

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
تأسیس ۱۳۳۸، شماره ۵۵ (۱۳۸۱)، صفحه ۶۹

## گزارش یک مورد آنوریسم پره کوآرکتاسیون آئورت

دکتر عباس افراسیابی راد<sup>۱</sup>، دکتر ناصر صفایی<sup>۲</sup>، سوسن حسن زاده سلماسی<sup>۳</sup>

### خلاصه

در این گزارش بیماری ۴۶ ساله، مؤنث با تشخیص آنوریسم پره کوآرکتاسیون معرفی می شود. در این بیمار، قبلاً با تشخیص کیست هیداتیک ریه، قفسه سینه چپ باز و به دلیل مواجه شدن با توده ضرباندار، جهت بررسی بیشتر، قفسه سینه بسته شده بود. Computer Tomography Scan و آنژیوگرافی، آنوریسم دیستال قوس آئورت، بلافاصله قبل از کوآرکتاسیون را مشخص کرده بود. عمل جراحی با برش استرنوتومی میانی و Trap door در چهارمین فضای بین دنده ای قدامی چپ و با کمک ماشین قلب و ریه مصنوعی (Cardiopulmonary bypass) انجام گرفت. در حین جراحی آنوریسم ساکولر بزرگ پره کوآرکتاسیون همراه با باز بودن مجرای شریانی (Patent ductus arteriosus) کوچک و کوآرکتاسیون آئورت مشاهده گردید که به برداشتن آنوریسم، کوآرکتاسیون و بستن PDA اقدام شد. سپس قوس آئورت به آئورت نزولی با استفاده از تیوب گرافت داکرون شماره ۲۷ میلی متر به روش interposition ارتباط داده شد. بیمار با حال عمومی خوب بعد از یک هفته از بیمارستان مرخص شد.

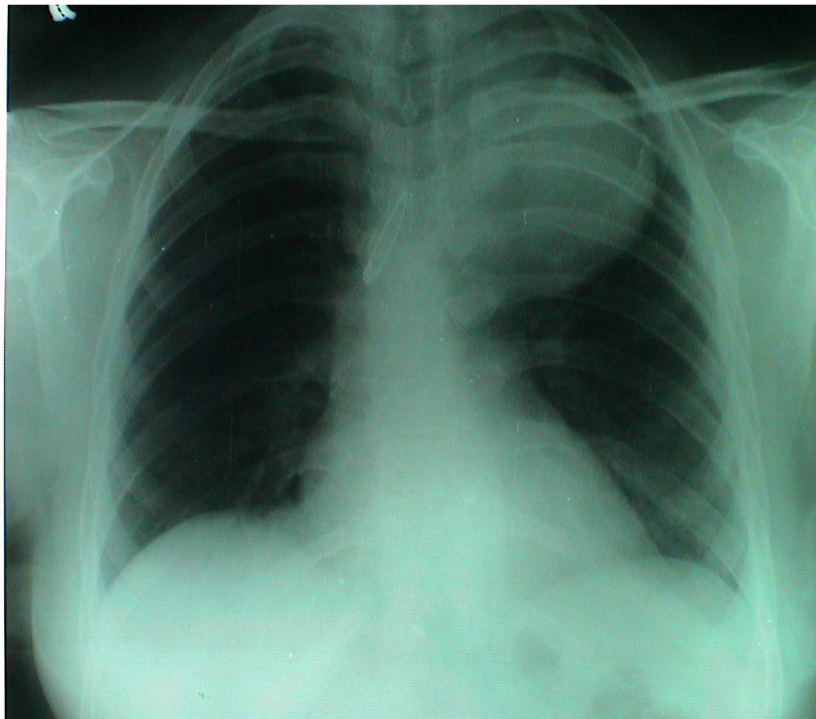
**کلید واژه ها:** آنوریسم، کوآرکتاسیون، PDA (بازمانده کانال شریانی)

### مقدمه

ارتباط داده اند (۲). با افزایش سن شیوع آنوریسم پره کوآرکتاسیون زیاد شده و میزان آن را در اواخر دهه دوم حدود ۱۰٪ و اواخر دهه سوم حدود ۲۰٪ و در سنین بالا بیشتر گزارش کرده اند (۱). شکل یک تصویر آنوریسم را قبل از عمل نشان می دهد.

