

انسداد الشريان الكعبري الحاد غير الرّضيّ داء بيرغر Buerger's Disease

بعيداً عن انسدادات الشريان الكعبري ذات المنشأ الرضي وهي كثيرة، يجهّد الباحث في فضاء الأدب الطّبي عن إيجاد ما يروي ظمأه من حالات تخثر الشريان الكعبري غيريّة السبب. بتطوّر وسائل الاستقصاء الطّبي القلبي ازدادت بشكل متسارع غير موصوف من قبل حالات تخثر الشريان الكعبري الرضيّة. بعدها بدأنا نهتم بهذا الشريان الذي بقي لزمان طويل في منأى عن البحث الطبي لقلّة مرضياته حتى بتنا نسلمّ بوداعته وحياديته الإيجابية. سأعرض عليكم فيما يأتي واحدة من هبّات الشريان الكعبري النواذر. لن تجد في العرض سابقة لرض صارخ أو لجهد مضنّ يسهلّ معه التسليم بالمنشأ الرضي لخثرة الشريان الكعبري. البرد الشديد المستمر لساعات طويلة هو العنصر الوحيد المستقطب للفكر التحليلي. إليكم الآن القصة والتحليل تبعاً.

السيد حسان سليمان شابّ قي العقد الرابع من العمر، صحيحُ البنية الجسدية والنفسية، نظيفُ السجل المرضي الشخصي والعائلي. صدف أن تواجد في مكان جبلي مرتفع. لم يخطط لهذه الزيارة ولم يحتط لما قد يلاقه هناك من برد قارص اشتهرت به المنطقة. شعر بالبرد الشديد. توجّس شراً قداماً، غير أنّه لم يستطع تفادي أو علاج الوضع في حينه.

هو الليل يحلّ ثقيلاً على مريضنا كاشفاً له حساب ما مضى. ألمٌ شديد ناحية الساعد الأمامية يمنع المريض من النوم متوعداً إيّاه بالمزيد فيما يأتي. تورمت الساعد اليسرى وقست. غاب النبض الكعبري في ميزابته. لم تتأثر حركة اليد أو أصابعها. ولم تكُ الحركات الفاعلة والمنفعلة مؤلمة. فقط، الثني الفاعل للأصابع ضد مقاومة الفاحص أثارت ألماً شديداً في منتصف الساعد؛ أمامه. الفحص العصبي بدا طبيعياً فيما خلا Tinel sign على مسير العصب المتوسط في منتصف الوجه الأمامي للساعد. لاحقاً، بعد أيام من العلاج بمضادات الإلتهاب غير الستيروئيدية، مسكنات الألم والهيبارين منخفض الوزن الجزيئي هدأت ثورة الحثية الالتهابية ليطفو إلى السطح الشكوى من برودة الإبهام الأيسر.

جميع الموجودات الشعاعية ذهبت باتجاه خثرة الشريان الكعبري الأيسر. الإيكو دوبلر أشار لضغط تروية طبيعي في أقواس اليد الراحية. التصوير الطبقي متعدد الشرائح فصلّ القول بانسداد الشريان الكعبري لمسافة قدرها بـ ١٤ سم. نجح الدوران الجانبي في ملء القسم القاصي من الشريان الكعبري، الشكل (١). سرعة التثقل (ESR) والبروتين المتفاعل C (CRP) وتعداد الكريات البيض (WBC) كانت ضمن الحدود الطبيعية.



الشكل (١)

تصوير طبقي محوري متعدد الشرائح للساعد الأيسر.

غياب ارتسام الشريان الكعبري لمسافة ١٤ سم.

يظهر الجزء القاصي من الشريان الكعبري مما يشير إلى فاعلية جيدة للشبكات التفاعلية بينه والشريان الزندي السليم.

