

أم دم الشريان السباتي خارج القحف: دراسة حالة مرضية

الدكتور عبد الرحمن الأيوبي*

الدكتور سليمان غانم**

الملخص

تعدُّ أم دم الشريان السباتي خارج القحف نادرة جداً، وتقدر بـ 0.4-4% فقط من أمهات دم الشرايين المحيطية. جرت أول محاولة إصلاح جراحية ناجحة لأم دم الشريان السباتي الباطن خارج القحف من قبل كوبر Cooper عام 1808.

تنال أمهات الدم هذه الاهتمام بسبب تنوع أسباب المرض والتحديات الكبيرة سواء في التشخيص أو في العلاج. تختلف تظاهرات أمهات الدم تبعاً لموقعها وحجمها والآلية المرضية المسببة لها، إذ تبدأ هذه التظاهرات من كتلة لا عرضية في العنق إلى عجز عصبي مستمر كنتيجة للصلبات الميكروية المنطلقة من كيس أم الدم. تحدث معظم أمهات الدم على أرضية تصلب عصيدي، ولكن هناك آليات أخرى كالرض والإنتان. تشخص أمهات دم الشريان السباتي عادة باستخدام الأمواج فوق الصوتية، وتستخدم فحوص تشخيصية أخرى كالتطبيقي المحوري الوعائي والرنين المغناطيسي والتصوير الوعائي للحصول على معلومات أكثر دقة عن حجم أم الدم وعلاقتها بالبنى المجاورة. نقدم هنا تقرير حالة عن أم دم شريان سباتي باطن أيمن عند مريضة تبلغ من العمر 46 سنة، راجعت بأعراض عصبية، تم اللجوء لتركيبة شبكة مغلقة داخل أم الدم كونها تقع في الجزء البعيد من الشريان السباتي الباطن، دون وجود اختلاطات بعد 10 أشهر من المتابعة بعد العلاج.

في الخاتمة، تعدُّ أم دم الشريان السباتي حالة نادرة، وذات اختلاطات عالية عند اللجوء للعلاج المحافظ. كلمات مفتاحية: أم دم، شريان سباتي، شبكة مغلقة، كتلة نابضة.

* رئيس شعبة جراحة الاوعية - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

** مقيم جراحة أوعية - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

Extra Cranial Carotid Artery Aneurysm: A Case Report

Alayoubi Abdelrahman*

Ghanem Souleiman**

Abstract

Extracranial carotid artery aneurysm (ECAA) is extremely rare, accounting for only 0.4-4% of all peripheral artery aneurysms. Sir Astley Cooper is credited with the first successful operation for ECAA in 1808.

These aneurysms are of interest because they have diverse etiologies and present diagnostic and therapeutic challenges. The symptoms of ECAs vary according to their location, size, and etiology. The presentation of such aneurysms may vary from an asymptomatic mass in the neck to the development of a permanent neurological deficit as a consequence of micro emboli arising from within the aneurysmal sac. Although most carotid artery aneurysms are caused by atherosclerosis, other common causes include trauma and infection.

Carotid artery aneurysms are usually diagnosed by means of ultrasonographic scanning. Additional diagnostic testing -by computed tomographic angiography, or magnetic resonance imaging- can lead to more accurate information on the aneurysm's size and its relationship to surrounding structures.

We herein report an extra cranial carotid artery aneurysm detected in a 46 years old patient with complaint of neurologic Symptoms. Because aneurysm located in the distal ICA, the treatment involved stent graft deployment. There has been no complications noted during the 10 months follow up after treatment.

In conclusion, Extra Cranial Carotid Artery Aneurysm is a rare condition and has high rate of complication with conservative approach.

Key words: Aneurysm, Carotid artery, Stent graft, Pulsatile Mass

* Dept. Chairman of vascular surgery Damascus University.

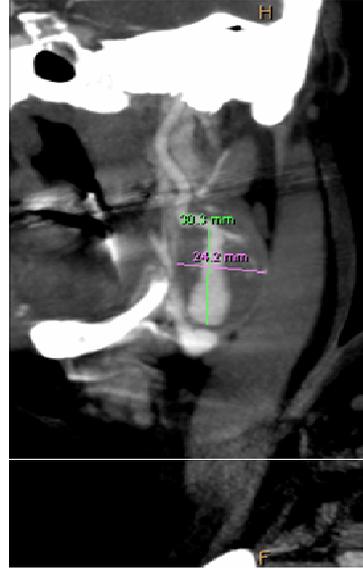
** Dept. Resident at vascular surgery Damascus University.



