

القصور الشرياني في الأطراف العلوية

(نقص تروية الأطراف العلوية)

Arterial Insufficiency of the Upper limb

أ.د. هاشم صقر



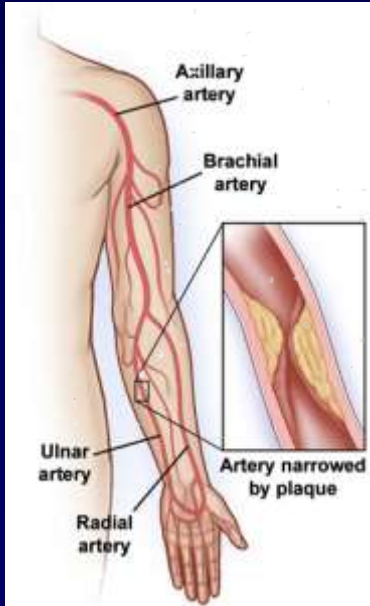
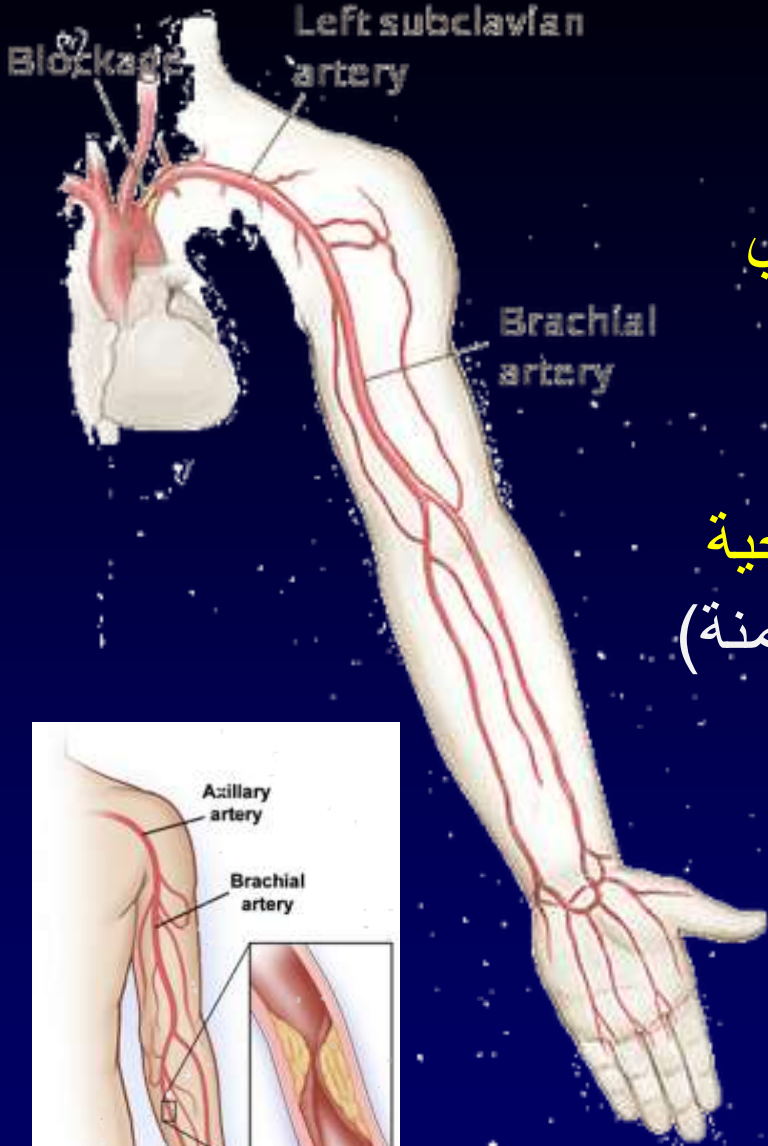
- آفات أوعية الأطراف العلوية المزمنة تعطي أعراض خفيفة ، نادراً ما تظهر بشكل واضح .
- ظهور الأعراض يشر إلى عجز وظيفي شديد .
- أحياناً الأعراض قد تكون ظاهرة لآفة جهازية.
- شريان تحت الترقوة الأيسر هو الأكثر إصابة.
- يصاب الجذع العضدي – الرأسي بنسبة أقل .
- يتحمل الطرف العلوي نقص تروية أكثر من السفلي للأسباب التالية:



١. الكتلة العضلية في العضد والساعد أقل حجماً.
٢. الجهد المطلوب من الطرف العلوي أقل .
٣. وجود غزارة دوران رادف حول الكتف والمرفق تحمي نهاية الطرف من التمثوت.

الآفات المسببة :

- التصلب العصيدي.
- التهاب شريان تحت الترقوة أو الجذع العضدي الرأسي.
- أصابات رضية سابقة.
- انضغاط شريان تحت الترقوة بعناصر تشريحية أو بآفات أخرى (أورام - التهابات نسيجية مزمنة) تؤدي لتضييق مخرج الصدر .



العلامات:



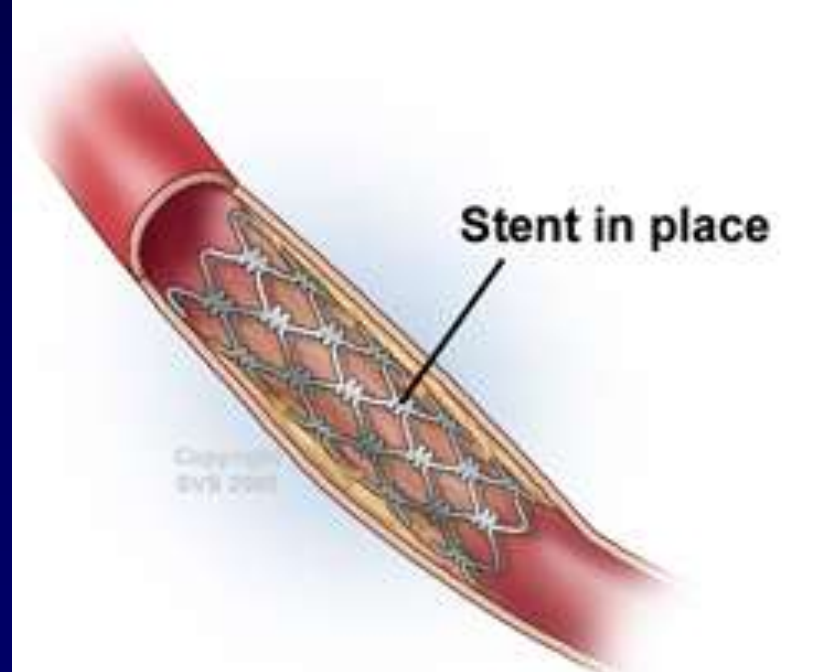
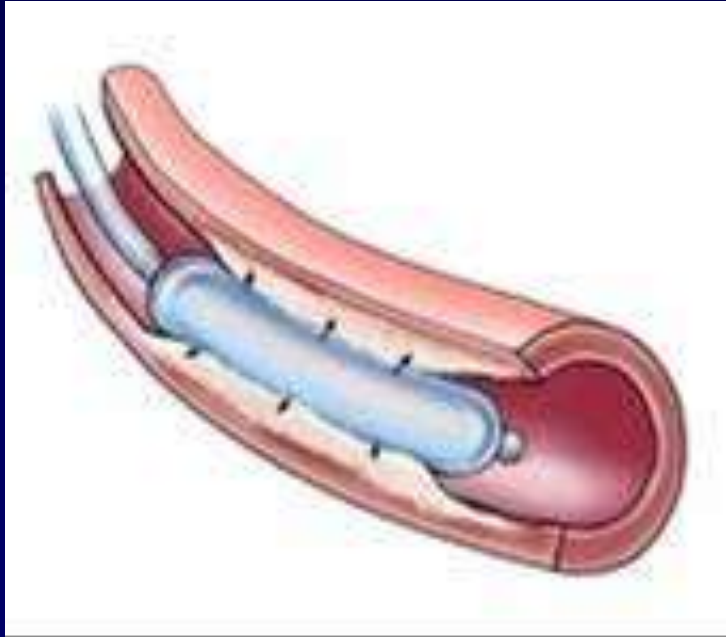
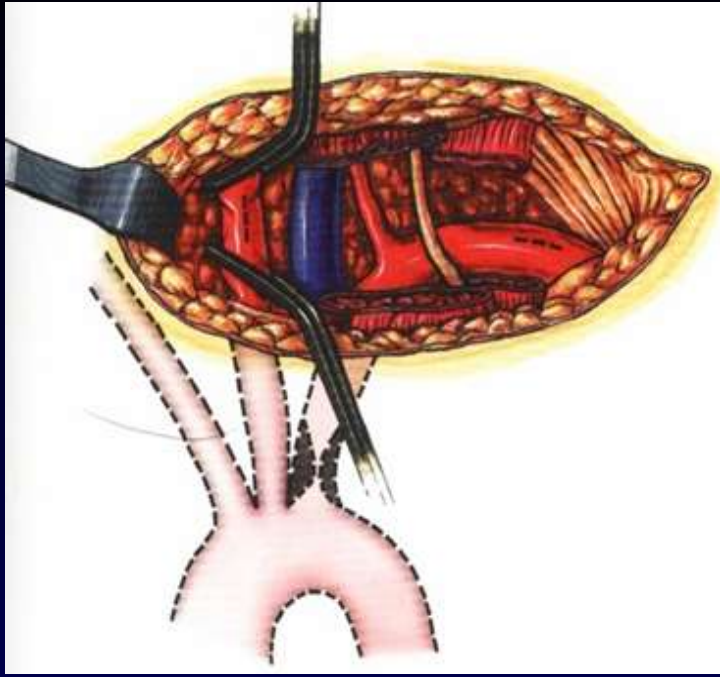
- برودة وتبدلات لونية في الأصابع .
- تعب أو ألم عند تحريك الأطراف العلوية (عرج متقطع).
- ضعف النبض أو انعدامه.
- اختلاف الضغط الشرياني بين الطرفين العلويين.
- تقرح أو تموت نسيجي .

