

گزارش یک مورد ترمبوآمبولیسم همزمان عروق کرونر و مغزی از منشاء قلب

دکتر احمدعلی خلیلی: استادیار گروه جراحی قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ نویسنده رابط

E-mail: Cskhalili2004@yahoo.com

دکتر محسن غلامی: دستیار جراحی قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر حسین منتظر قائم: دستیار جراحی قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۲/۱۰/۳۰ بازنگری نهایی: ۸۳/۵/۱۹ پذیرش: ۸۳/۶/۱۸

چکیده

وجود لخته در دهلیز چپ، منشا آمبولیزاسیون به مناطق مختلف بدن است. در این مقاله، یک مورد خانم ۶۲ ساله مبتلا به آمبولی همزمان عروق کرونری و عروق مغزی گزارش شده است. این بیمار چند بار بعلت کاهش هوشیاری گذرا در بخش اعصاب بستری شده اما بیماری درجه ای قلب (تنگی دریچه میترا) و وجود لخته در دهلیز چپ تشخیص داده نشده است. بیمار به بخش قلب معرفی شده و در آنژیوگرافی، بطور تصادفی، آمبولی عروق کرونری تشخیص داده شده است. همچنین در عمل جراحی پیوند عروق کرونری همراه با تعویض دریچه میترا و تخلیه لخته از دهلیز چپ، لخته داخل آنورت نیز پیدا شده است. پیشنهاد می شود که در مواجه با حوادث عروق مغزی راجعه، توجه ویژه به وجود بیماری قلبی (بوئیه توسط اکوکاردیوگرافی) انجام شود. آنژیوگرافی بدون توجه به سن انجام شود و آنورتوتومی تجسسی در این موارد در نظر گرفته شود.

کلیدواژه: ترمبوآمبولی، آنژیوگرافی، بیماری دریچه ای قلب، اکوکاردیوگرافی

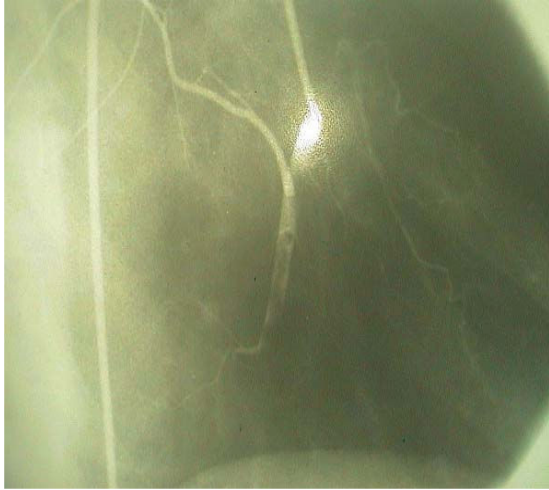
مقدمه

یکی از عوارض بیماریهای دریچه ای روماتیسمال قلب سکنه مغزی (Stroke) است (۱). وجود لخته در دهلیز چپ منشاء آمبولیزاسیون به مناطق مختلف بدن است (۲). ما بیماری را معرفی می کنیم که همزمان گرفتاری عروق کرونر و مغزی داشته و در مدت یک ماه ۳ بار به علت عوارض مغزی در بخش اعصاب بستری و مرخص گردیده و نهایتاً به بخش قلب معرفی و تحت عمل جراحی بای پس شریان کرونری و جایگزینی دریچه میترا قرار گرفته و از آنورت و دهلیز چپ لخته خارج می گردد.

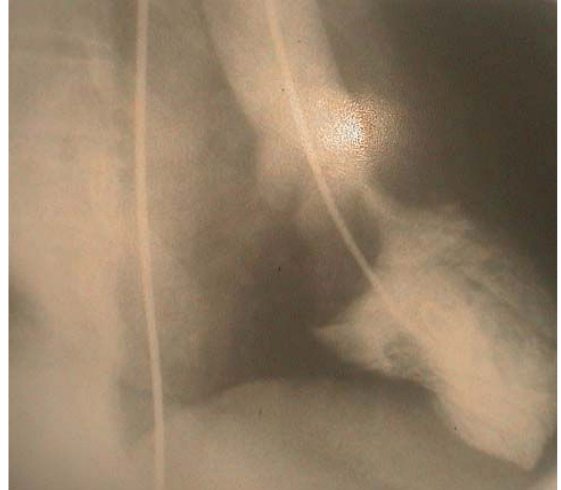
معرفی بیمار

خانمی است ۶۲ ساله که ۳۰ روز قبل از تشخیص بیماری قلبی برای اولین بار دچار کاهش هوشیاری گذرا^۱ (TIA) و اختلال تکلم و انحراف گوشه لب شده و در بخش اعصاب بستری می شود. در طول بستری اول مجدداً CVA^۲ کرده و مبتلا به همی پلزی چپ می شود. از مرکز درمانی شهرستان به مرکز آموزشی منتقل گردیده و سی تی اسکن مغزی از وی انجام و کانون هیپودنس در نیمکره راست گزارش می شود. در TCD^۳ و داپلر کاروتیدها تنگی مختصر و کاهش فلو در عروق مشاهده می گردد. یک هفته بعد با دستورات دارویی از بخش اعصاب مرخص می شود. در خلاصه پرونده ترخیص بیمار شواهدی بروجود بیماری قلبی درج نشده است. بیمار ۴۸ ساعت بعد از ترخیص مجدداً در منزل کاهش هوشیاری پیدا کرده و به بیمارستان اعزام می شود. با اصرار اطرافیان که بیمار ما ۱۸ سال قبل بیماری قلبی