الشكل (2) تصوير وعائي خلال الإجراء التداخلي وتظهر أم الدم مع امتدادها قبل دخول السباتي الباطن للقناة السباتية داخل القحف. أظهرت الاستشارة العصبية الداخلية وجود خطر لتطور متلازمة فرط تروية دماغية، ولكن تقرر إجراء التداخل الوعائي لأن وجود أم الدم لم يقلص الجريان في الشريان السباتي الأيمن، ومن ثمَّ لن يبدل هذا التداخل من هيموديناميكة الدوران الدماغي. يهدف التداخل إلى منع الانطلاق المتكرر للصلوات الخثرية من كيس أم الدم. تقرر التداخل باستخدام شبكة مغلقة Covered Stent كونها أم دم حقيقية تتوضع على الجزء البعيد من الشريان السباتي الباطن. أُجْرِيَ التداخل في جناح القثطرة تحت التخدير الموضعي، حيث عُرِلَ الشريان السباتي الأصلي الأيمن جراحياً وأُدخِلَتْ مجموعة 9fr، ومن أُدخِلَ سلك قابل للانزلاق GlideWire وتجاوز أم الدم؛ بعد التأكد من تجاوز أم الدم أُطْلِقَتِ الشبكة المغلقة ضمن أم الدم بقياس 7×80مم.

أُجْرِيَ طبقي محوري متعدد الشرائح بعد تركيب الشبكة، وتبيّن عدم وجود تسريب داخلي أو تروٍ في الشبكة المغلقة. تخرجت المريضة مع توصيات باستخدام مضاد التصاق صفيحات (أسبرين بشكل دائم). تُوَبِّعَتِ الحالة

راجعت امرأة، 46 عاماً، بقصة خزل شقي أيسر تام منذ شهر مع استعادة للحركة في الطرف السفلي الأيسر؛ في سوابقها داء سكري مكتشف حديثاً ومعالج بالأنسولين. أظهر الفحص السريري أن القوة العضلية بالطرف السفلي الأيسر 5/5 وبالطرف العلوي الأيسر 5/0، كما أظهر الفحص وجود كتلة نابضة في الجهة اليمنى للعنق. أُجْرِيَ فحص بدئي للبحث عن مصدر مطلق للصلوات بالأموح فوق الصوتية فتبيّن وجود أم دم كبيرة على حساب الشريان السباتي الباطن الأيمن تقيس 11.8×30.1مم، مع وجود خثار ضمنها. أظهر الطبقي المحوري المجرى للدماغ وجود احتشاء دماغي جداري أيمن واسع يمتد حتى حدود النوى القاعدية اليمنى، أُجْرِيَ طبقي محوري متعدد الشرائح لدراسة مفصلة لأم الدم أظهر امتدادها حتى المسافة خلف شعبة الفك السفلي الأيمن.



الشكل (1) طبقي محوري متعدد الشرائح يظهر امتداد أم الدم حتى المسافة خلف الفك الأيمن

المحيطة.^[2] تشيع أمهات الدم الرضية في الأعمار المبكرة في حين تشيع أمهات الدم التصليبية العصيدية عند الكهول.^[5] أظهرت مراجعة لـ 224 حالة (أجريّ التداخل عليها داخل الأوعية) بين عامي 1995-2010 أن القطر الأعظمي لأمهات الدم هذه 26.3 ± 17.8 مم، وأن أكثر توضع لها شيوعاً في الشريان السباتي الباطن 73.7%، ثم في الشريان السباتي الأصلي 28.8%، ونادرة في الشريان السباتي الظاهر 3.7%.^[2]

بالفحص السريري والأمواج فوق الصوتية، وتبيّن عدم حصول تسريب داخلي endoleak، وتحسنت القدرة العضلية في الطرف العلوي الأيسر إذ أصبحت 4-5/5 بعد شهر من التداخل. كما أظهرت المتابعة بعد نحو 10 أشهر من إجراء التداخل عدم حدوث أي أعراض عصبية جديدة أو حدوث تسريب داخلي.