(من الأرشيف الخاص بالجراح)

أخذ قرار العمل الجراحي باستئصال الشريان الكعبري الأيسر؛ جزئه المتخثر، بلا مجازة وريدية تعويضية للأهداف التالي:

- ١- الدراسة النسيجية للعينة المستأصلة لبيان السبب المرضي وراء تخثر الشريان؛
 - ٢- استئصال الشريان المتخثر يعني عملياً استئصال الشبكة العصبية الودية المرافقة له. وهي شبكة خاضعة لتحريض مستمر بفعل العملية الالتهابية الأساس أو التالية لتخثر الشريان.
 - ٣- عندما يكون زمن الامتلاء الشعري في نهايات الأصابع أقل من ٦ ثوان تصبح عملية الإعاضة عن الشريان المستأصل بطعم وريدي إجراءً زائداً لا ضرورة له.
 - ٤- خزع اللفافة العميقة للمسكن الأمامي في الساعد الأيسر. الألم الشديد ناحية الساعد الأمامية، إيجابية علامة Tinel على مسير العصب المتوسط لاسيما عند منتصف الساعد، أعطيا الانطباع بارتفاع الضغط ضمن المسكن الأمامي للساعد الأيسر.
- جرت العملية الجراحية بالسلاسة المتوقعة. أهم مشاهدات العمل الجراحي تمثلت بوجود بؤر نزفية محدودة العدد والامتداد. كما لاحظت امتداد التخثر حتى الفروع الصغيرة للشريان الكعبري وأخص بالذكر الفرع الثاقب **الشكل (٢)**:



الشكل (٢)
مشاهدات أثناء العمل الجراحي.

تخثر الشريان الكعبري لمسافة ١٤ سم؛ ٥ سم بعد تفرعه من الشريان العضدي. ما ميّز الكشف الجراحي هو تخثر الفروع الصغيرة والثاقبة التابعة للجزء المتخثر من الشريان الكعبري، علاوة على وجود توضعات محدودة لبؤر نزفية.

(من الأرشيف الخاص بالجراح)

التشريح المرضي الأول للعينة المستأصلة رجّح التهاب الشريان العقدي العنيد (PAN) Polyarteritis Nodosa. أما التشريح المرضي الثاني فحسم الجدل لصالح داء بيرغر Buerger's Disease، **الشكل (٣)**.

مناقشة الحالة:

لا أعتقد بصحة ما ذهب إليه تقرير المشرّح المرضي في الحالة الأولى وذلك للأسباب التالي:

- ١- البدء الصارخ للأعراض عند شخص مُعافي تماماً؛
- ٢- الإصابة الوحيدة المعزولة للشريان الكعبري يبعد احتمالية الإصابة الجهازية و/أو المتعددة؛
- ٣- غياب التظاهرات السريرية المعتادة لـ Polyarteritis Nodosa من تعب، حرارة، ألم عضلي، تظاهرات جلدية، سابقة لخثرته الحادة؛

٤- غياب المشعرات المخبرية لثورة التهابية حادة (CRP, ESR كانت طبيعية)؛

٥- دائماً، يكون تشخيص الـ Polyarteritis Nodosa قاطعاً لا ليس فيه بتشريح الوعاء المصاب. التباس الأمر على المشرح المرضي زاد الأمر تعقيداً؛

٦- قلة الحالات السريرية المسجلة لإصابة الشريان الكعبري بـ Polyarteritis Nodosa.

جميع ما سبق ذكره، واستقراءً للقصة المرضية والمشاهدات الجراحية، أرجح مسؤولية البرد الشديد والتقيؤ الوعائي المرافق عن هذه الحديثة المرضية الحادة.

منسجماً مع المعطيات السريرية والجراحية، ملتقياً مع التوقعات ما قبل الجراحية، جاء التشريح المرضي الفصل ليقول بالحديثة الخثرية الحادة، نافياً وجود آفة التهابية أو مناعية أياً تكن مستبنة لثورة الشريان الحادة. الرشاحة الالتهابية، لمفاوية وعديدة الأشكال، وجدت في مواضع عديدة من جدار الوعاء. غابت البؤر النخرية الفيبرينية، الأورام الحبيبية، الرشاحة الحامضية، الخلايا العرطلة، أمهات الدم من جدار العينة الشريانية. وبغيابها تغيب من قائمة التشخيص التفريقي الكثير من الأمراض الوعائية ذائعة الصيت. ذهب المشرح المرضي للجزم بداء Buerger's Disease، الشكل (٣).



