گزارش یک مورد آنوریسم خیلی بزرگ

دکتر میرحسین سیدمحمدزاده[۱]، دکتر کمال خادم‌وطن[۲]، دکتر رامین اسکندری[۳]،
دکتر علیرضا رستم‌زاده[٤]

تاریخ دریافت 86/04/10 تاریخ پذیرش 86/08/23

چکیده

آنوریسم‌های عروق کرونر نادر می‌باشد. شایع‌ترین علت آن‌ها آتروسکلروزیس عروق کرونر می‌باشد. به‌طور شایع در RCA و بعد در LAD دیده می‌شوند.
بیمار آقایی ۷۳ ساله بوده که به‌علت درد سینه فعالیتی تحت آنژیوگرافی عروق کرونر قرار گرفته اند. در آنژیوگراقی یک آنوریسم خیلی بزرگ به اندازه ۴۰×۲۸ میلی‌متر در پروگزیمال LAD وجود داشت. تنگی‌های قابل توجه در هر سه رگ اپی کاردیال نیز وجود داشت. مدت کوتاهی بعد از اتمام آنژیوگرافی، بیمار دچار ریتم فیبریلاسیون دهلیزی همراه با درد سینه شد.که در مدت کوتاهی درد بیمار با درمان طبی بهبود یافته و ریتم بیمار سینوسی شد.
اگر چه بیشتر بیماران با آنوریسم‌های عروق کرونر بدون علامت می‌باشند بعضی ممکن است علایم اسکیمیک قلبی را نشان دهند. و معمولاً در طی بررسی‌های تشخیصی، برای بیماری‌های ایسکیمیک قلبی تشخیص داده می‌شوند. علی‌رغم نظرات ضد و نقیض درباره درمان آنها، شکی وجود ندارد که درمان آنوریسم‌های بزرگ و یا آنهایی که باعث ایسکیمی قلبی می‌شوند، جراحی می‌باشد.با توجه به عدم گزارش فیبریلاسیون دهلیزی بعد از آنژیوگرافی، توصیه می‌شود ضمن بررسی موضوع فوق در آینده، لازم است این‌گونه بیماران بعد از آنژیوگرافی تحت مانیتورینگ قلبی قرار گیرند.

کلید واژگان: آنژیوگرافی کرونر، آنوریسم بزرگ عروق کرونر، فیبریلاسیون دهلیزی

مجله پزشکی ارومیه، سال نوزدهم، شماره سوم، ص ۲۶۷-۲۶۵، پاییز ۱۳۸۷

آدرس مکاتبه: ارومیه، بیمارستان طالقانی، بخش قلب، تلفن:۰۴۴۱-۳۴۴۴۵۹۱
E-mail: hmohammadzad@gmail.com

مقدمه

آنوریسم‌های عروق کرونر برای اولین بار به‌وسیله Morgagani در سال ۱۷۹۱ توصیف شدند و اولین گزارش موردی توسط Bougon در سال ۱۸۱۲ منتشر شد از نظر مورفولوژی این آنوریسم‌ها می‌توانند کیسه‌ای، دوکی، منفرد، یا متعدد باشند. عموماً چنین ضایعاتی زمانی آنوریسمال نامیده می‌شوند که قطر آن حداقل ۱/۵ تا ۲ برابر قطر رگ نرمال مجاور باشد (۱،۲). شیوع آنوریسم‌های عروق کرونری به ترتیب در RCA[5] و LAD[6] و Left main می‌باشند (۹). آنوریسم‌های عروق کرونر معمولاً بدون علامت می‌باشند (۴،۶). بهترین راه تشخیص آنها آنژیوگرافی عروق کرونر می‌باشد. که اطلاعات خوبی در مورد اندازه، شکل، محل آناتومیک آنها به‌دست می‌آید. و نیز تنگی‌های عروق کرونر هم‌زمان را نشان می‌دهد. البته در کودکان با بیمار کاوازاکی، آنوریسم‌های عروق کرونر معمولا با اکوکاردیوگرافی دیده می‌شوند (۱۱).

[۱] استادیار گروه قلب، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)
[۲] استادیار گروه قلب، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
[۳] استادیار گروه قلب، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
[٤] استادیار گروه قلب، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

[5] Right coronary artery
[6] Left anterior descending

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

معرفی بیمار

بیمار آقایی ۷۳ ساله‌ای بوده،که به‌علت درد سینه فعالیتی از حدود دو ماه پیش، مراجعه کرده‌اند. بیمار سابقه فشار خون بالا و دیس لیپیدمی داشته، که تحت درمان بوده‌اند. در معاینه فیزیکی بیمار چاق نبود. سوفل سیستولی خفیف در کانون میترال داشتند. فشار خون بیمار ۱۳/۸ و ضربان قلب ۵۵ تا بود. در نوار قلب ریتم سینوسی، تغییرات غیراختصاصی T و موج q پاتانوژیک در لیدهای تحتانی داشتند. در رادیوگرافی سینه، قوس آئورت برجسته و اندازه قلب در حداکثر نرمال بود. در اکوکاردیوگرافی ترانس توراسیک، اندازه حفرات نرمال، نارسایی خفیف میترال، LVEF=40%[1] و کاهش حرکات دیواری تحتانی بطن چپ داشتند. به علت درد سینه تیپیک، برای بیمار آنژیوگرافی کرونر انجام شد. بیمار دارای یک آنوریسم خیلی بزرگ دوکی شکل در پروگزیمال LAD به ابعاد ۴۰×۲۸ میلیمتر داشتند. در ضمن تنگی‌های قابل توجه در بعد از آنوریسم و نیز در پروگزیمال LCX[2] و دیستال RCA به چشم می‌خورد. آنوریسم کوچکی در پروگزیمال RCA وجود داشت.حدود دو ساعت بعد از اتمام آنژیوگرافی، بیمار دچار ریتم فیبریلاسیون دهلیزی با پاسخ بطنی حدود ۱۲۰ تا شدند. که همزمان بیمار درد سینه نیز داشتند.که بلافاصله درد سینه بیمار با نیترات، مرفین، بتابلوکر و دیگوکسین در طی حدود پانزده دقیقه کنترل شد و ریت بیمار کاهش یافت با ادامه درمان و کنترل ریت بیمار در عرض سه ساعت، ریتم بیمار سینوسی شد. هماهنگی‌های لازم برای جراحی باز قلب برای بیمار انجام شد که علی‌رغم تاکیدات لازم، بیمار حاضر به جراحی باز قلب نشد.