المناقشة:

مقدمة: تعدّ أم دم الشريان السباتي خارج القحف نادرة جداً، وتقدر بـ 0.4-4% فقط من أمهات دم الشرايين

جدول (1) القطر الأعظمي لأمهات دم الشريان السباتي خارج القحف وتوزيعاتها في مراجعة للحالات بين عامي 1995-2010.^[2]

Variables	Aneurysms	True aneurysms	Pseudoaneurysms
Age (years)	45.6 ± 19.7 (-/209)	56.0 ± 14.1 (-/13)	44.9 ± 19.9 (-/196)*
Variables	Aneurysms	True aneurysms	Pseudoaneurysms
Maximal diameter (mm)	26.3 ± 17.8 (-/75)	31.3 ± 8.9 (-/4)	26.1 ± 2.1 (-/74)
Location			
Left carotid bifurcation (%)	1.8 (4/219)	0 (0/13)	1.9 (4/206)
Right carotid bifurcation (%)	1.4 (3/219)	0 (0/219)	1.5 (3/206)
RCCA (%)	12.8 (28/218)	15.4 (2/13)	12.7 (26/205)
RICA (%)	37.9 (77/203)	30.8 (4/13)	38.4 (73/190)
RECA (%)	1.4 (3/222)	0 (0/13)	1.4 (3/209)
LCCA (%)	16.0 (35/219)	23.1 (3/13)	15.5 (32/206)
LICA (%)	35.8 (73/204)	46.2 (6/13)	35.1 (67/191)
LECA (%)	2.3 (5/219)	0 (0/13)	1.9 (4/206)

* P < 0.05 vs. true aneurysms. RCCA, right common carotid artery; RICA, right internal carotid artery; RECA, right external carotid artery; LCCA, left common carotid artery; LICA, left internal carotid artery; LECA, left external carotid artery.

الجراحة باستخدام هذه التقنية الشريان قبل إجراء الجراحة أكثر من التصنيع باستخدام رقعة.^[4]

- أم دم حقيقية: تتطور معظم أمهات دم الشريان السباتي خارج القحف البدئية كنتيجة لآلية تنكسية، مؤدية إلى تشكّل أمهات دم حقيقية. ولأنّ قطر الشريان السباتي بشكل طبيعي عند تفرعه أكبر بنحو 40% من قطر السباتي الباطن بعيد التفرع، اقترح deJong و زملاؤه تعريفاً آخر لأمهات دم الشريان السباتي وهو توسع البصلة بمقدار 200% من قطر الشريان السباتي الباطن أو 150% من قطر الشريان السباتي المشترك.^[1]

نعتمد في مشفى المواساة على إجراء استئصال بطانة السباتي بكلتا الطريقتين سواء بطريقة القلب أو باستخدام

تقسم أمهات دم الشريان السباتي خارج القحف إلى:

- أم دم كاذبة: تتضمن الآليات المرضية المسببة لها (أ) تمزق أو تمدد في مادة الرقعة المستخدمة في استئصال بطانة السباتي، (ب) تمزق جزئي في خط الخياطة عائد لحدوث إنتان، (ج) جهود ميكانيكية (مثال على ذلك تمدد جدار الشريان الرقيق المتبقي بعد استئصال بطانة السباتي تحت ضغط الدم). قد تحتاج أم الدم الكاذبة مدة 15 عاماً بعد استئصال البطانة لتتظاهر. انطلاقاً من هذه الأسباب، نفضل اللجوء إلى استئصال البطانة بطريقة القلب eversion حتى نتجنب الاختلاطات المترافقة مع الشق الطولاني التقليدي للشريان، إذ تعتمد هذه التقنية على الشق العرضي للشريان، كما يحاكي الشريان بعد إجراء

رقعة. أم الدم في حالتنا هذه أم دم حقيقية تقيس في قطرها الأعظمي 27.3 مم، تتوضع في القسم البعيد من الشريان السباتي الباطن خلف شعبة الفك السفلي الأيمن.

لمحة تاريخية: قام السيد كوبر Astley Cooper بإجراء العملية الجراحية الأولى غير الناجحة والعملية الجراحية الأولى الناجحة لأم دم الشريان السباتي الباطن خارج القحف عامي 1806 و1808 بالترتيب. كان ربط الشريان السباتي المشترك هو الحل الوحيد الممكن في ذلك الوقت لأن الترميم الوعائي المباشر لم يكن ممكناً بعد. حلت تقنيات الترميم الوعائي المباشر أو باستخدام طعم وريدي ذاتي بدل تقنية ربط السباتي بحلول عام 1970. طبقت