کوآرکتاسیون یکی از بیماریهای شایع مادرزادی قلب می باشد و در جنس مذکر شیوع بیشتری دارد (۱). در موارد نادری قبل از کوآرکتاسیون، بافت آئورت آنوریسمال می شود که علل آن را به اثرات همودینامیک، دیسکسیون آئورت و آنوریسم mycotic

- ۱- دانشیار جراحی قلب و عروق - دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تبریز - نویسنده رابط
- ۲- استادیار جراحی قلب و عروق - دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- ۳- مربی دانشکده پیرا پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تبریز



شکل ۱، آنوریسم قبل از عمل

**معرفی بیمار :**

بیمار خانمی است ۶۶ ساله که با سابقه سه ساله تنگی نفس فعالیتی، سرفه و خستگی زودرس در موقع حاملگی (در ۲۲ سالگی) به پزشک مراجعه می نماید. در معاینات بالینی افزایش فشار خون سیستولیک و دیاستولیک مشاهده می گردد و با ارتباط دادن به حاملگی، تحت درمان دارویی با قرص متیل دو پا و تریامترن H قرار می گیرد. به علت عدم کنترل فشار خون، قرص آتلولول نیز با دوز ۱۰۰ میلی گرم روزانه به داروهایش اضافه شده و به بیمار اطمینان داده می شود که بعد از زایمان فشار خون وی بهبود خواهد یافت. بعد از زایمان فشار خون بیمار همچنان تداوم داشته و بیمار با شکایت تنگی نفس فعالیتی، سرفه های خشک و خستگی زود رس به پزشک مراجعه و تحت درمان قرار می گیرد. در مدت ده سال درمان دارویی بتدریج سرفه های بیمار تشدید و آزار دهنده شده و به همین علت از بیمار رادیوگرافی سینه به عمل می آید که در آن توده ای بزرگ در بالای ناف ریه چپ گزارش می شود. بیمار با تشخیص اولیه کیست هیداتیک در ریه چپ کاندیدای عمل جراحی می گردد.

سینه با برش خلفی - جانبی چپ از ششمین فضای بین دنده ای باز می شود. بعد از آزاد کردن چسبندگیها، توده بزرگ ضرباندار در ناحیه فوقانی پارا ورتبرال چپ مشخص و با رد کیست هیداتیک ریه بدون اقدام خاصی قفسه سینه بسته شده و به جراح قلب معرفی می شود. در معاینات اولیه نبضهای رانی هر دو اندام تحتانی ضعیف بوده (++) و در سایر قسمتها غیر از هیپرتانسیون کنترل نشده، نکته خاصی وجود نداشت. در بررسیهای بیشتر با Computer tomography (CT Scan)، توده ای بزرگ در ناحیه فوقانی و خلفی ریه چپ مشاهده می گردد. در کاتتریزاسیون و آنژیوگرافی آئورت، توده بزرگی به ابعاد ۷۰ × ۸۲ مرتبط با دیستال قوس آئورت مشخص و هیچ ضایعه دیگری در قلب یافت نمی گردد. نهایتاً بیمار با تشخیص آنوریسم دیستال قوس آئورت و کوآرکتاسیون کاندیدای عمل جراحی می گردد.

با برش استرونوتومی میانی قفسه سینه باز و برای دسترسی به دیستال قوس آئورت انسزیون Trap door نیز از چهارمین فضای بین دنده ای قدامی چپ قفسه سینه داده شد. بعد از

بود ولی پس از زایمان علی رغم درمان دارویی همچنان فشار خون بیمار بالا وده و بدون بررسی تحت درمان دارویی قرار گرفته بود. پس از بروز علائم تنفسی، بیمار ده سال با سرفه زندگی کرده و با کشف اتفاقی توده ای در رادیوگرافی قفسه سینه بررسیهای بیشتر انجام گرفته بود.

در بررسی سوابق (Literature) مربوط به سالهای بین ۱۹۹۷ و ۲۰۰۱ موارد مشابه و نادر نیز گزارش شده است. Simonental در یک مرد ۸۰ ساله آنوریسم آئورت نزولی همراه با کوآرکتاسیون شدید آئورت را که به طور موفقیت آمیزی با inter position گرافت ترمیم شده بود، را گزارش کرده است (۳). Satonetal خانم ۵۷ ساله ای را با سابقه هیپرتانسیون گزارش نموده که به طور اتفاقی توده ای در رادیوگرافی قفسه سینه یافت شده بود. در بررسی بیشتر دوآنوریسم در دیستال قوس آئورت همراه با کوآرکتاسیون شدید آئورت یافت شده که Aortic arch reconstruction انجام و بعد از عمل فشار خون بیمار به حد نزدیک نرمال برگشته بود(۴).

