

گزارش یک مورد بیماری ایسکمیک شدید قلبی در شیرخوار سه ماهه ناشی از منشاء گیری نابجای شریان کرونری چپ از تنه شریان ریوی، ارجاعی به سالن تشریح پزشکی قانونی تبریز

دکتر حمیدرضا افتخاری^{1*}، دکتر بهرام صمدی راد²، دکتر جابر قره داغی³، دکتر علیرضا نجفی⁴، دکتر آرزو مهرآرا⁵

تاریخ دریافت 1389/05/12 تاریخ پذیرش 1389/07/30

چکیده

کشف علل مرگ‌های ناگهانی طبیعی یکی از مشکلات عمده فراوری پزشکان می‌باشد و بررسی دقیق علل نادر مرگ‌های طبیعی ضمن کاستن موارد اتوپسی سفید کمک شایانی در اجرای عدالت می‌نماید منشاء گیری نابجای عروق کرونری یکی از این موارد نادر می‌باشد که در شیرخواران منجر به مرگ با علت ایسکمی و نارسایی قلبی دیده می‌شود و دقت در بررسی منشاء عروق کرونری در اتوپسی نوزادان و شیرخواران در تعیین علت مرگ در این سنین از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد.

نمونه ارسالی از سالن تشریح اداره کل پزشکی قانونی تبریز مورد بررسی و ارزیابی ماکروسکوپی و نیز میکروسکوپی به روش رنگ آمیزی هماتوکسیلین و انوزین قرار گرفت.

متوفی دختر شیرخوار سه ماهه‌ای بود که جهت تعیین علت فوت به اداره کل پزشکی قانونی استان آذربایجان شرقی معرفی شده بود و در کالبدگشایی در بررسی منشاء عروق کرونری مدخل شریان کرونری چپ در محل غیر طبیعی بوده و از سینوس چپ شریان ریوی منشاء گرفته بود، بررسی‌های ماکروسکوپی و نیز میکروسکوپی پاتولوژی نیز موید این یافته‌ها و ایسکمی ناشی از آنومالی مذکور در عضله قلب بوده است.

با توجه به این‌که منشاء نابجای عروق کرونری می‌تواند در دوران شیرخوارگی منجر به مرگ طبیعی شود بررسی دقیق منشاء این عروق در شیرخواران و سایر اجساد جهت تعیین علت فوت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

کلید واژه‌ها: عروق کرونری نابجا، مرگ شیرخوار، ایسکمی، نارسایی قلبی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و یکم، شماره پنجم، ص ۴۳۹-۴۳۶، بهمن و اسفند ۱۳۸۹

آدرس مکاتبه: تبریز، اول سربالایی ولی عصر، اداره پزشکی قانونی استان آذربایجان شرقی، ۳۳۱۸۴۰۱-۰۴۱۱، تلفن همراه: ۰۹۱۴۳۳۱۲۹۰

Email: Hamid-R-Eftekhari@yahoo.com

مقدمه

مرگ ناشی از بیماری ایسکمیک قلبی در شیرخواران جزو موارد نادر می‌باشد، هر چند در این سنین ناهنجاری‌های عروقی، دریچه‌ای و دیوارهای مادرزادی از علل شناخته شده مرگ و میر می‌باشد ولی منشاء گیری نابجای عروق کرونری که معمولاً با مکانیسم ایجاد ایسکمی عضله قلبی منجر به مرگ شیرخواران می‌شود جزو ناهنجاری‌های نادر عروقی مادرزادی بوده و در حد

گزارش‌های موردی در مجلات مطرح می‌شود اولین مورد بالینی گزارش شده در سال ۱۹۳۳ می‌باشد (۱). این ناهنجاری معمولاً یک ناهنجاری ایزوله بوده و در موارد نادری همراه با سایر ناهنجاری‌ها از قبیل نقص بین بطنی (Ventricular Septal Defect)، تترالوژی فالوت، باقی ماندن مجرای شریانی (Persistent Ductus Arteriosus) و کوآرکتاسیون آئورت گزارش شده است. شیوع آن وابستگی جغرافیایی، توارثی، نژادی

¹ متخصص آسیب شناسی، اداره کل پزشکی قانونی استان آذربایجان شرقی (نویسنده مسئول)

² استادیار پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور

³ استادیار پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور

⁴ متخصص آسیب شناسی، اداره کل پزشکی قانونی استان آذربایجان شرقی

⁵ پزشک عمومی، اداره کل پزشکی قانونی استان آذربایجان شرقی

و جنسی نداشته و با هیچ یک از سندرم‌های شناخته شده همراهی ندارد. میزان مرگ و میر بدون دخالت درمانی ۹۰ درصد در سال اول زندگی است و مرگ معمولاً ناشی از ایسکمی یا انفارکتوس قلبی و یا نارسایی دریچه میترال و نهایتاً نارسایی احتقانی قلب (Congestive Heart Failure) ناشی از نارسایی میترال می‌باشد (۱). گاهی احتمال زنده ماندن تا سنین بزرگسالی وجود دارد (۲) لذا بررسی این امر در بزرگسالان نیز حائز اهمیت می‌باشد.