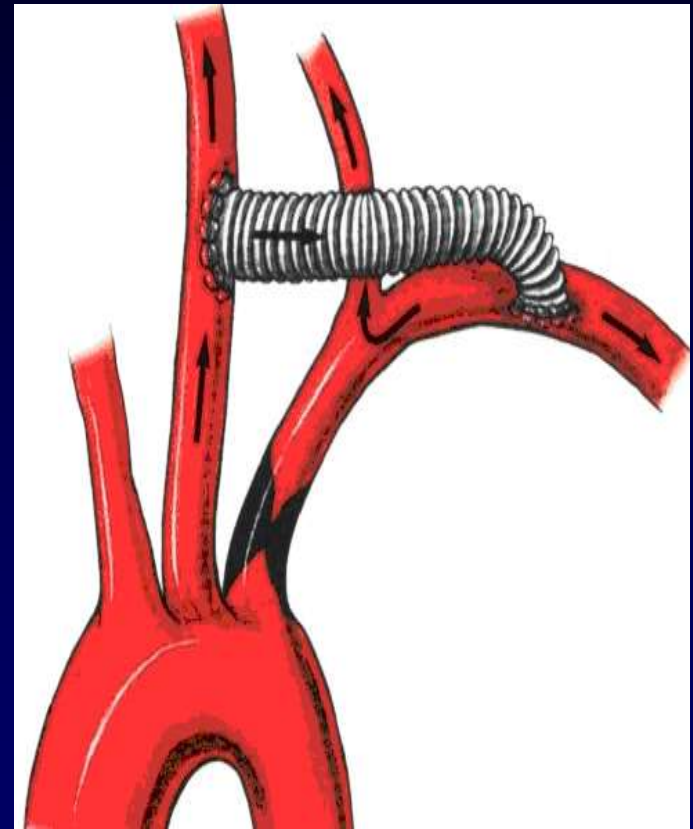
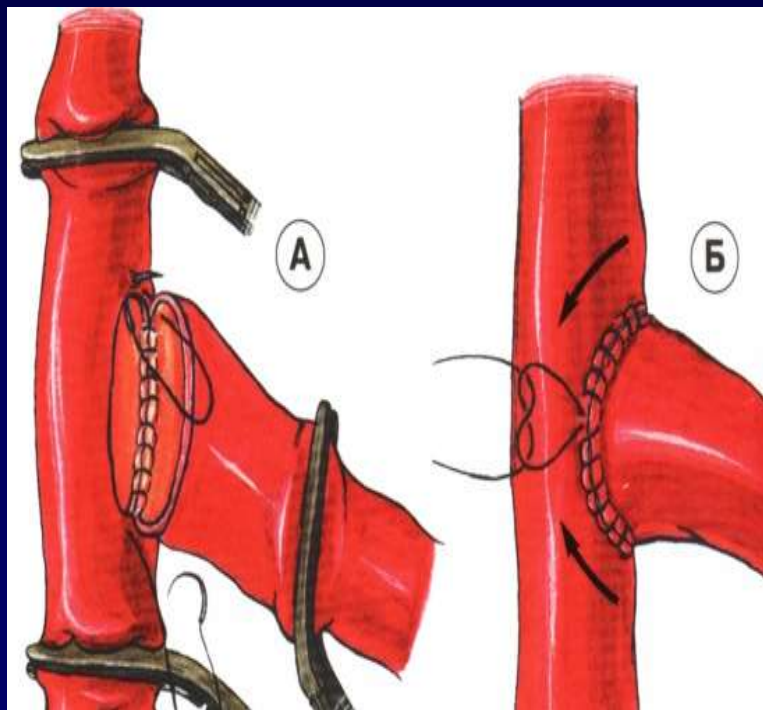
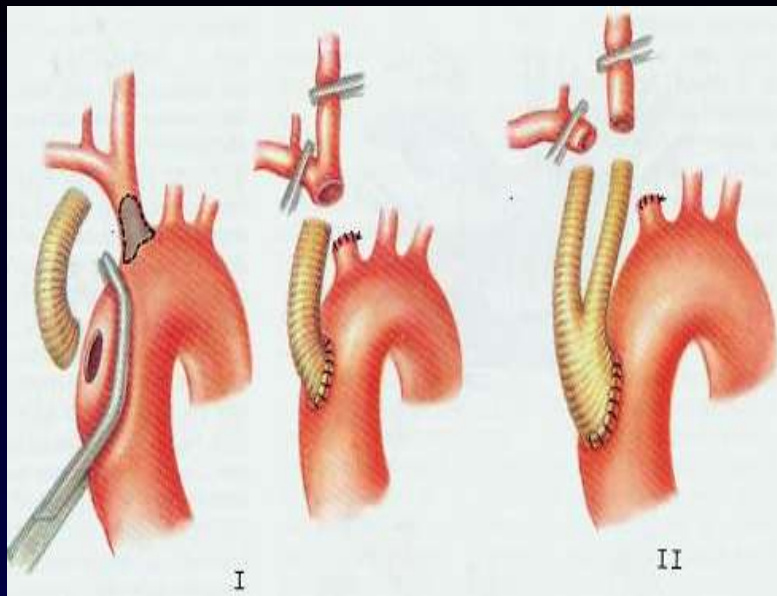
التشخيص : يعتمد على :

١. فحص وعائي دقيق ، قياس ضغوط ،جس النبوض ومناورات مخرج صدر.
٢. اجراء اختبارات وعائية لاباضعة (ضغوط قسمية وأصبعية ومخططات دوبلر ومخططات تحجم نبضي أصبعي) .
٣. تصوير الشرايين الظليل .

العلاج: يتم بإحدى الطرق :

- 0 توسيع الشرايين (مع أو بدون *Stents*).
- 0 مجازة وريدية أو صناعية من قوس الأبهر أو من السباتي الأصلي الموافق .
- 0 إعادة زرع شريان تحت الترقوة على السباتي.



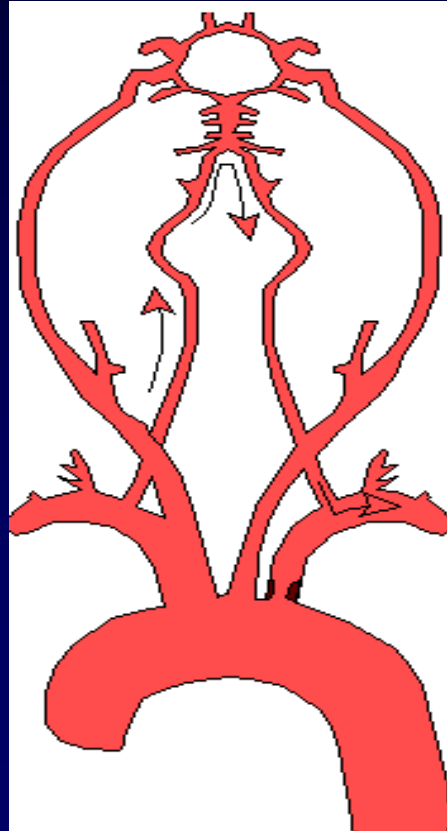
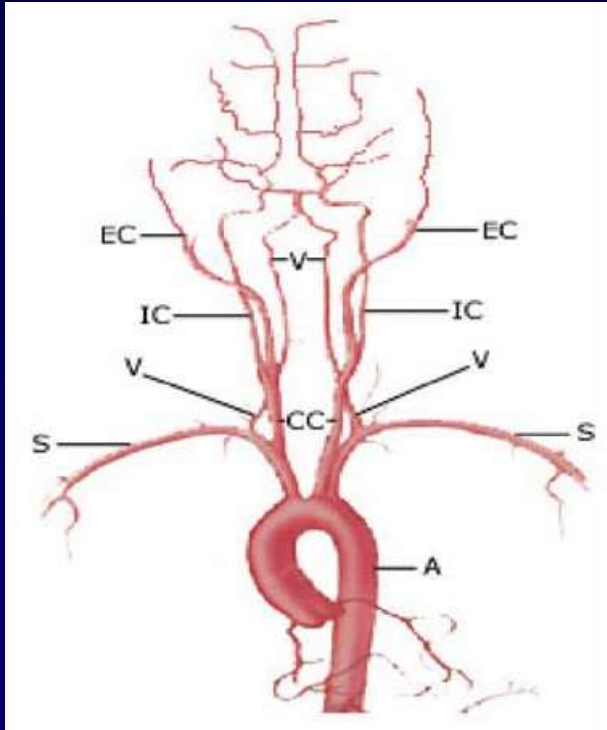