تقنيات العلاج داخل الأوعية في بداية عام 1990 مع بدايات تطبيقها في علاج تضيقات السباتي.^[1]

الآلية المرضية: تشمل أسباب أمهات الدم:

- أسباباً تنكسية / تصلباً عصيدياً: تعدُّ الأسباب التنكسية (التصلب العصيدي) حالياً الآلية الإمراضية الأكثر شيوعاً المترافقة مع أمهات دم الشريان السباتي خارج القحف (40-70% من الأسباب). أمهات الدم هذه حقيقية بشكل عام، وتميل إلى أن تكون مغزلية الشكل أكثر من كونها كيسية، وتتوضع غالباً عند تفرع الشريان السباتي المشترك أو في بداية الشريان السباتي الباطن، حيث يشيع توضع العصيدة.^[1]

جدول (2) أسباب أمهات دم الشريان السباتي خارج القحف والنسب المئوية لها في مراجعة للحالات بين عامي 1995-2010 [2]

Variables	Aneurysms	True aneurysms	Pseudoaneurysms
Etiologies			
Trauma (%)	50.9 (114/224)	0 (0/13)	54.0 (114/211)
Carotid endarterectomy (%)	11.2 (25/224)	7.7 (1/13)	11.4 (24/211)
Surgery and/or radiation for neck cancer (%)	11.2 (25/224)	7.7 (1/13)	11.4 (24/211)
Dissection (%)	6.7 (15/224)	0 (0/13)	7.1 (15/211)
Iatrogenic injury (%)	4.9 (11/224)	0 (0/13)	5.2 (11/211)
Atherosclerosis (%)	4.5 (10/224)	61.5 (8/13)	1.0 (2/211) ^a
Behcet disease (%)	2.7 (6/224)	7.7 (1/13)	2.4 (5/211)
Infection (%)	2.2 (5/224)	0 (0/13)	2.4 (5/211)
Ehlers-Danlos syndrome (%)	0.4 (1/224)	0 (0/13)	0.5 (1/211)
Cryptogenic (%)	4.0 (9/224)	15.4 (2/13)	3.3 (7/211) ^a
Not available (%)	1.8 (4/224)	7.7 (1/13)	1.4 (3/211)

- أسباباً مرضية: هي أكثر أسباب أمهات الدم الكاذبة شيوعاً، إذ كانت السبب في حدوث 54% من أمهات الدم الكاذبة في الدراسة السابقة دون أن تسبب حدوث أي أم دم حقيقية.^[2] تتضمن الأسباب المرضية الأدبيات النافذة والأدبيات الكليية. تشير سجلات الفيتنام لحالات الأوعية إلى أن معظم الأدبيات النافذة تحدث في الشريان السباتي المشترك.^[1] في حين تشمل الأدبيات الكليية عادة القطعة الرقبية البعيدة من الشريان السباتي الباطن عند قاعدة القحف بسبب الحركة النسبية لهذه القطعة إذ لا توجد فروع جانبية تقيد حركتها.^[6]

- أمهات دم بعد عمليات استئصال بطانة الشريان السباتي: يرتبط تطور أمهات الدم هذه إمماً بضعف في خط الخياطة أو بحدوث إبتان.^[1]

- تشمل العوامل الأخرى لتشكيل أم الدم تسلخ جدار الوعاء، والإبتان، وعسرة التصنع الليفية العضلية، وتشيع العنق وبعض الحالات النادرة كالأورام العصبية الليفية ومتلازمة مارفان ومتلازمة بهجت والتهاب الأوعية لتاكياسو.^[7]

لا توجد قصة مرضية عند المريضة أو قصة إجراء تداخل جراحي أو تشيع على مستوى العنق.

الموجودات السريرية: تختلف تظاهرات أمهات الدم تبعاً لموقعها وحجمها والآلية المرضية المسببة لها، ومنها:
- كتلة نابضة: يعدُّ وجود كتلة نابضة في العنق أكثر الأعراض شيوعاً، قد تكون أمهات الدم هذه مؤلمة أو ممضة أو لا عرضية، وقد يوجد بعضها ككتلة نابضة في

جدول (3) تظاهرات أمهات الدم الشريان السباتي خارج القحف والنسب المئوية لها في مراجعة للحالات بين عامي 1995-2010 [2]

Variables	Aneurysms	True aneurysms	Pseudoaneurysms
Central neurologic dysfunction (%)	43.9 (76/173)	33.3 (3/9)	44.5 (73/164)
Pulsatile neck mass (%)	19.8 (32/162)	22.2 (2/9)	19.6 (30/153)
Compressive symptom (%)	15.3 (25/163)	0 (0/8)	16.1 (25/155)

الأيمن من العنق دون وجود إصابة في الأعصاب القحفية أو عسرة بلع.