شرح مورد

مورد معرفی شده شیرخوار (دختر) سه ماهه‌ای بود که با تابلوی مرگ ناگهانی با علت ناشناخته و جهت تعیین علت فوت به پزشکی قانونی تبریز ارجاع شده بود. در کالبدگشایی یافته ظاهری و یا بیماری غیر قلبی که توجیه کننده علت فوت باشد یافت نشد. در بررسی به عمل آمده قلب بزرگ‌تر از حد طبیعی بوده (به وزن ۱۲۰ گرم) و در سطح قلب پتشی‌های پراکنده مشاهده شد، مجرای شریانی بسته بوده و در برش‌های کلاسیک انجام شده، حفرات بطنی بخصوص بطن چپ گشاده‌تر از حالت طبیعی و

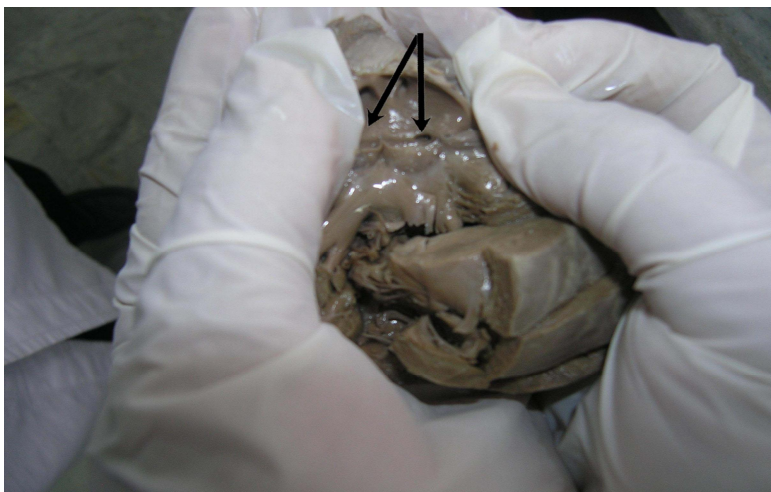
ضخامت میوکارد نیز افزایش یافته بود. کانون‌های تغییر رنگ کرمی پراکنده (مشابه رگه‌های فیبروز) در جدار بطن چپ در بررسی ماکروسکوپی جلب توجه می‌نمود (تصویر شماره ۱). در بررسی ابتدای آئورت مدخل شریان کرونری راست در محل طبیعی خود بود ولی منشأ شریان کرونری چپ در محل طبیعی خود مشاهده نشد (تصویر شماره ۲). پس از برش‌های تکمیلی مدخل یک شریان کوچک در محل سینوس چپ دریچه شریان ریوی مشاهده شد (تصویر شماره ۳) که پس از رد کردن پروب مشاهده شد که شریان شروع شده از این محل در مسیر طبیعی شریان کرونری چپ با انشعابات مربوطه می‌باشد. بعد از فرآوری بافتی، برش و رنگ آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین (۳) اسلایدهای میکروسکوپی تهیه شد و در مطالعه آن‌ها کانون‌های فیبروز ناشی از انفارکتوس قلبی و کانون‌هایی با انفارکتوس اخیر در عضله قلب مشاهده شد (تصویر شماره ۴). با توجه به این موارد و عدم یافته دیگر ظاهری و یا بیماری‌های داخلی دیگر توجیه کننده علت فوت، نارسایی قلبی و بیماری ایسکمیک قلبی بدلیل ناهنجاری مادرزادی (عروق کرونر با منشأ نابجا) به عنوان علت فوت تعیین گردید.