متلازمة سرقة شريان تحت الترقوة

Subclavian Artery Steal Syndrome

تعريف :

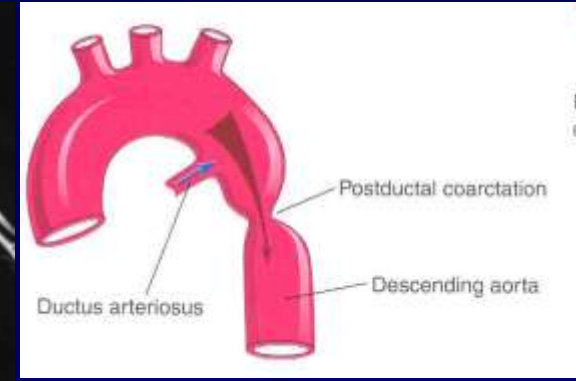
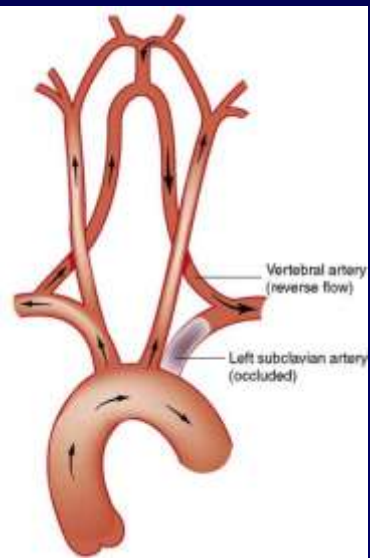
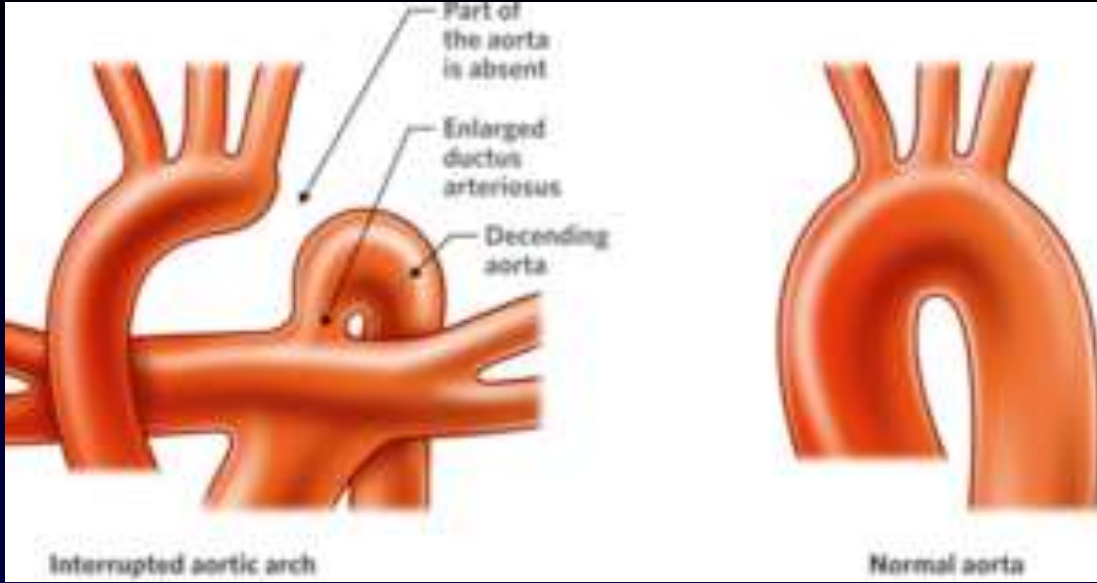
جريان الدم عكس اتجاهه السوي (بشكل راجع) عبر أحد الشريانين الفقاريين .
ينتج عن انسداد في منشأ شريان تحت الترقوة الموافق ، مما يؤدي الى استرجار
الدم الوارد الى الدوران الدماغى (من الشريان القاعدي وحلقة ويلس
Willis Circle) إلى الطرف العلوي ليؤمن حاجته ،خاصة أثناء الجهد.



الأسباب :

- تصلب الشرايين العصيدي .
- التهاب الشرايين (تاكياسو) .
- تشوهات خلقية .
- قوس الأبهر المنقطع .
- تضيق برزخ الأبهر .

يحدث انسداد شريان تحت الترقوة الأيسر أكثر من الأيمن (٧٠% في الجهة اليسرى).



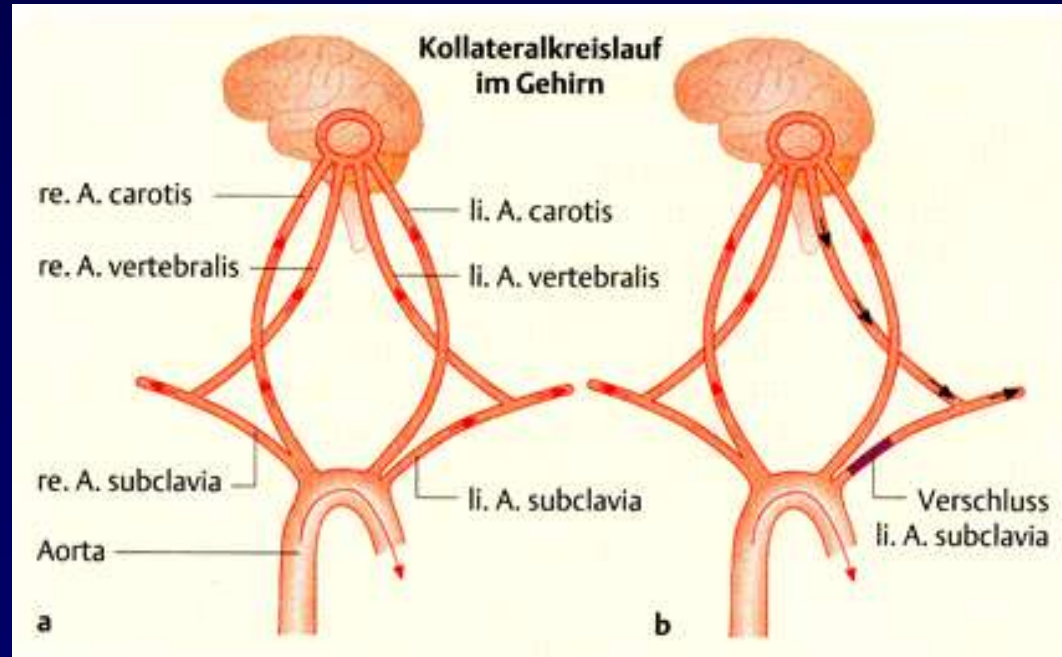
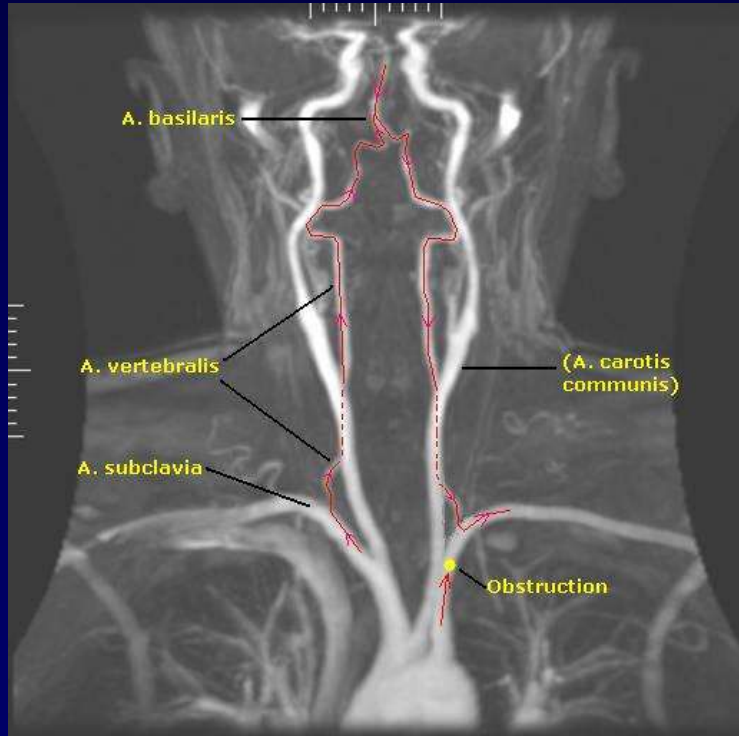
الأعراض :

الأعراض العصبية هي السبب الرئيس لمراجعة الطبيب :
١. فقدان توازن ونوبات سقوط واضطراب رؤية وأحياناً فقدان حس.

