

## گزارش موردی

## گزارش یک مورد آنوریسم کاذب بطنی متعاقب انفارکتوس حاد خلفی تحتانی طرفی بطن چپ

دکتر شهرام همایونفر \*

### چکیده:

آنوریسم کاذب بطنی عارضه بسیار نادری متعاقب انفارکتوس میوکارد است که به دلیل بالا بودن خطر پارگی، تشخیص درست و در صورت امکان جراحی ترمیمی فوری آن از اهمیت زیادی برخوردار است. بیمار مرد ۷۹ ساله ای است که دو هفته پس از انفارکتوس حاد سطح خلفی تحتانی و طرفی بطن چپ بدلیل تنگی نفس بینگام فعالیت و نارسائی احتقافی قلب مراجعه نموده و در بررسی با اکوکاردیوگرافی و داپلر رنگی تشخیص آنوریسم کاذب بطنی داده شد و بدلیل بالا بودن خطر عمل جراحی، تحت درمان داروئی قرار گرفت و خوشبختانه علیرغم گذشت بیش از دو سال همچنان در وضعیت مناسبی بسر می برد.

کلیدواژه ها: انفارکتوس میوکارد / آنوریسم کاذب بطنی

### مقدمه:

آنوریسم کاذب یک عارضه بسیار نادر متعاقب انفارکتوس حاد میوکارد بوده و بهمین دلیل میزان شیوع آن نا مشخص است (۱). بدلیل پارگی دیواره آزاد بطن ایجاد شده و بر خلاف آنوریسم حقیقی جدار آن تنها از پریکارد و ترومبوس تشکیل گردیده و احتمال پارگی آن بالا می باشد و در صورت تشخیص حتی الامکان باید تحت عمل جراحی ترمیمی قرار گیرد (۲).

از نظر بالینی میتوانند بدون علامت بوده و یا بصورت نارسائی قلبی پیشرونده، برآمدگی کنار قلب در رادیوگرافی قفسه سینه، بالارفتن دائمی قطعه ST در محل انفارکتوس و یا سوفل سیستولیک قلبی تظاهر نماید (۳).

### معرفی بیمار:

بیمار مرد ۷۹ ساله اهل و ساکن همدان، متأهل که از یک

هفته قبل از بستری دچار درد ناحیه اپیگاستر شده و با تشخیص ناراحتی گوارشی تحت درمانهای مختلف قرار گرفته است تا صبح روز بستری (۷/۹/۷۷) که دچار تشدید درد، سنکوپ و صدمات ناحیه بینی و صورت ناشی از سقوط از صندلی گردیده و توسط همراهان به بیمارستان اکباتان همدان آورده شده است. در سابقه خود مصرف سیگار بمدت ۵۰ سال روزانه ۲-۱ پاکت را عنوان می نماید که از ده سال قبل آنرا ترک نموده است.

در بدو ورود به CCU علائم حیاتی وی بصورت زیر بوده است:

BP:70/50 mmHg , PR:92/min , T:37 C ,RR:18/min

در معاینه درسمع قلب S3 و در قاعده ریتین رال مرطوب شنیده شد. درالکتروکاردیوگرافی انفارکتوس سطح خلفی تحتانی و طرفی قلب مشاهده گردید و در بررسی سریال

چسبندگی پریکارد و تشکیل ترومبوز در محل منجر به تشکیل آنوریسم کاذب میگردد (۶).

اگرچه نهایتاً آنوریسم کاذب پاره شده و منجر به مرگ می گردد و باید حتی الامکان این بیماران تحت عمل جراحی قرار گیرند، ولی مواردی چون سن بالا، وضعیت عمومی بیمار، اختلال سایر ارگانها، وسعت پارگی میوکارد، قدرت انقباضی بطن چپ و امکانات و تجربه تیم جراحی می بایست مد نظر باشد.

بررسی مجدد ۲۹۰ مورد آنوریسم کاذب توسط Frances C. و همکاران (۷) که در مدت بیش از سی سال در Medline بین سالهای ۱۹۶۶ تا ۱۹۹۷ گزارش گردیده، نشان می دهد که سن متوسط بیماران ۶۰ سال (۸۸-۲سال) بوده و در مردها دو برابر زنها شایع می باشد. در ۵۵٪ موارد متعاقب انفارکتوس حاد قلبی بخصوص در سطح خلفی تحتانی، ۳۳٪ موارد متعاقب جراحی قلب بخصوص تعویض دریچه میترا، ۷٪ موارد متعاقب تروما و ۵٪ موارد متعاقب عفونت این عارضه ایجاد شده است. در بیماران علائم نارسائی احتقانی قلب (۳۶٪)، درد سینه (۳۰٪)، تنگی نفس (۲۵٪)، مرگ ناگهانی (۳٪) و عدم وجود علامت (۱۲٪) گزارش گردیده است.

از ۲۹۰ بیمار فوق ۱۴۰ مورد تحت پیگیری طولانی مدت قرار گرفته اند، در ۱۰۷ بیماری که تحت عمل جراحی ترمیمی قرار گرفته اند و پیگیری شدند، ۲۵ بیمار در سه روز اول پس از عمل فوت نموده اند و ۸۲ بیمار باقی مانده بطور متوسط ۴۶ هفته زنده مانده اند. از ۳۱ بیمار که تحت درمان محافظتی قرار گرفته اند، ۱۵ بیمار در هفته اول فوت نموده اند و ۱۶ بیمار باقیمانده بطور متوسط ۱۵۶ هفته زنده مانده اند.