بحث

آنوریسم‌های عروق کرونر نادر و آترو اسکلرزیس شایع‌ترین علت آن‌ها می‌باشد (۳،۴). از علل دیگر آن می‌توان از بیماری کاوازاکی، موارد مادرزادی و تروما نام برد (۵). آنوریسم‌های عروق کرونر اغلب بدون علامت بوده (۴،۶) و معمولا در طی بررسی، برای بیماری‌های ایسکیمیک قلبی و یا اتوپسی برای موارد مرگ ناگهانی، تشخیص داده می‌شوند (۷). شیوع آن‌ها در حدود ۰/۳% تا ۴/۲% گزارش شده است (۱۱). بزرگترین آنوریسم گزارش شده در RCA بوده و در حدود ۷۰×۱۱۰میلی‌متر می‌باشد.

بسیاری از محققان معتقدند که فلوی ابنرمال در داخل آنوریسم‌های کرونر احتمال تشکیل ترومبوز و آمبولی را، حتی در غیاب بیماری انسدادی کرونر افزایش می‌دهد (۱۱). و حتی باعث ایجاد ایسکیمی در میوکارد نیز می‌شود. و باعث فلوی آهسته به دیستال عروق کرونر می‌شوند (۲). درمان ایده آل آنوریسم‌های کرونر ناشناخته است و نظرات ضد و نقیضی درباره درمان طبی یا جراحی آنها وجود دارد. البته شکی وجود ندارد که درمان آنوریسم‌های بزرگ و یا آنهایی که باعث ایسکیمی قلب می‌شود. جراحی می‌باشد (۸). نکته قابل تأمل در این بیمار، به‌وجود آمدن فیبریلاسیون دهلیزی است که به‌مدت کوتاهی بعد از اتمام آنژیوگرافی کرونر ایجاد شد. که در هیچ‌کدام از گزارش‌های موردی تا به حال گزارش نشده است. لذا به نظر می‌رسد که ضمن بررسی این موضوع در این بیماران، بهتر است که بعد از اتمام آنژیوگرافی کرونر تحت مانیتورینگ قلبی باشند. و در ضمن هنوز شیوع آنوریسم‌های بزرگ کونری مشخص نشده است.

References:

1. Brian L, Shalendra V, Games L. Nonsurgical management of the left main coronary aneurysm. Tex Heart Inst J 2006; 33:376-9
2. Benjamin M, Mamoo N, Mehredad R. Case reports: stent implantation for coronary aneurysm with edge Stenosis: angiographic and intravascular analysis. J Invasive Cardiol 2004; 16(3)149-51.
3. Prasad M, Lucien M, Katrina R, Robert C, Gilkesal W, Charles S. Case report, MDCT of coronary artery aneurysm. Am Roentgen Ray Soc 2005; 18:S19-20.
4. Antonio L, Bartoreli M, Luca G, Piro M, Daniela T, Franco F. Case reports, large coronary aneurysm complicated by acute myocardial infarction. J Invasive Cardiol 2002; 14:425-55.

[1] Left ventricular ejection fraction
[2] Left circumflex artery

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

5. Eli K, Mica S, Feinberg A, Binyamina M, Victor G, Ami S, et al. Case reports giant right coronary aneurysm. Am J Roentgenol 2001; 177:689-91.
6. Wenrui H, Fuchean C, Paifung K, MingH, Yijen C, Paul C. Case reports: adult giant coronary artery aneurysm. Acta Cardiol Sin 2004; 20:187-90.
7. Collins MJ, Borges AJ , Singh G, Pillai JB , David Te, Leong S, et al. A giant coronary artery aneurysm in the right coronary artery. Cardiovasc Pathol 2006; 15:150-2.
8. Imren Y, Zor H, Koksal P, Halit V. Giant aneurysm of the left anterior descending coronary artery treated by surgical off pump therapy. Thorac Cardiovasc Surg 2006; 54:349-52.
9. Yingtsung C, Chung Lee H, Mee Nin K. Case reports: Large isolated, congenital aneurysm of the anterior descending coronary artery. Br Heart 1993; 70:274-5.
10. Simon K, Topalina M, Katherina C, Micheal R, Steven W, Janah A, et al. Right coronary artery aneurysm; the largest aneurysm reported. J Chest 2005; 128(4); 418-9.
11. Pahl E, Ettedgui J, Neches WM, Park SC. The value of angiography in follow up of coronary involvement in musocutaneous lymph node syndrome (Kawasaki disease). J Am Coll Cardiol 1989; 14:1318-25

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]