٢. نوبات نقص تروية دماغية مؤقتة ومتكررة.

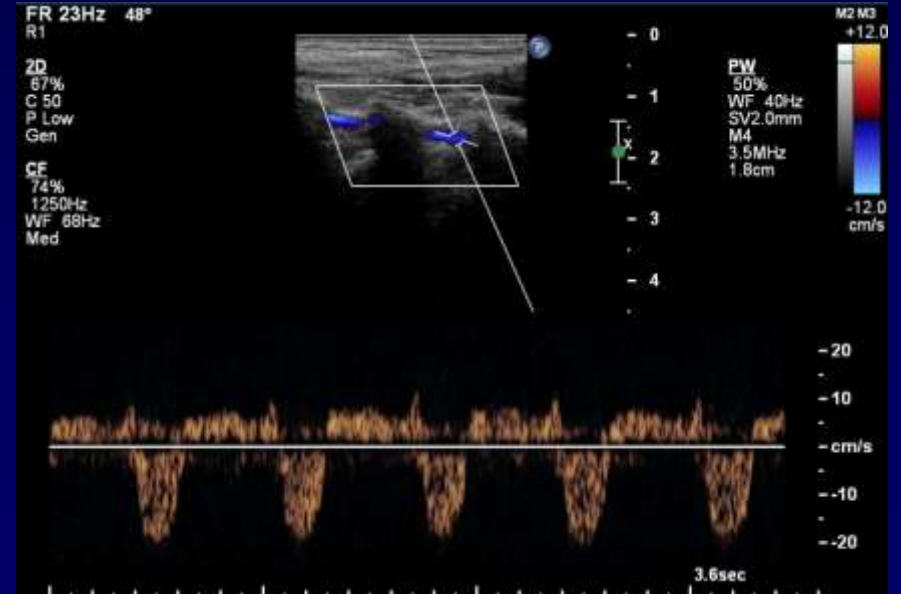
٣. اضطراب الكلام وفقدان الوعي (خاصة أثناء تحريك عضلات الطرف العلوي المصاب حيث تزداد سرقة الدم وبالتالي ينقص الدوران الدماغي).

٤. عرج متقطع بالطرف العلوي الموافق .



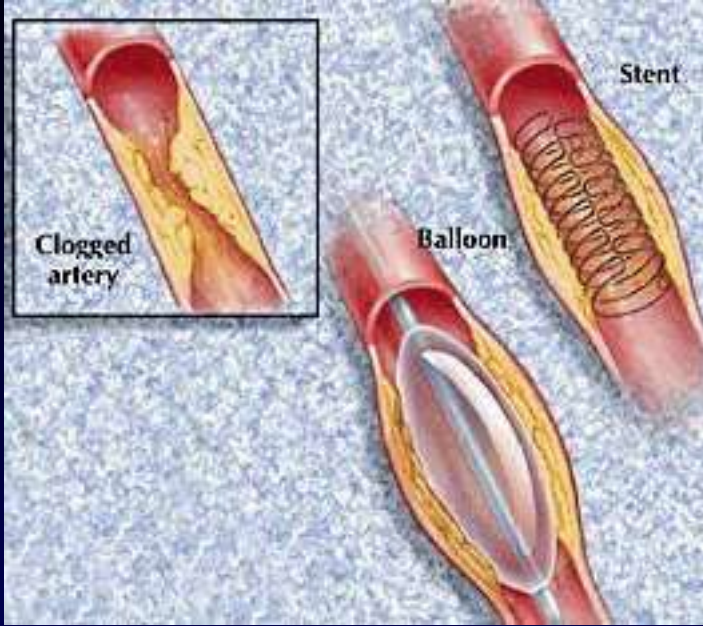
العلامات :

١. نفخة على شريان تحت الترقوة المصاب.
٢. فرق الضغط بين الذراعين يتجاوز (٣٠ مم ز).
٣. ضعف مؤقت (حركي أو حسي) في الطرف المصاب.
٤. انقلاب موجة الدوبلر على الشريان الفقاري بالجهة المصابة.



العلاج: في الحالات العرضية:

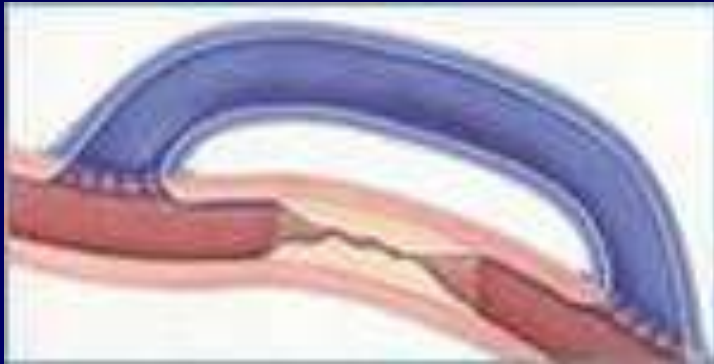
١. توسيع شريان تحت الترقوة مع وضع شبكة *Stent*.

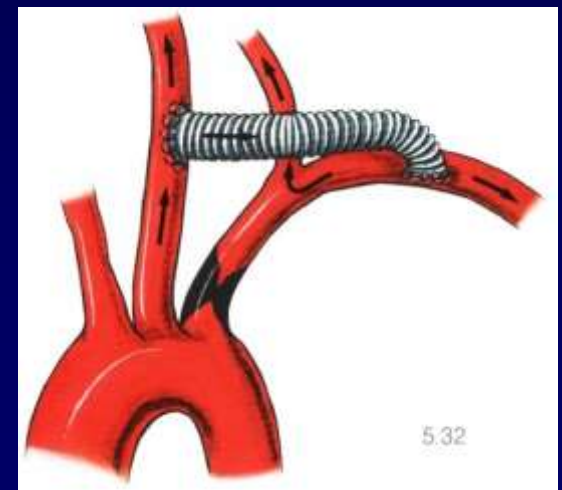
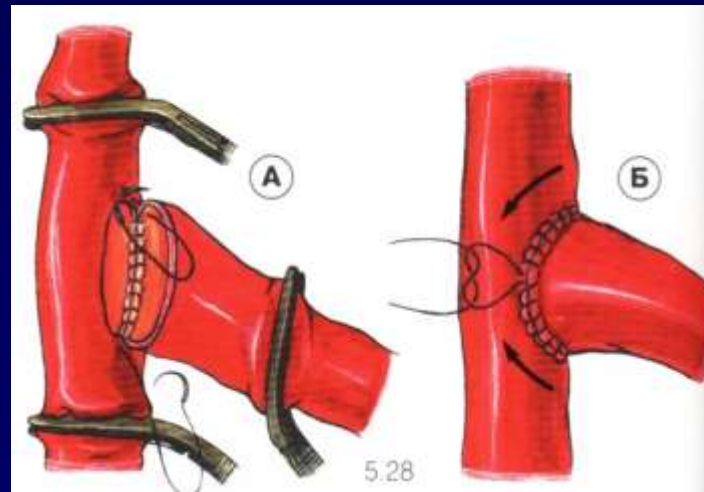
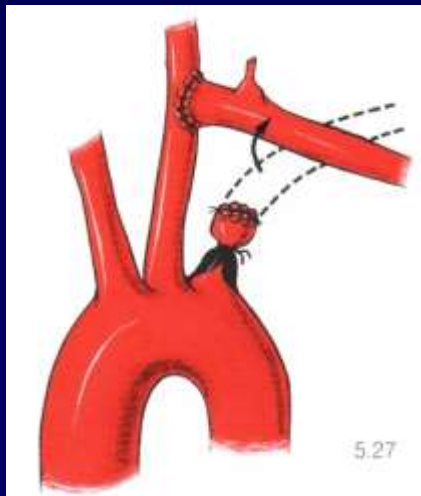
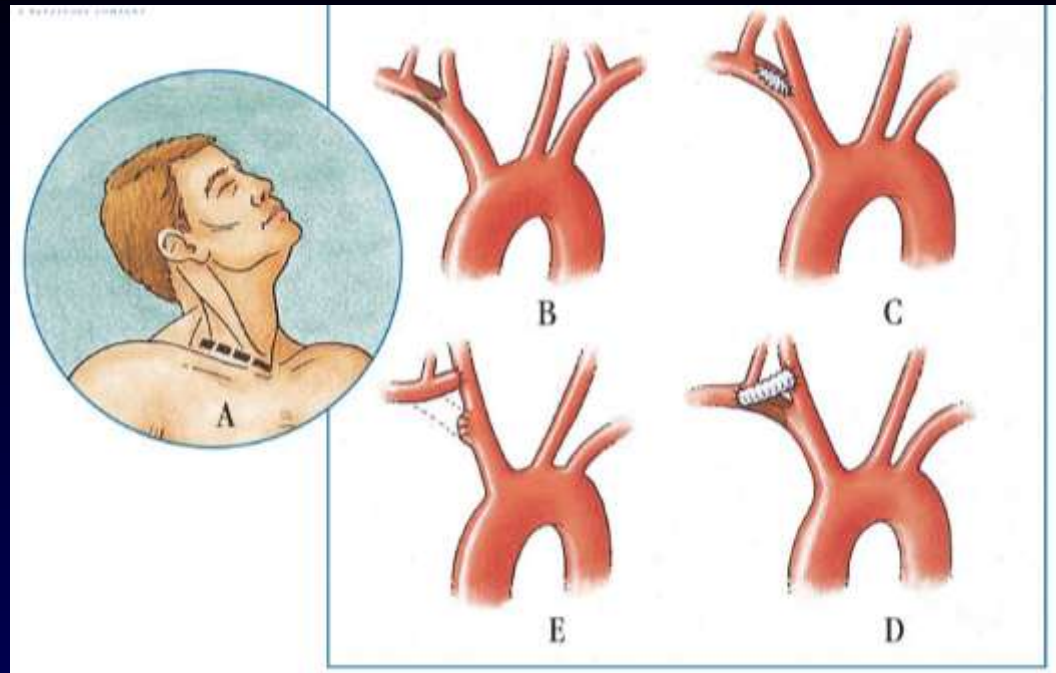
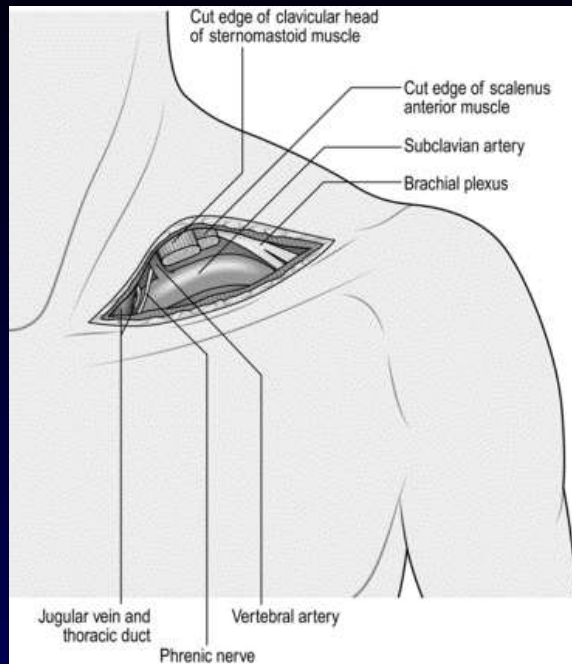