الاستقصاءات التشخيصية:

- التشخيص بالأموح فوق الصوتية: هو الاستقصاء التشخيصي البدئي لتقييم أمهات دم الشريان السباتي المنخفضة المستوى في العنق. [1] ازدادت نسبة حدوث أمهات الدم خارج القحف حديثاً في سياق برامج المسح التي تستخدم الوسائط غير الغازية للبحث عن آفات السباتي المسببة للسكتات. [6]

- الطبقي المحوري الوعائي CTA: تخفق الأمواج فوق الصوتية في تشخيص أمهات الدم بعيدة التوضع مما يتطلب استقصاءات أخرى كـ CTA أو MRA. يزودنا الـ CTA بمعلومات عن العلاقة مع البنى التشريحية العظمية الأساسية المهمة في تحديد أمهات الدم التي يتعذر الوصول إليها جراحياً، وتحتاج إلى تدخّل داخل وعائي. كما يزودك الـ CTA بمعلومات عن دائرة ويليس والمفاغرات الجانبية الدماغية. [1]

- تصوير الأوعية باستخدام القناطر: يعدُّ غير ضروري في الممارسة الحالية ويحتفظ به لحالات التداخلات داخل الأوعية بسبب خطر السكتات المترافقة مع هذا الإجراء الغازي. [1]

-الأعراض العصبية: تعدُّ الأعراض العصبية هي الأعراض البدئية في عدة دراسات. يعود سبب هذه الأعراض إلى انطلاق صمات خثرية من جدار أم الدم، وقد يكون سببها هو انخفاض الجريان بسبب انضغاط الشريان السباتي الباطن بأمهات الدم كبيرة الحجم. [1]

- أعراض انضغاطية: قد تتجم الأعراض من ضغط أم الدم بشكل مباشر على الأعصاب القحفية، إذ يسبب تخريش العصب المبهم أو العصب الحنجري الراجع بحة في الصوت. في حين يسبب التنبيه الضار للعصب تحت اللساني صعوبة في البلع والمضغ. لا يعدُّ مراجعة المريض بهذه الأعراض قبل ملاحظته لوجود الكتلة النابضة أمراً غير مألوف. [6]

- النزف والتمزق: يعدُّ النزف والتمزق حالياً تظاهرات نادرة لأمهات دم الشريان السباتي. يذكر حدوث نزوف إنذارية أو نزوف صغيرة متعددة قبل حدوث التمزق الكبير. يكون هذا النزف مميتاً عندما يحدث داخل البلعوم الفموي بسبب الاختناق والاستنشاق. [1]

راجعتنا المريضة بأعراض عصبية شقية يسرى منذ 3 أشهر ناتجة عن انطلاق صمات خثرية من جدار أم الدم، لم تلاحظ المريضة وجود كتلة نابضة لكن الفحص السريري بين وجود كتلة نابضة غير مؤلمة في الجانب

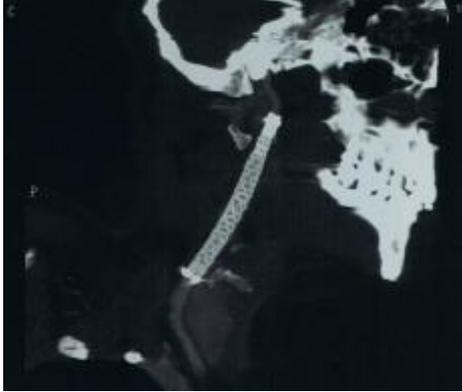
تبيّن في أثناء الفحص البدني للبحث عن مصدر مطلق للصمات بالأموح فوق الصوتية وجود أم دم كبيرة على حساب الشريان السباتي الباطن الأيمن تقيس 30.1×11.8 مم، مع وجود خثار ضمنها. أُجريت طبعي محوري متعدد الشرائح - لدراسة علاقة أم الدم بالبنى العظمية المجاورة - أظهر امتداد أم الدم إلى الجزء البعيد من الشريان السباتي خلف شعبة الفك السفلي الأيمن. لم يتم اللجوء للتصوير الوعائي باستخدام القثطار في سياق تشخيص أم الدم، وإنما في سياق تداخلنا العلاجي داخل الأوعية.

