T.

٢- الأذية الليفية الشحمية: Fibrofatty Lesion عبارة عن طبقات من البالعات واللمفاويات T متناوبة مع طبقات من الخلايا العضلية الملساء الوعائية محاطة بنسيج ضام أساسي من الكولاجين ، الألياف المرنة والبروتيوغليكان Proteoglycans.

٣- اللويحة العصيدة المختلطة أو الليفية: The Complicated or Fibrous Plaque يكون نمو العصيدة في جدار الشريان في هذه المرحلة كافيا لإعاقة مرور الدم عبر لمعة الشريان وظهور الأعراض.حيث تتألف الأذية هنا من قبعة ليفية سمكية Fibrous Cap مؤلفة من نسيج ضام وخلايا عضلية ملساء. تحت القبعة الليفية Fibrous Cap هنالك طبقة مؤلفة من خلايا عضلة ملساء وبالعات ضمن لب من المواد الدسمة Core of lipid والبقايا المتنخرة. إلى الأسفل من هذا اللب توجد طبقات من الخلايا العضلية الملساء والنسج الضامة.

من الهام جداً الإشارة إلى أن العصائد ذات القبعة الليفية Fibrous Cap السميكة والكثيفة تميل لأن تكون ثابتة، على عكس العصائد التي نكون فيها القبعة الليفية Fibrous Cap رقيقة وغير منتظمة حيث تترافق مع تمزق اللويحة، تقرح اللويحة، و الترف ضمن اللويحة العصيدية مسببةً أعراضاً حادة. (٧-٨).

All Rights Reserved - Library of University of Jordan - Center of Thesis Deposit

الاستنتاج والتوصيات: Conclusion and Recommendation

١. تعتبر المداخلات عبر اللمعة الخيار الأول عند مرضى الخطورة العالية، حيث تطبق بتخدير موضعي فقط.
٢. التوسع في استخدام الوسائل التشخيصية غير الباضعة والتخطيط لإجراء التصوير الشرياني الظليل والتوسيع في نفس الجلسة عند الشك بوجود تضيق أو انسداد قصير في الشريان الحرقفي.
٣. التشجيع على استخدام التقنية داخل الوعائية في معالجة انسداد الحرقفي حيث أعطت الدراسات العالمية نتائج مشجعة في هذا المجال.
٤. تمثل التقنيات داخل الوعائية خيارا جيد عند مرضى العرج المتقطع الناتج عن التضيق في الأبهر البطني والحرقفيين.
٥. التقليل قدر الإمكان من المادة الظليلة المستخدمة في هذه المداخلات وخاصة عند المرضى كبار السن والسكريين.
٦. نشر الوعي بين المرضى الذين تجرى لهم المداخلة عبر اللمعة بضرورة المتابعة الدورية حيث يمكن تحسين معدل الانفتاح البدئي للشبكة المتضيقة Stent in Stent.
٧. تشجيع المرضى على إيقاف التدخين وحذف عوامل الخطورة القلبية الوعائية.
٨. يجب أن تتم المداخلات عبر اللمعة في غرفة عمليات جاهزة للجراحة المفتوحة خشية حدوث أي اختلاط يتطلب تلك الجراحة المفتوحة.
٩. التأكيد على إعطاء مضادات تجمع الصفيحات للمرضى المرشحين للتداخلات الوعائية عبر اللمعة والاستمرار عليها بعد التداخل لفترة طويلة.
١٠. ضرورة تأمين الأدوات (أسلاك، قثاطر، مجموعة إدخال شبكات) من قياسات مختلفة وتوافرها بشكل دائم في المشافي الجامعية في سورية.
١١. ضرورة وجود وحدة أشعة متكاملة ومتطورة تساعد في التطبيق الأمثل لهذه التقنيات.
١٢. التأكيد على أهمية الضمان الصحي لتغطية النفقات المالية الباهظة لهذه المداخلات والتي قد تكون فوق قدرة بعض المرضى مما يوثر على طريقة اختيار العلاج لديهم.

All Rights Reserved - Library of University of Jordan - Center of Thesis Deposit