٢. إعادة زرع الشريان تحت الترقوة على الشريان السباتي الموافق له.

٣. إجراء مجازة وريدية أو صناعية بين الشريان السباتي الأصلي الموافق والشريان تحت الترقوة بعد منطقة الانسداد.

٤. مجازة وريدية أو صناعية بين شرياني تحت الترقوة (من جهة إلى أخرى).



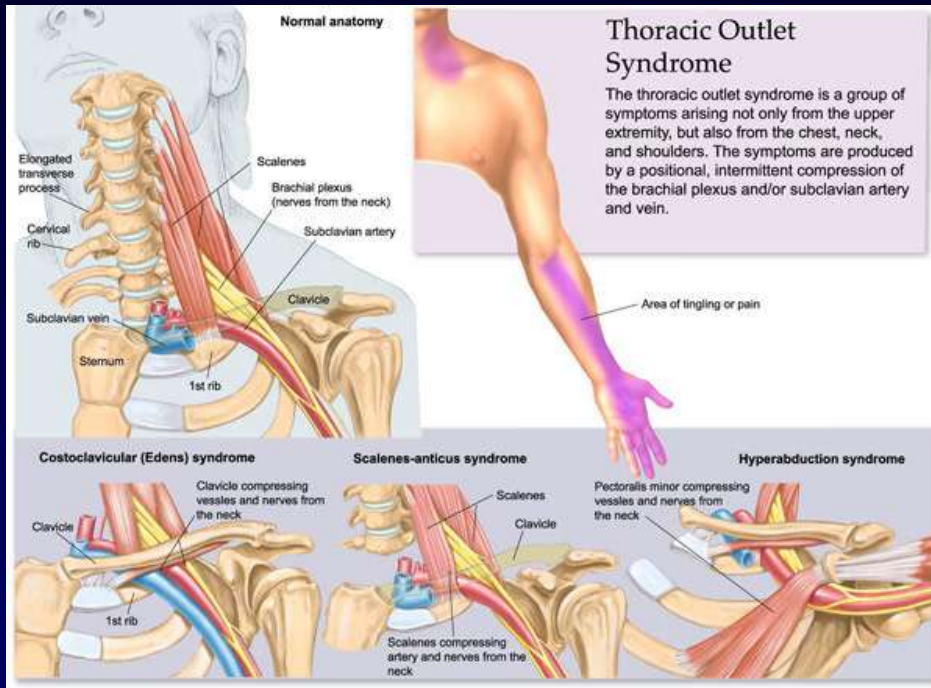


متلازمة مخرج الصدر

Thoracic Outlet Syndrome

التعريف:

مجموعة من الأعراض العصبية والوعائية التي تصيب الأطراف العلوية تنجم عن انضغاط الضفيرة العصبية العضدية أو الشريان أو الوريد أو بعضها أو جميعها معاً بشذوذات عظمية أو بنسج رخوة عند خروجها من قاعدة العنق باتجاه الطرفين العلويين .



- تشاهد في (٥, ٠%) من عامة الناس. فقط (١٠%) منهم يعاني من أعراض عصبية أو وعائية.
- تبدأ أعراض هذه المتلازمة عادة بين العقدين الثالث والخامس من العمر .
- تظهر عند النساء أكثر من الرجال بنسبة ١/٤ .

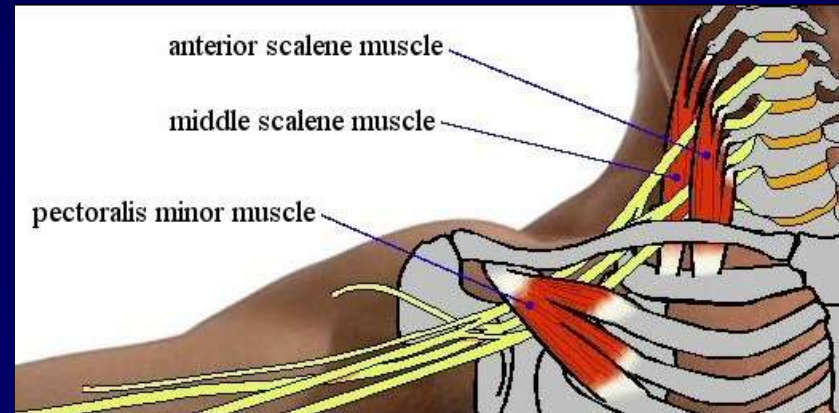
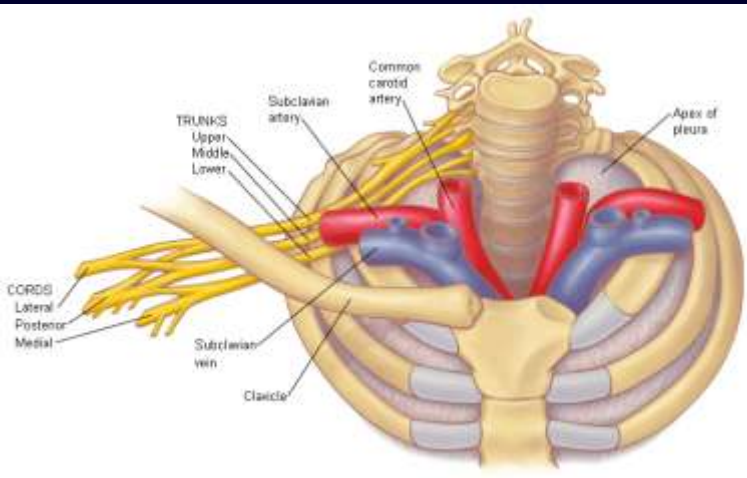
التصنيف: نميز ثلاثة أنواع :

I. نوع عصبي (*Neurogenic Type*) الأشيع (٩٥% من الحالات) ويعطي أعراضاً تنجم عن تخريش الضفيرة العضدية (ألم ، مذل وغالباً ضعف بالطرف العلوي).

