

Clinical case (Acute mesenteric ischemia)

Dr. Jamal Sulaiman*

(Received 4 / 9 / 2019. Accepted 16 / 10 / 2019)

□ ABSTRACT □

(J.B) a man (61 years old) was admitted to ER at tishreen university hospital due to acute abdominal pain secondered to mechanical intestinal obstruction within the last 48 hours. He had many comforting food vomitting , his abdomen was tender , and fever (39*c). On examination , there was abdominal tender with signs of peretonial irritation
Radiology and laboratory tastes was made later (abdominal x-ray – echography – ct scan – upper endoscopy) and the diagnosis was made , acute mesenteric ischemia .
The patient was sent to OR for a lapartomy , a jejunal loop was found ischemic , and an end –to – end jejunojejunal anastomosis was performed , and a jejunal feeding tube was introduced.
The patient was then discharged in a good state .

*Assistant Professor - Faculty of Human Medicine - Tishreen University - Lattakia - Syria

حالة سريرية (أقفار مساريقي حاد)

د.جمال سليمان*

(تاريخ الإيداع 4 / 9 / 2019. قُبِلَ للنشر في 16 / 10 / 2019)

□ ملخص □

راجع السيد (ج. ب) اسعاف مشفى تشرين بقصة ألم بطني حاد تالي لانسداد امعاء ميكانيكي خلال الـ 48 ساعة الماضية مع اقياءات طعامية مريحة وتطبل بطن وترفع حروري بالفحص تبين وجود تطبل بالبطن مع تخريش بريتواني تم اجراء الفحوص الشعاعية والمخبرية اللازمة (ايكوغرافي - طبقي محوري - صورة بطن بسيطة-تحاليل دموية) تبين وجود اقفار مساريقي حاد وتقرر عمل جراحي اسعافي (فتح بطن جراحي) حيث وجدت عروة صائمية متخزة تم بترها واجراء مفاغرة معوية وتقييم صائم تم تخريج المريض بحالة جيدة

* مدرس - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية

مقدمة:**ملخص نظري :**

- يقسم الاحتشاء المساريقي الى احتشاء حاد واحتشاء مزمن
- اهم أسباب الاحتشاء المساريقي الحاد هي : صمة شريانية -خثار شرياني - خثار وريدي - أسباب مجهولة
- تعتبر حالة التصلب العصيدي اهم مسببات الاحتشاء المساريقي المزمن ، و يضاف اليها التهابات الاوعية و الاشعاعات و الأورام الخبيثة .
- تتراوح نسبة الوفيات في الاحتشاء المساريقي الحاد بين 24 الى 90 في المئة رغم تطور الأساليب العلاجية ، ويصيب الاناث اكثر من الذكور ، وغالبا ما يسببه صمة ناجمة عن رجفان أذيني .
- يهاجر جزء من الصمة عبر الشريان المساريقي العلوي ويسد مجرى الشريان الكولوني المتوسط مسببا اقفارا حادا في الصائم واللفائفي و الكولون الصاعد مع بقاء العفج والقسم الداني من الصائم سليما عدا 15 بالمئة من الحالات التي تسد الخثرة فيه الشريان المساريقي العلوي .
- غالبا ما يراجع المريض بقصة الم مبهم حول السرة تطبل بطن مع حس غثيان ، و يتصف الألم بأنه غير متناسب مع الفحص ، ووجود علامات تخريش بريوتواني دليل على حدوث اقفار شرياني على كامل سماكة الأمعاء، او حدوث اختلاطات كالنخر والانتقاب المعوي .
- يعتبر العلاج الجراحي اسعافي في حالات الاقفار المساريقي الحاد وتختلف استراتيجيات الجراحة حسب مرحلة الاحتشاء والاختلاطات المرافقة :
- يستطب استئصال الأجزاء المعوية المتموتة في حالات الاقفار الشامل لكامل سماكة الأمعاء مع استئصال الخثرة المسببة عبر التنظير الوعائي (انجيوجرافي) فقط في حال كانت خثرة وحيدة مشخصة ، وغالبا ما يتم اجراء نظرة ثانية بعد 48 ساعة عبر تنظير البطن للتأكد من سلامة باقي الأمعاء .
- يضاف العلاج ب حالات الخثرات الدوائية مع المميعات الوقائية في الفترة ما حول الجراحة لتخفيف النكس
- يستطب اجراء الفحوص المخبرية و الشعاعية في المرحلة بعد الجراحة للبحث عن سبب مصدر للصمات ووضع العلاج الوقائي المناسب ، وخاصة اذا كان سبب الاحتشاء خثار منتشر او كان في اطار احتشاء مساريقي مزمن .

حالة سريرية

- المريض (ج.ب) 61 سنة ،
- الشكاية الرئيسية: ألم بطني معمم نوبي منذ حوالي الشهرين. الألم يزداد بتناول الطعام ويخف بالاقبيات ومضادات التشنج
- القصة المرضية : بدأت شكاية المريض منذ شهرين بألم بطن معمم واقبيات (مريحة) عدة مرات في اليوم دون حرارة مرافقة مع تغوط بلون اسود احيانا .
- راجع المريض قسم الاسعاف في مشفى تشرين الجامعي بتاريخ 2019/7/24 بقصة ألم بطني شديد مع اقبيات وتوقف خروج منذ يومين .
- تم قبوله في شعبة امراض جهاز الهضم بعد اجراء التحاليل والفحوص الشعاعية والمخبرية المطلوبة وكانت جميع العلامات الحياتية مستقرة .

• BP :12/7 P:74 SPO2 :97%

وضع المريض على تغطية ثلاثية بالصادات مع تسكين واماهه .
السوابق المرضية:

نشبة دماغية عابرة منذ 13 سنة...