جدول (4) مقارنة نسبة الوفيات والسكتات الدماغية وإصابة الأعصاب القحفية بين مختلف طرائق العلاج

الإجراء	نسبة الوفيات	سكتة دماغية	إصابة الأعصاب القحفية
عدم إجراء أي علاج	71% ^[5]	50% ^[7]	
ربط الشريان السباتي	30% ^[5]	20% ^[2]	
إعادة تصنيع جراحية	6% ^[4]	3% ^[4]	6% ^[4]
تصنيع داخل الأوعية	4.1% ^[2]	1.8% ^[2]	0.5% ^[2]

اختيار العلاج:

- يصعب إجراء العزل الجراحي وتزداد نسبة المراضة في أمهات الدم الكبيرة وأمهات الدم الشاملة للجزء البعيد من الشريان السباتي الباطن، ويفضل اللجوء عندها لتقنيات العلاج داخل الأوعية.^[1]
 - يعدّ وجود خثار غير مستقر المظهر داخل أم دم حقيقية أو أم دم كاذبة مضاداً استطباً نسبياً للجوء إلى الترميم داخل الأوعية.^[1]
 - يعدّ وجود أمهات الدم في شرايين سباتية متعرجة مضاداً استطباً نسبياً للعلاج داخل الأوعية بسبب صعوبة إيصال الشبكة وتطابقه مع جدار الشريان.^[1] تم اللجوء للعلاج الهجين (جراحي وداخلي وعائي) في تقرير حالة عن أم دم شريان سباتي باطن تتوضع في الجزء البعيد منه مع وجود تعرج بالقسم القريب من الشريان السباتي الباطن ذاته.^[3]
 - الاشتباه بوجود إنتان أو وجود أم دم إنتانية هو بشكل عام مضاد استطباً للعلاج داخل الأوعية.^[1]
 - يصعب إجراء التداخل الجراحي بحال وجود عنق معاد بسبب جراحة سابقة على العنق أو تشيع سابق.^[2]
- العلاج الجراحي:** تتضمن تقنيات العلاج الجراحي:
- ١ الربط: يجري الربط في حالات نادرة من أمهات دم الشريان السباتي خارج القحف عندما نقرر عدم إجراء أي تدخل سواء جراحي أو داخلي وعائي، أو في أمهات الدم التي تشمل الشريان السباتي الظاهر بمفرده تربط دون أي تصنيع.^[1] كان ربط الشريان السباتي هو العلاج الوحيد في التقرير الذي سجله Winslow عام 1926.^[5]



الشكل (3) مسقط جانبي أيمن للشبكة المغلفة بعد إجراء التداخل وتركيب الشبكة

جرى الابتعاد عن العلاج الجراحي في هذه الحالة بسبب توضع أم الدم في القسم البعيد من الشريان السباتي الباطن، إذ يصعب العزل الجراحي في هذا الموقع وتزداد نسبة إصابة الأعصاب القحفية. تقرر إجراء علاج داخل وعائي للتقليل من اختلاطات العمل الجراحي، ولكن بسبب بعض الصعوبات في تأمين الأدوات اللازمة لتركيب شبكة مغلفة داخل الشريان السباتي تركيب الشبكة المغلفة من مدخل سباتي مشترك أيمن بعد إجراء عزل جراحي للشريان السباتي المشترك الأيمن.

مضاعفات استخدام الشبكات:

• مبكرة: يحدث التسريب الداخلي Endoleak بعد الجراحة بنسبة 8.1% من إجمالي الحالات. نسبة السكتات الدماغية 1.8%. حوِّلت بعض حالات العلاج داخل الأوعية إلى جراحة إسعافية في 0.4% من المرضى، و7.7% من مرضى أمهات الدم الحقيقية بنسبة أعلى منها عند مرضى أمهات الدم الكاذبة. حدثت أذية الأعصاب القحفية بسبب النزف عند مريض واحد فقط 0.5% لتتراجع فيما بعد.^[2]

• متأخرة: نسبة المضاعفات المتأخرة 11.7%، أكثرها شيوعاً هو الانسداد بنسبة 6.3%. أمماً بقية الاختلاطات (هجرة الشبكة المغلفة، السكتة المتأخرة، تمزق الشريان