II. نوع وريدي (*Venous Type*) يحدث نتيجة

انضغاط وريد تحت الترقوة ويشكل ٣-٤% من الحالات. ويتظاهر بأعراض خثار الوريد الإبطي أو تحت الترقوة، غالباً بعد جهد عضلي شديد.

III. نوع شرياني (*Arterial Type*) نادر الحدوث (١%) ويعطي أعراض نقص تروية.

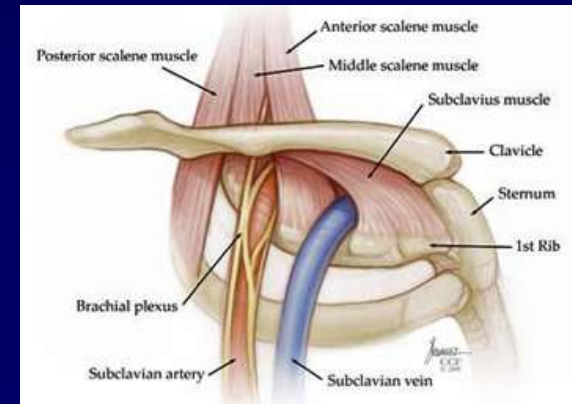
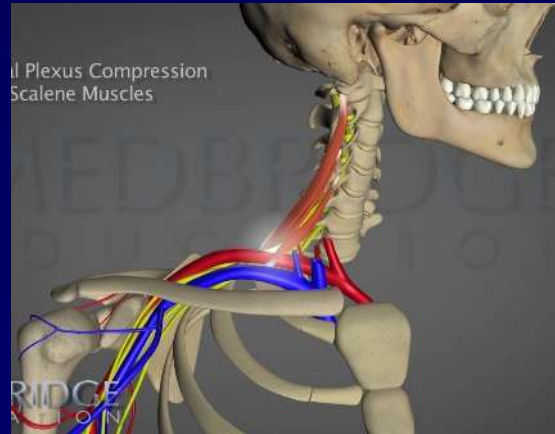
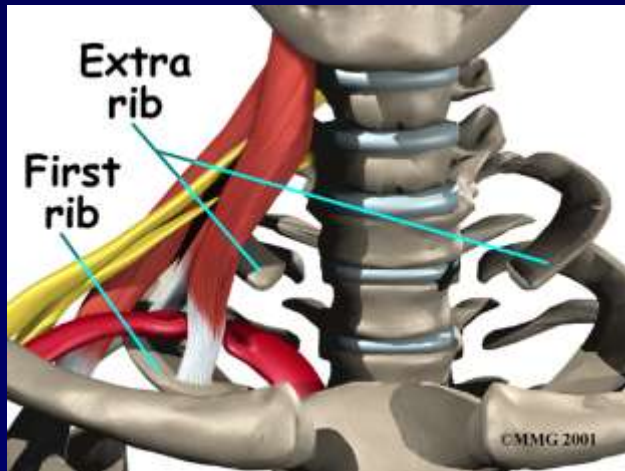
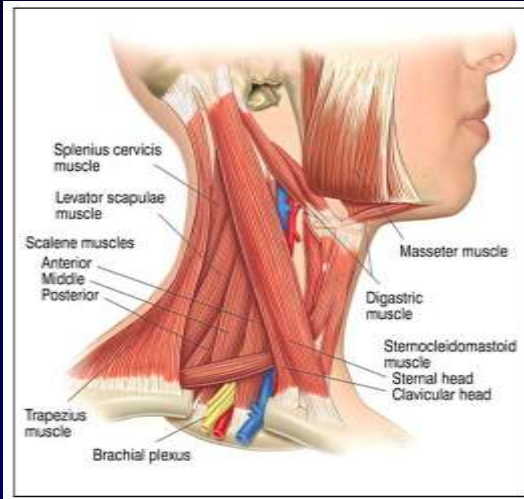


الوبائيات:

اغلبية المرضى الذين يصابون بهذه المتلازمة من النساء في سن ٢٠ - ٤٠ عاما.

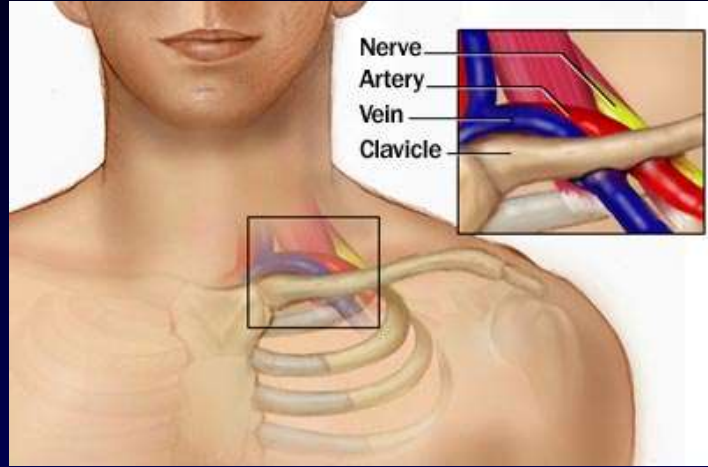
الأسباب : عيوب تشريحية:

١. ضلع رقبى خلقي وهو ضلع زائد يوجد فوق الضلع الأول.
٢. وجود شريط ليفي شاذ.
٣. ضخامة الناتئ المعترض للفقرة C7. قد يكون أحادي أو ثنائي الجانب ، وقد يكون كامل متصل بالضلع الأولى أو ناقص يتصل بواسطة حزمة ليفية.
٤. تشوه العضلة الأخمعية الأمامية أو الوسطى .
٥. تشوه يسبب تضيق المسافة بين عظم الترقوة والضلع الأولى .
٦. تليف أو قصر وتر العضلة الصدرية الصغيرة.

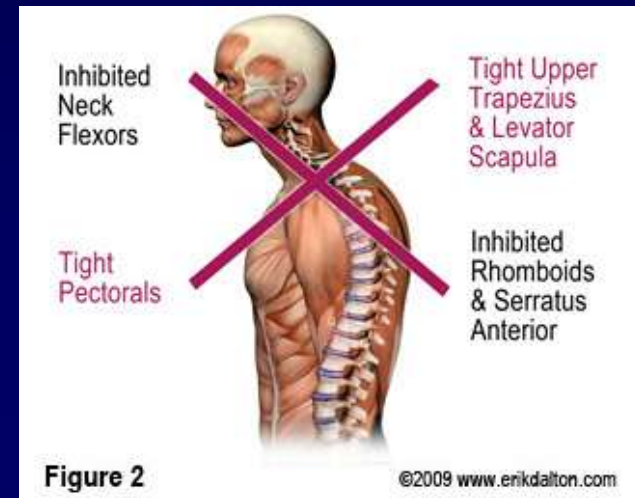
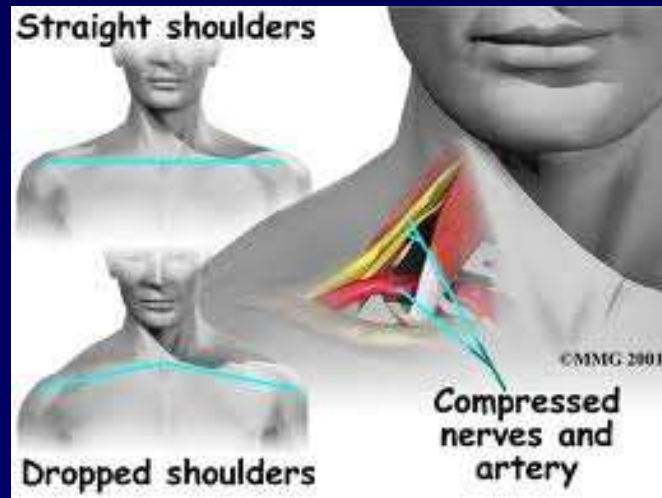
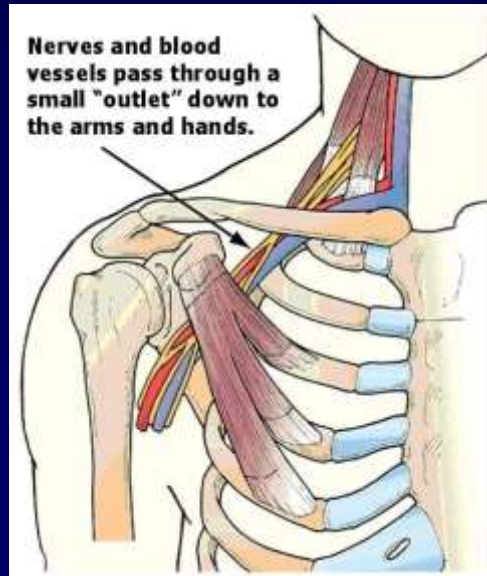


أسباب أخرى :