يذكر المريض حدوث الم صدري وتعرق ثم تتميل وخدر في الطرف الايمن تم اجراء مرنان مغناطيسي للدماغ واختبار جهد وعولج المريض بالمميعات لمدة ثلاثة اشهر .
العادات والغرائز: غير مدخن ،غير كحولي .
بقية الاجهزة ضمن الطبيعي.

تحاليل القبول :

Wbc :12.2 Neu :79.6% Plt:124 Hgb: 13.8

Glu:152 Crea:0.95 Crp:>100 k:3.5 Na: 128.7

Pt:14.3 se INR:1.2

وكانت خمائر الكبد والبيروبيينات والاميلاز ضمن الحدود الطبيعية

• الفحوص الشعاعية عند القبول :

صورة البطن البسيطة:

عدة سويات سائلة غازية على مستوى الأمعاء الدقيقة

ايكو بطن 7/24 :

تؤذم خفيف في جدرالعرى المعوية في الحوض دون وجود سائل حر ...بقية الموجودات ضمن الطبيعي

طبقي محوري مع حقن (صدر بطن حوض) 7/24:

بداية الصائم طبيعي ،على بعد عدة سنتسمرات يوجد تؤذم في العرى المعوية الصائمية حيث تقيس سماكة الجدار 18ملم مع ركودة وتؤذم بصدوية النسيج الشحمي المجاور وتضخم في العقد اللمفية ،
نتحه خفيفة من السائل بين العرى المعوية . شوهد خثار بالوريد المساريقي العلوي يمتد حتى وريد الباب مع توسع بقطر وريد الباب يصل حتى 15ملم . يوجد تسمك بالجنب .

تنظير هضمي علوي 7/25:

لوحظ وجود مخاطية متوذمة متقرحة متضيقة هشة نازفة عفويا ...لم يتم اكمال التنظير بسبب خطورة الانتقاب العالية ...تم اخذ خزعات للدراسة

(نتيجة الخزعات : التهاب حاد ومزمن دون وجود خلايا ورمية) ...وجدت ايضا قرحات حديثة في البواب .

التوصيات : حمية مطلقة وطلب استشارة جراحه عامة

حيث تبين وجود تخريش بريتنواني مع تطبل بطن شديد

تم ادخال المريض الى العمليات الاسعافية بعد تأمين وحدتي دم ووضع انبوب انفي معدي وقتطرة بولية وصادات قبل الجراحة .

في العمل الجراحي تم اجراء ما يلي :

استلقاء ظهري، تخديرعام، تعقيم ، فرش شانات ،

شق ناصف اعلى واسفل السرة حتى الوصول لجوف البطن ،

وجدت عرى معوية صائمية متموتة مع توذم شديد في المساريقا بعد رباط ترايتز ب10سم ولمسافة 30سم تم عزل المساريقا اجراء بتر للامعاء المتموتة وارسالها للتشريح المرضي مع اجراء مفاغرة نهائية نهائية (صائمية صائمية) ووضع مفم صائم بعد المفاغرة، غسيل جوف البطن بمحلول ملحي وضع مفجرين أيمن : في الرتج المستقيمي المثاني ، أيسر : بجانب المفاغرة .
اغلاق على طبقات البطن وفق الاصول ..ضماد عقيم
• التوصيات بعد الجراحة:

حمية مطلقة و متابعة الضمادات والمفجرات وال NGT والسلوكية و الادرار و الاماهة و التغذية عبر المفم بعد 24ساعة مع تغذية وريدية كاملة و متابعة العلامات الحياتية
تم متابعة اجراء تحاليل يومية وشاملة للمريض و متابعة الاستشارات القلبية والدموية للبحث عن مصدر الصمة .
وكانت الخطة العلاجية للمريض أثناء الاستشفاء بعد الجراحة كما يلي :

- اماهة 3ل مالح سكري مالح مع تعويض البوتاسيوم 80ملي مكافئ /24ساعة .
- ceftriaxon 1غ 2× وريدي
- metronidazole 500مغ 3× تسريب وريدي
- Levofloxacin 500مغ 1× تسريب وريدي
- Omeprazole 40مغ 2×1 تسريب وريدي
- Enoxaheparin 0.6 1× تحت الجلد بدءا من 12ظهرا
- Paracetamol 500مغ 4×1 تسريب وريدي

تمت مراقبة العلامات الحياتية والمفجرات والتحاليل اليومية للمريض لمدة أسبوع
تم البدء بالسوائل الفموية الصافية بعد 5 ايام من الجراحة ثم ادخال الاغذية الفموية في اليوم السابع من الجراحة و متابعة الاستشارات القلبية والدموية
الاستشارة القلبية :

تم اجراء ايكو قلب ووضع جهاز هولتر تخطيط قلب ل24 ساعة

كانت النتائج : لا يوجد مصدر قلبي مطلق للصمات

تم اجراء ايكودوبلر للاوعية السباتية ولجملة وريد الباب : ضمن الطبيعي دون اي تضيق او خثار

الاستشارة الدموية :

تم طلب تحاليل دموية :واسمات ورمية ،بروتين C,S اعداد الفوسفوليبيد ،الهوموسيستين ،رحلان بروتينات، المتممة C3,C4...مع CT ماسح للصدر والبطن والحوض ...
تم تخريج المريض بحالة عامة جيدة دون حدوث اختلاطات





References

- Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract-Elsevier (2018) - Chapter 156 – P1820
- Schwartz's principles of surgery 10th edition – Capter 198 – p 2134
- Bailey and love's short practice of surgery 27th edition- Ch 117 – p 1702