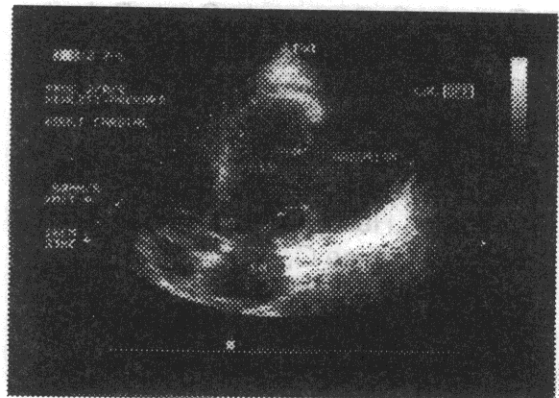
مرد ۷۳ساله ای که متعاقب انفارکتوس سطح تحتانی دچار آنوریسم کاذب بطنی گردیده و تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر بدون ترمیم محل آنوریسم قرار گرفته تا ۸ ماه پس از عمل زنده مانده است (۸).

در سال ۱۹۶۳ آقای Hurst و همکاران (۹) بیماری را که متعاقب انفارکتوس خلفی طرفی دچار آنوریسم کاذب شده و بمدت ۶ سال زنده مانده است، گزارش نموده اند. در بیمار مورد مطالعه پژوهش حاضر درد ناحیه اپیگاستر و قفسه صدی یک هفته قبل از بستری با توجه به مقدار CPK طبیعی و LDH بالا در زمان بستری، نشان

آنزیمهای قلبی بصورت LDH ( $790 < -1129 < 415$ ) و CPK ( $147 < -103 < 83$ ) بوده است.

در اکوکاردیوگرافی روز ترخیص (۷۷/۹/۱۱) هیپوکینزی و آکینزی ناحیه انفارکته و کسر جهشی حدود ۴۵ درصد مشاهده شد.

بیمار دو هفته بعد از ترخیص بدلیل تنگی نفس بهنگام فعالیت مراجعه و در بررسی مجدد در اکوکاردیوگرافی و داپلر رنگی (۴۵) پارگی وسیع دیواره خلفی طرفی و آنوریسم بسیار بزرگی که دهانه ورودی آن بطور قابل توجهی در مقایسه با حداکثر قطر آن کوچکتر بوده و اندازه آن بزرگتر از بطن چپ بود مشاهده گردید (تصویر ۱).



تصویر ۱

در داپلر رنگی جریان خون واضح بداخل آنوریسم دیده شد که همگی نشان دهنده وجود آنوریسم کاذب بوده و لذا بیمار تحت درمان با کاپتوپریل، دیگوکسین، دیورتیک و نیتروکاتین قرار گرفته و جهت انجام آنژیوگرافی و در صورت امکان عمل جراحی ترمیمی به تهران اعزام گردید.

با توجه به امتناع بیمار و همراهان وی، سن بالا و وسیع بودن محل پارگی از انجام آنژیوگرافی عروق کرونر و نهایتاً عمل جراحی ترمیمی خودداری گردیده و جهت ادامه درمان داروئی عودت داده شد و درحال حاضر بیش از دو و نیم سال است که تحت درمان داروئی بوده و از نظر بالینی در وضعیت مناسبی به سر می برد.

#### بحث:

بروز پریکاردیت موضعی در محل انفارکتوس، چسبندگی پریکارد احشائی و جداری، پارگی میوکارد در محل انفارکتوس و ورود خون به ناحیه محدود

4. Catherwood E, Mints GS, Kotler MN. Tow-dimensional echocardiographic recognition of left ventricular pseudoaneurysm. *circulation* 1980; 62: 294-303.
5. Roelandt J, Sutherland GR, Yoshida K. Improved diagnosis and characterization of left ventricular pseudoaneurysm by doppler color imaging. *J Am Coll Cardiol* 1988; 12: 807-411.
6. Roberts WG, Morrow AG. Pseudoaneurysm of the left ventricle: An unusual sequel of myocardial infarction and rupture of the heart. *Am J Med* 1967;43: 639-644.
7. Frances C, Romero A, Grady D. Left ventricular pseudoaneurysm. *J Am Coll Cardio* 1998 Sep;32(3): 557-61.
8. Hung MJ, Wang CH, Cherng WJ. Unruptured left ventricular pseudoaneurysm following myocardial infarction. *Heart* 1998 Jul; 80(1):94-7.
9. Hurst CO, Fine G, Keyes JW. Pseudoaneurysm of the heart. Report of a case and review of literature. *Circulation* 1963;28:427-36.

دهنده بروز انفارکتوس حاد در زمان شروع علائم بوده و تشدید درد و سنکوپ بیمار ناشی از پارگی دیواره آزاد بطن چپ و پیدایش آنوریسم کاذب بوده است. بدلیل امتناع بیمار و همراهان، سن بالا، وسیع بودن محل پارگی و اختلال عمل بطن چپ، و در کل بالا بودن ریسک عمل، تحت عمل جراحی ترمیمی قرار نگرفت و خوشبختانه علیرغم گذشت بیش از دو و نیم سال از بروز انفارکتوس و تشکیل آنوریسم کاذب با درمان دارویی در شرایط مناسبی بسر می برد.

#### منابع:

1. Alexander RW, Schlant RC, Fuster V, ed. *Hurst's the heart*. 9th ed. New York: McGraw-Hill, 1999.
2. Faxon DP, Ryan TJ, Davis KB, et al. Prognostic significance of angiographically documented left ventricular aneurysm from the coronary artery surgery study (CASS). *Am J cardiol* 1982; 50: 157-164.
3. Loop FD, Efflen DB, Webster JS. Posterior ventricular aneurysm: Etiologic factor and surgical treatment. *N Engl J Med* 1973; 288: 237-239.