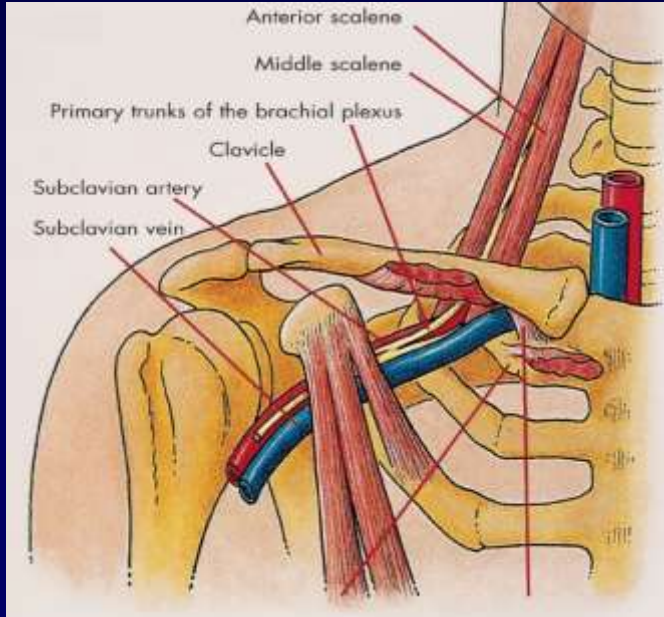
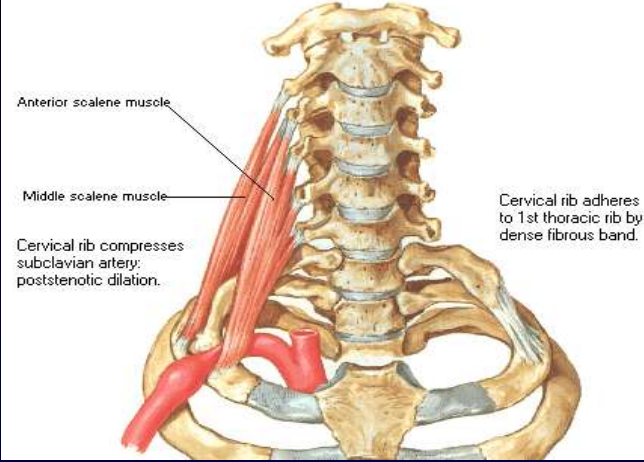
- وضعية معيبة: كحني الكتفين أو حمل الرأس بوضعية أمامية.
- رض فيزيائي: كحوادث السير وغالباً لا تظهر الاعراض بعد الرض مباشرة.



- حركات متكررة للكتف والذراع : كممارسة رياضات معينة (السباحة والبيسبول) أو الطباعة على الكمبيوتر لساعات طويلة.
- أورام ضاغطة على الأعصاب.
- الحمل : قد يسبب ارتخاء بالمفاصل.



Cervical Ribs and Related Anomalies 1



ملاحظات تشريحية:

التشريح الوصفي لمنطقة مخرج الصدر يبين
أمكانية انضغاط الحزمة العصبية – الوعائية في
المناطق التالية :

١. المثلث المحدود بالأخعية الأمامية (الأمام)
والمتوسطة (الخلف) والضلع الأولى (أسفل).
٢. المسافة المحدودة بين عظم الترقوة في الأمام
والضلع الأولى في الخلف.
٣. المنطقة التي يمر فيها وتر العضلة الصدرية
الصغيرة أمام شريان تحت الترقوة في منطقة
الإبط.

السريريات:

الضفيرة العضدية أكثر العناصر تعرضاً للضغط ، إضافة إلى الشريان والوريد وتتظاهر بالأعراض التالية :

١. ألم (في الرقبة والكتف والطرف العلوي).
٢. خدر ، نمل ومذل *paraesthesia* بالطرف العلوي المتوافق مع الجهة المصابة.
٣. عرج متقطع بعد جهد قد يتطور إلى نقص تروية حاد في الطرف العلوي .
٤. نقص تروية (شحوب- برودة - حس خدر- ضعف أو غياب نبض).
٥. انسداد الشريان مكان الانضغاط المتكرر.
٦. أم دم شريانية (ظاهرة التوسع ما بعد التضيق) *Post-Stenosis Dilatation*
٧. صمّات شريانية محيطية .
٨. ظاهرة رينو خاصة عند النساء.
٩. أعراض قصور وريدي (تورم ، ازرقاق وظهور دوالي ثانوية) بسبب التضيق أو الانسداد.

التشخيص :

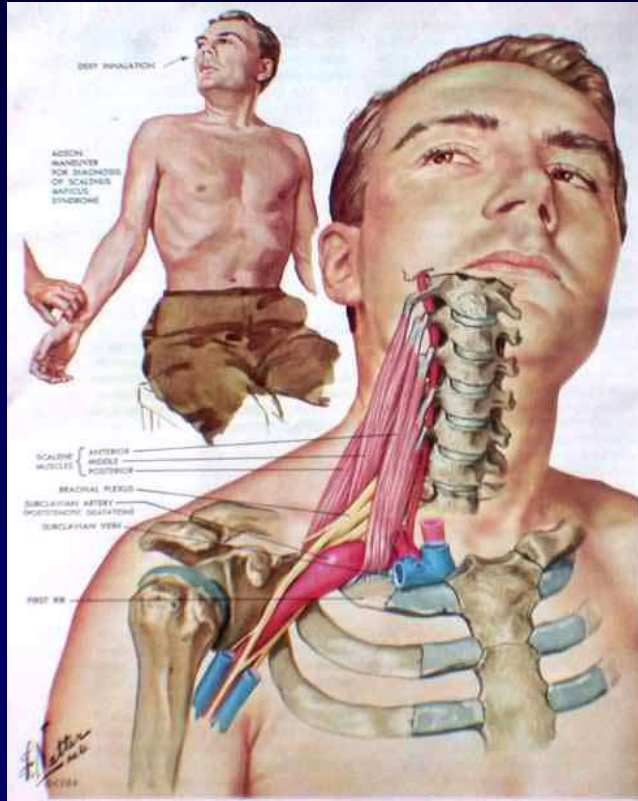
- وضع التشخيص ليس سهلاً (خاصة عند أنضغاط الضفيرة العصبية فقط).
- لتأكيد التشخيص يجب إجراء عدة مناورات سريرية.
- إيجابية مناورة واحدة (أو أكثر) يكفي للدلالة على انضغاط الشريان.

مناورات الفحص السريري:

I. مناورة أديسون Adeson's maneuver

- يأخذ المريض وضعية الشهيق العميق .
- الرقبة مشدودة للأعلى .
- يدار الرأس ناحية الطرف المصاب .

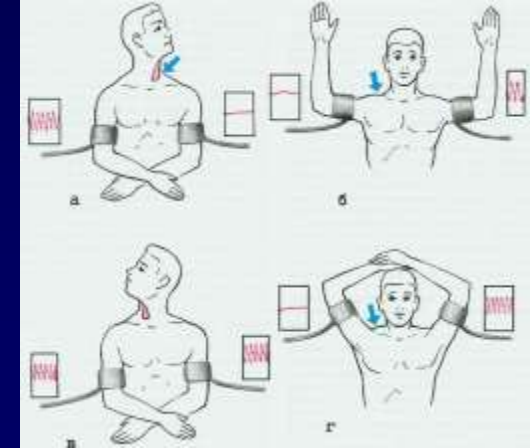
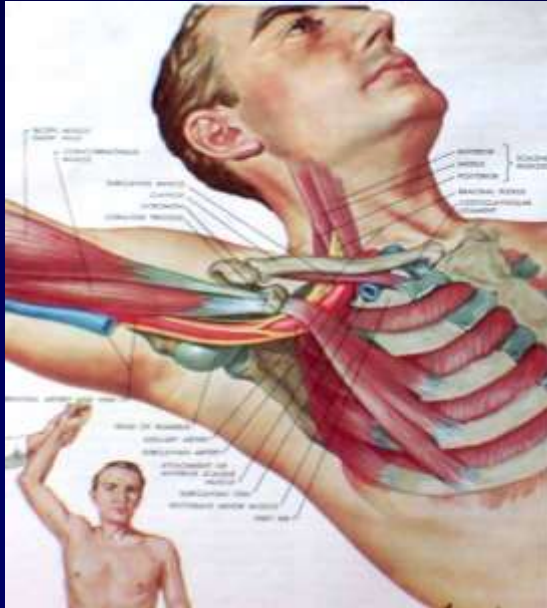
تؤدي هذه الوضعية إلى تضيق المسافة بين العضلة الأخمعية الأمامية والمتوسطة. ايجابية هذه المناورة تدل أن سبب الانضغاط هو العضلة الأخمعية.





٢. مناورة فرط بسط العضلات الصدرية وعضلات
العنق (وضعية الاستعداد العسكر *standby military*)
والتي تؤدي إلى تضيق المسافة بين عظم الترقوة
والضلع الأولى.

٣. مناورة رايت *Wright maneuver*: وهي وضعية
فرط رفع الذراعين للأعلى فوق الرأس (فرط التباعد)
حيث تدل إيجابية هذه المناورة على وجود عائق
بمستوى وتر العضلة الصدرية الصغيرة.