الشكل (٣)

التشريح المرضي للجزء المتخثر المستأصل من الشريان الكعبري.

أكد المشرح المرضي على البدء الحاد الحديث للحديثة المرضية. كما نفى وجود نخر فيبريني، خلايا عرطلة،

رشاحة حامضية، أورام حبيبية، أو أمهات دم في جدار العينة الشريانية. تتماشى المعطيات المرضية مع Buerger's Disease.

Buerger's Disease مرض وعائي يصيب الشرايين الصغيرة والمتوسطة في الطرفين العلويين والسفليين. للتدخين دور كبير وثابت في الآلية المرضية. الموجودات الشعاعية تسبق السريرية بزمن متباين القيمة. غالباً، تكثر الشكوى من عدم تحمل البرد، عرج متقطع في الطرفين السفليين واليد، تموت النهايات الإقفارية. هناك من يقول بمسؤولية البرد عند ١٠% من المرضى.

عند مريضنا، توافر الشرطان اللازم (التدخين) والداعم (البرد) لهجمة خثرية شريانية حادة. غابت تماماً المشعرات الالتهابية الحادة العامة؛ السريرية منها كالحرارة والتوكل العام، والمخبرية كذلك كسرعة التثقل والبروتين المتفاعل C. لا توجد سابقة لمرض وعائي سابقاً. التشريح المرضي أظهر بناء سليماً لجدار الشريان مع رشاحة التهابية حادة خفيفة. جميع ما سبق ينسجم وداء Buerger.

إصابة الشريان الكعبري المعزولة بـ Buerger's Disease أولاً. خلو القصة المرضية الشخصية من السوابق المعتادة للمرض؛ كعدم تحمل البرد، العرج المتقطع، تقرح النهايات الإقفارية المعتمد على العلاجات غير الجراحية ثانياً. وثالثاً غياب الدوران الجانبي المعاوز للميز للكثير من الأمراض الوعائية الانسدادية المزمنة. ثلاثة أمور تعطي هذه الحالة السريرية خصوصيتها.

أنصح بقراءة رؤى جديدة في سياقات أخرى:

- النقل العصبى، بين مفهوم قاصر وجديد حاضر
- The Neural Conduction.. Personal View vs. International View
- Innovated View of Neural Conduction عرض تمثيلى لآلية النقل العصبى فى الليف العصبى
- المستقبلات الحسية، عبقرية الخلق وجمال المخلوق
- The Sensory Receptors, The Genius of Creation and the Beauty of Creature
- The Neural Conduction in the Synapses النقل فى المشابك العصبية
- النقل فى المشابك العصبية (PowerPoint Presentation)
- The Node of Ranvier, The Equalizer ضابطة الإيقاع
- عرض مصور لدور عقدة رانفويه كضابط إيقاع فى النقل العصبى
- Node of Ranvier, The Equalizer (PowerPoint)
- The Pain is First فى فقه الأعصاب، الألم أولاً
- The Philosophy of Form فى فقه الأعصاب، الشكل.. الضرورة
- تخطيط الأعصاب الكهربائى، بين الحقيقى والموهوم
- The Spinal Shock (Innovated Conception) الصدمة النخاعية (مفهوم جديد)
- أذيات النخاع الشوكى، الأعراض والعلامات السريرية، بحث فى آليات الحدوث
- The Spinal Injury, The Symptomatology
- التنكس الفاليرينى، يهاجم المحاور العصبية الحركية للعصب المحيطى.. ويعف عن محاوره الحسية
- Wallerian Degeneration, Attacks the Motor Axons of Injured Nerve and Conserves its Sensory Axons