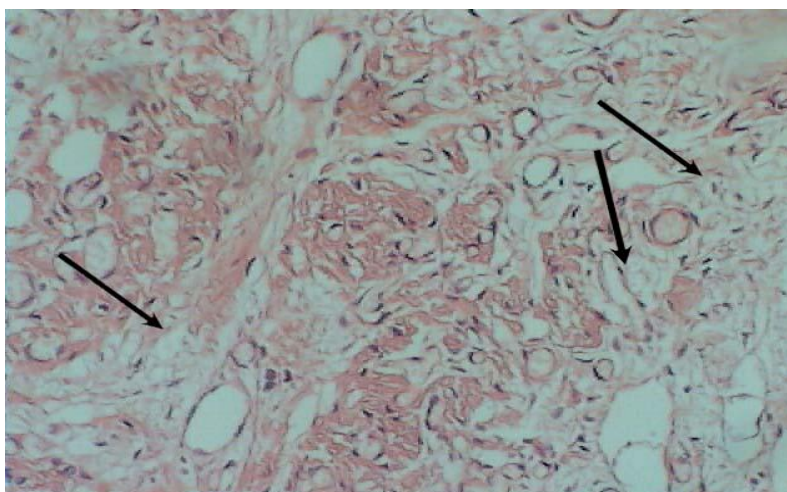
شکل شماره (۱): کانون‌های تغییر رنگ کرمی پراکنده (مشابه رگه‌های فیبروز) در جدار بطن چپ که در بررسی ماکروسکوپی قابل مشاهده می‌باشد.



شکل شماره (۲): در بررسی ابتدای آنورت مدخل شریان کرونری راست در محل طبیعی خود بود ولی منشأ شریان کرونری چپ در محل طبیعی خود مشاهده نشد.



شکل شماره (۳): پس از برش‌های تکمیلی مدخل یک شریان کوچک در محل سینوس چپ دریچه شریان ریوی مشاهده می‌شود.



شکل شماره (۴): در اسلاید میکروسکوپی تهیه شده کانون‌های فیبروز ناشی از انفارکتوس قبلی و کانون‌هایی با انفارکتوس اخیر در عضله قلب مشاهده می‌شود.

بحث

منشاگیری شریان کروناری چپ از شریان ریوی آنومالی است که حدود نیم درصد ناهنجاری های مادرزادی را تشکیل می دهد (۱) و غالباً پدیده ای کشنده در شیرخوارگی بوده و در زمینه ایسکمی میوکارد فوت می کنند (۲). در مورد گزارشی ما در شیرخوارگی منجر به فوت شده است ولی در موارد نادری اگر خونرسانی جانبی کافی باشد تا بزرگسالی بدون علامت باقی می ماند (۲). در یافته های ۴۶ مورد گزارش شده در مقالات که منشأگیری نابجای عروق کروناری از شریان ریوی داشته اند، ۴ تا ۱۷ درصد از موارد آنومالی های قلبی اضافی داشته اند، که تقریباً هر نوع آنومالی قلبی می تواند همراه آن باشد (۴). هیپرتروفی بطنی یافت شده در این مورد، طبق بررسی مقالات یافته ای فوق العاده نادر است (۵). در مرور مقالات به این آنومالی بیشتر از جنبه

تشخیصی درمانی و به خصوص مواردی که تا بزرگسالی زنده مانده اند پرداخته شده است.

نتیجه گیری

به نظر می رسد در بررسی ماکروسکوپی قلب به خصوص در اطفال توجه به مداخل عروق کرونری در ابتدای آئورت از نظر وجود آن ها و نیز محل قرار گیری در تعیین علت فوت احتمالی بسیار حائز اهمیت می باشد و در صورت فقدان یکی از مداخل در محل طبیعی باید به جستجوی آن در شریان ریوی توجه داشت.

تقدیر و تشکر

مؤلفین از جناب آقای فریدی کارشناس ارشد محترم آزمایشگاه ادراه کل پزشکی قانونی تبریز به خاطر زحمات فراوان ایشان در ویرایش و قالب بندی نوشته حاضر تشکر و قدردانی می نمایند.

References:

1. Mancini MC, Weber HS. Anomalous left coronary artery from the pulmonary artery. 2006 Available from URL <http://emedicine.com/PED/topic2484.htm>.
2. Luna L. Histopathological methods and color atlas of special stains and tissue artifacts. Downers Grove, IL: Johnson Printers, 1992; 67-78.
3. Jacob JLB, Salis FV. Anomalous left coronary artery from the pulmonary trunk in a 45-year-old woman. Arq Bras Cardiol 2003; 81(2): 189-95.
4. Böning U, Sauer U, Mocellin R, Meisner H, Schumacher G, Bühlmeier K. Anomalous coronary drainage from the pulmonary artery with associated heart and vascular abnormalities. Report on three patients and review of the literature. Herz 1983; 8(2): 93-104.
5. Gelernter-Yaniv L and Lorber A. Anomalous origin of the main stem of the left coronary artery from the pulmonary trunk presenting with left ventricular hypertrophy. Cardiol Young 2007; 17(1): 78-83.