؛ الاستئصال: يعدُّ ملائماً للاستخدام في أمهات الدم الشاملة للسباتي المشترك والتلت القريب من السباتي الباطن.^[1] يعدُّ استئصال أم الدم مع وضع طعم بديل أو تصنيع الوعاء برقعة الحل الأمثل سواء للوقاية من الأعراض العصبية الناتجة عن الصمات أو للوقاية من تمزق أم الدم.^[2]

العلاج داخل الأوعية: سجلت العديد من التقنيات داخل الأوعية لعلاج أمهات دم الشريان السباتي خارج القحف ونذكر منها: شبكة معدنية مع وضع وشائع coils عبر الشبكة أو من دون وضعها، وضع شبكة مضاعفة، وضع شبكة مغطاة بوريد ذاتي، إغلاق السباتي بوشائع عبر الأوعية أو عن طريق البالون، استخدام شبكة مغلفة. يعدُّ استخدام الشبكة المغلفة خياراً أفضل في أم الدم المغزلية الشكل دون عنق منفصل مادام يتوافر طول كافٍ لمنع التسريب في الجزء القريب والبعيد من الشريان.^[1]

العلاج الهجين (علاج جراحي وعلاج داخل الأوعية):

تذكر عدة فوائد للجوء إلى العلاج الهجين Hybrid، إذ يعدُّ وجود تعرج واسع في الشريان السباتي أو وجود أنماط معقدة من قوس الأبهر تحدياً لإمكانية الوصول إلى أم الدم. كما تزداد نسبة الخثار ضمن الشبكة في الأوعية المتعرجة. ويحتاج المدخل الفخذي إلى استخدام أسلاك و قناطر وموسعات طويلة تجعل من السيطرة على الأدوات أمراً أكثر صعوبة. كما نذكر ازدياد نسبة الحوادث الوعائية الدماغية عند المناورة بالأسلاك والقناطر خاصة في الأوعية المعتلة والمتكلسة.^[3]

السباتي، تضيق الشبكة المغلفة) فحدثت عند مريضين مختلفين أي بنسبة 1% على التوالي. وحدث (كسر في الشبكة المغلفة، إنتان داخل القحف، استمرار التسريب الداخلي) في مريض واحد على التوالي.^[2]

حدثت اختلاطات تركيب الشبكة المغلفة كالتسريب الداخلي في متابعاتنا بعد 10 أشهر من التداخل. الخلاصة: أم دم الشريان السباتي خارج القحف حالة نادرة، وذات تظاهرات كثيرة، لذلك يجب أن يكون لدينا شك سريري عالٍ أمام الحالات غير المثالية، فقد تتظاهر على شكل كتلة غير نابضة في العنق، أو كتورم معزول في البلعوم الخلفي، كما تكتشف أمهات الدم هذه أحياناً في سياق تقييم عسرة البلع.

References

1. Marvin DA, Ruth LB. Carotid Artery Disease : Aneurysms . Volume 2 . Section 14. Chapter 98 in Cronenwett JL, Johnston W (eds.): Rutherford's Vascular Surgery, Seventh Edition. Philadelphia: WB Saunders/Elsevier, 2010, pages 1497-511
2. Li Z, Chang G, Yao C, Guo L, Liu Y, Wang M, Liu D, Wang S. Endovascular stenting of extracranial carotid artery aneurysm: a systematic review. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2011 Oct;42(4):419-26
3. Wong E, Chue WL. Hybrid (open and endovascular) repair of distal extra-cranial Internal carotid artery aneurysm. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, Volume 40, Issue 4, October 2010: e19-21
4. El-Sabroun R, Cooley DA. Extracranial carotid artery aneurysms: Texas Heart Institute experience. J Vasc Surg. 2000 Apr;31(4):702-12
5. Thomas CBD, Gerard WT. Extracranial carotid artery aneurysms. Annals of the Royal College of Surgeons of England (1984) vol. 66: 247-50
6. Gary RS. Nonatherosclerotic Cerebrovascular Disease . Part VIII . chapter 71 in AscherE: Haimovici's vascular surgery, 5th Edition. Malden Mass: Blackwell, 2004, pages 847-48.
7. Szopinski P, Ciostek P, Kielar M, Myrcha P, Pleban E, Noszczyk W. A series of 15 patients with extracranial carotid artery aneurysms: surgical and endovascular treatment. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2005 Mar;29(3):256-61

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2012/7/4.

تاريخ قبوله للنشر 2013/1/17.