کالسیفیکاسیون در ناحیه کوآرکتاسیون با خطر تشکیل آنوریسم همراه است که حتی در کوآرکتاسیون خفیف نیز با وجود کالسیفیکاسیون، اندیکاسیون عمل وجود دارد (۵). در رادیوگرافی قفسه سینه این بیمار کالسیفیکاسیون مشاهده نگردید ولی حین عمل کالسیفیکاسیون نرم داخل آنوریسم دیده شد.

به نظر می رسد اگر از ابتدا شرح حال و معاینه بالینی کامل از بیمار به عمل می آمد شاید با توجه به ضعف نبضهای رانی و هیپرتانسیون مقاوم، کلیدی برای تشخیص یافت می شد. شکل سه، رادیوگرافی قفسه سینه روبروی بیمار را بعد از عمل نشان می دهد.



شکل ۳، رادیوگرافی قفسه سینه روبرو بعد از عمل

کانولاسیون آئورت صعودی، شریان رانی راست و دهلیز راست بیمار به ماشین قلب و ریه مصنوعی وصل گردید. با کاهش دمای بدن به ۲۲ درجه سانتیگراد، قسمت پروگزیمال و دیستال آئورت در ناحیه کوآرکتاسیون کنترل و کلامپ گردید. بعد از بستن PDA، آنوریسم باز شده که نمای ساکولر داشت و تا نزدیکی شریان زیر چنبری چپ ادامه یافته و از طریق دهانه ۶-۷ میلی متری با دیستال قوس آئورت مرتبط بود. آنوریسم همراه با کوآرکتاسیون بریده و برداشته شد و ترمیم به روش Inter Position با گرافت داگرون شماره ۲۷ میلی متر بین قوس آئورت و آئورت نزولی انجام گردید. در انتهای عمل بین دیستال قوس آئورت و آئورت نزولی گرادیان فشار وجود نداشت. بعد از عمل هیچ عارضه ای دیده نشد و بیمار با حال عمومی خوب مرخص گردید. در پیگیری تا یک سال بعد از عمل فشار خون بیمار تحت کنترل بوده و روزانه ۲۰ میلی گرم پراپرونولول دریافت می کند. شکل دو CT Scan، تصویر آنوریسم را در بیمار نشان می دهد.



شکل ۲، تصویر آنوریسم در CT Scan

## بحث

آنوریسم دیستال قوس آئورت همراه با کوآرکتاسیون در موارد نادری دیده می شود. آنوریسم ممکن است مجاور محل تنگی در نتیجه اثرات همودینامیک، دیسکسیون آئورت یا آنوریسم میکوتیک دیده شود و شایعترین محل آنوریسم آئورت در ناحیه ایسم (Isthmus) یا بعد از کوآرکتاسیون می باشد (۲).

یکی از علائم شایع کوآرکتاسیون، هیپرتانسیون در سنین جوانی بوده و معمولاً هیپرتانسیون مقاوم به درمان طبی می باشد (۱). در این بیماری، افزایش فشار خون در سن ۳۲ سالگی و درحین حاملگی کشف و ابتدا به عوارض حاملگی نسبت داده شده

## References:

1. Kirklin JW, Barrat Boyes BG. Surgical correction of coarctation of the aorta. In Cardiac Surg. 2nd ed. New York : Churchill Livingstone, 1993; P: 1263-99
2. Barrat Boyes B. Surgical correction of coarctation of the aorta: A review of 30 years experience. Transcoll Med South Africa 1985; 1: 25 -29
3. Simon DM, Oyarzun JR, Donahoo JS. Repair of aneurysmal aortic coarctation in an octogenarian. Ann Thorac Surg 2001; 72 : 913-15
4. Sato M, Fukuda I, Osaka M. An adult case of aortic coarctation associated with two thoracic aneurysms. Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi 1997; 45: 1774 -7
5. Edwards JE, Clagett OT, Drake RL, Christensen NA. The collateral circulation in coarctation of the aorta. Myo Clin Proc 1984; 23:333-9