إستقصاءات إضافية لتأكيد التشخيص:

١. صورة شعاعية بسيطة للصدر والعنق حيث تظهر:

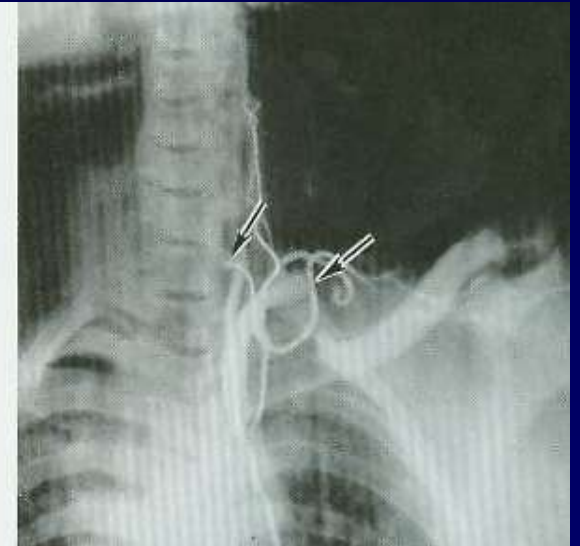
(ضلع رقبية ، تشوهات عظمية، التهام ضلع أولى بالثانية ، تضخم النائي المعترض للفقرة C7، وكسور عظم ترقوة قديمة).

٢. تخطيط عضلات كهربائي *EMG*. يبين مستوى الإصابة العصبية ودرجتها.

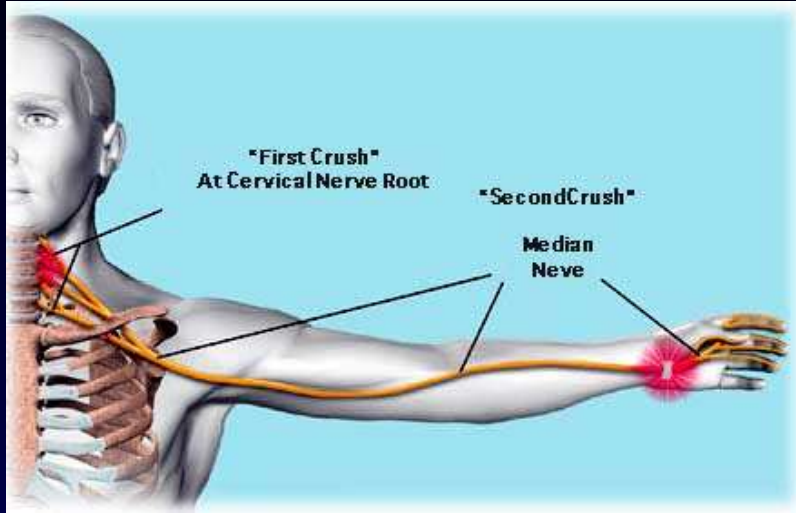
٣. تصوير ظليل لشريان تحت الترقوة.

٤. تصوير ظليل للأورة.

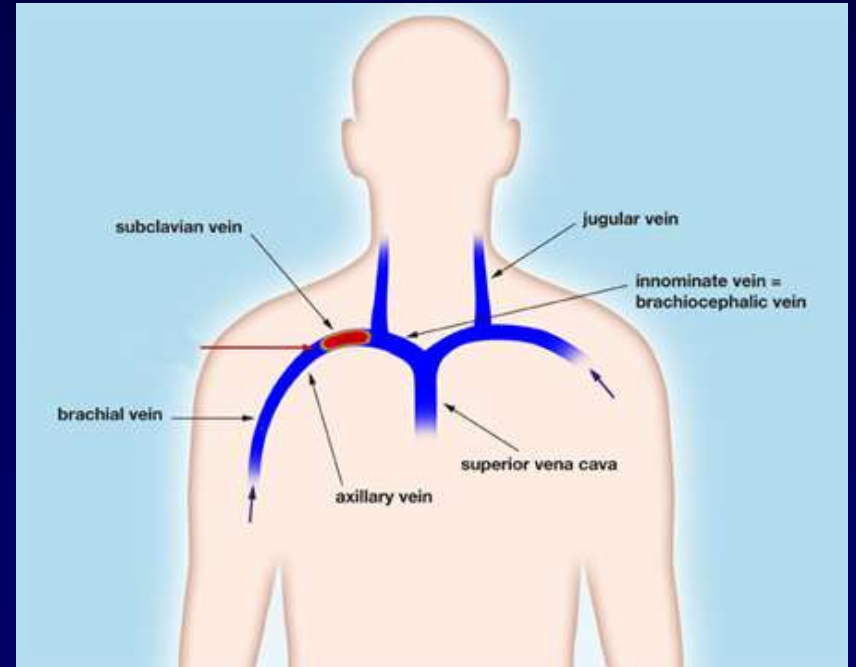
الإجراءان الأخيران يؤكدان انضغاط الأوعية ووجود أمهات الدم.



التشخيص التفريقي: يشمل الإصابات التالية :



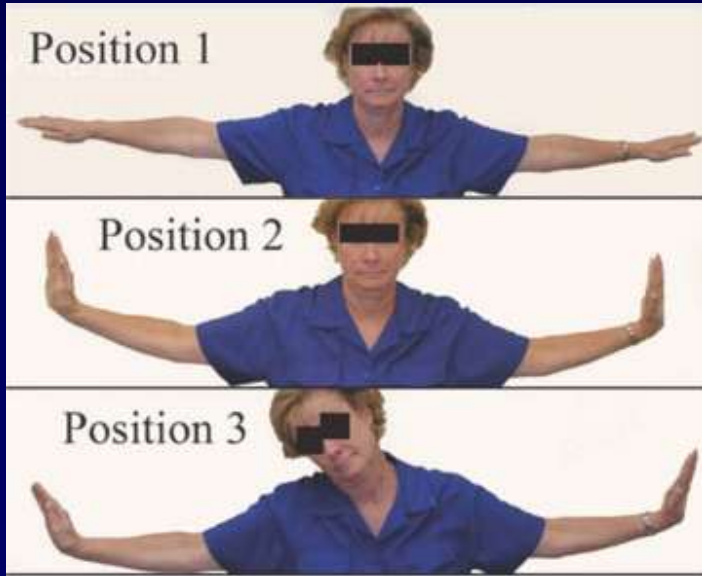
١. فتق النواة اللبية الرقبية.
٢. التهاب الفقرات الرقبية المزمن .
٣. أورام الفقرات والنخاع الشوكي .
٤. متلازمة نفق الرسغ .



التدبير: يقسم علاج متلازمة مخرج الصدر إلى:

I. علاج محافظ :

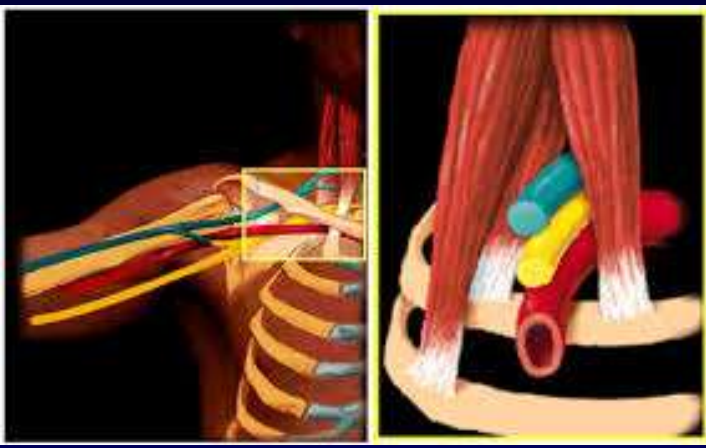
- معالجة فيزيائية: حيث يمكن للتمارين أن تقوي العضلات المحيطة بالكتف مما يجعلها قادرة على دعم عظم الترقوة إضافة إلى تمارين تساعد المريض على الجلوس و الوقوف بشكل مستقيم مما ينقص الضغط على الأعصاب و الأوعية الدموية ويتحقق الشفاء في ٥٠٪ من الحالات.



- مضادات التهاب غير ستيروئيدية لتخفيف الألم والتورم .
- إنقاص الوزن عند المرضى زائدي الوزن .
- تغيير نمط الحياة وتجنب النشاطات التي تزيد من الأعراض وتجنب الاجهاد العضلي.

معالجة جراحية : عند فشل العلاج المحافظ ويشمل:

- استئصال الضلع الرقبية في حال وجودها.
- إزالة الندبات التالية للرضوض.
- إزالة الخثرات الدموية (جلطات) من الشرايين في حال وجودها.



- كما يجب إعطاء أدوية حالة للخثرات /
لاذابة الخثرات *fibronilysis* في حال
وجود خثار وريدي، بعدها يجب
الاستمرار في تناول أدوية مضادة تخثر
الدم *anticoagulant* مثل *Heparin* و
Warfarin.