داشته و تا کنون ایندراال مصرف می کند پزشک معالج را کنجکاو کرده و دستور انجام اکو را صادر می کند. بعد از اکو توسط کاردیولوژیست تشخیص تنگی شدید میترا^۴ (MS) همراه با لخته بزرگ و شناور در دهلیز چپ گزارش می شود. بیمار به بخش قلب منتقل و تحت آنژیوگرافی عروق کرونر قرار می گیرد. اندیکاسیون آنژیوگرافی سن بالای ۴۰ سال بوده است. در آنژیوگرافی گرفتاری شریان کرونری راست^۵ (RCA) با آمبولی تائید می شود. لازم به توضیح است ریتم بیمار منظم و در ECG^۶ علائم واضح MI وجود نداشته و در تمام طول مدت بستری از نظر همودینامیک ثابت بوده است. بیمار بصورت اورژانس تحت عمل جراحی تعویض میترا و تخلیه لخته دهلیز چپ و بای پس کرونر راست قرار می گیرد. بعلت گرفتاری دهانه RCA با لخته و نقص پرشدگی^۷ در آنورت، (شکل ۱) قبل از اتمام عمل و باز کردن کلامپ آنورت، آنورتوتومی تجسسی انجام شد. در آنورت لخته ای به طول ۶ سانتی متر (شکل ۲) و قرمز پررنگ به قطر ۳-۲ میلی متر وجود داشت که برداشته شد. کاردیوپلژین رتروگراد از سوراخ RCA آزادانه تخلیه می شد. و دفکتی در ناحیه وجود نداشت. طول لخته و قطر آن مشخصات لخته داخل RCA را داشت که در (شکل ۳ و ۴). آمبولی RCA با فشار کاردیوپلژین که از طریق گرفت وریدی بصورت روتین تزریق می شد، به داخل آنورت رانده شده بود. آنورت بسته شد. بیمار به راحتی از پمپ قلبی ریوی خارج گردید. در ICU سیر بهبودی بدون عارضه و بعد از یک هفته از بیمارستان مرخص شد.



شکل ۳: آمبولی شریان کرونری راست



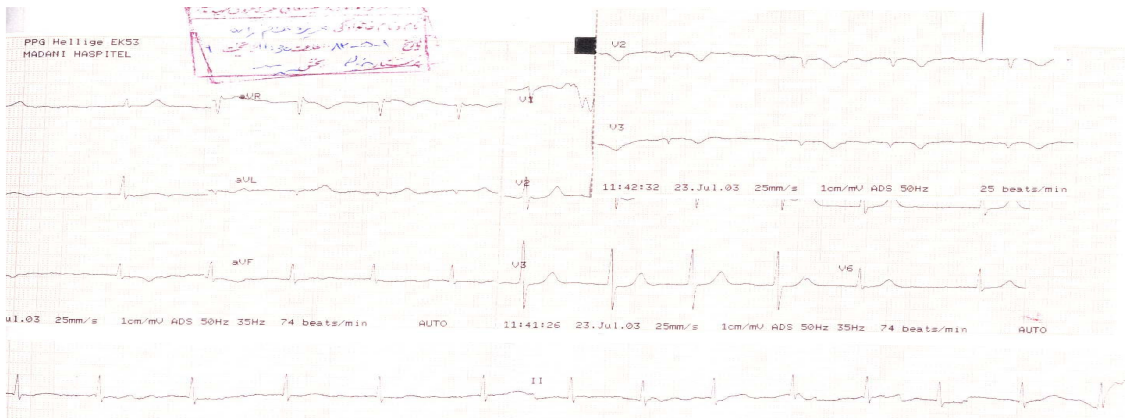
شکل ۱: LV گرام و نقص پرشدگی داخل آئورت در دهانه شریان کرونری راست



شکل ۴: آمبولی شریان کرونری راست از نمائی دیگر



شکل ۲: لخته خارج شده از داخل آئورت



شکل ۵: ریتم منظم بدون MI مشخص با وجود لخته کرونری راست

بحث و پیشنهاد

در این بیمار سه نکته قابل توجه وجود داشت که می شود به نفع بیماران دیگر استفاده کرد.

۱. حوادث عروقی مغزی (Stroke) راجعه و تکراری و آمبولی به کرونرها بدون علامت بوده، که قبل از آنژیوگرافی قابل تشخیص نبوده است.

۲. وجود ریتم منظم و ECG نرمال که بیماری قلبی را منتفی کرده بود و پزشک معالج را از بررسی علت قلبی سکنه مغزی باز داشته بود.

۳. وجود لخته در آئورت که در صورت عدم آئورتوتومی می توانست به مرگ بیمار و یا عوارض ناخواسته بیانجامد.

لذا پیشنهاد می گردد برای جلوگیری از اشتباه و عوارض ناخواسته در هر بیمار با علائم نورولوژیک مغزی عود کننده و تکراری (۳)

توجه خاص به بیماری قلبی معطوف گردد. و باید دانست ECG نرمال و وجود ریتم منظم و سینوسی وجود بیماری در پیچه ای مخصوصا MS و لخته دهلیز چپ را رد نمی کند. (۲ و ۴) و اکو می تواند مفید باشد.

دوم اینکه در تمامی بیمارانی که وجود لخته در دهلیز چپ با اکو تشخیص داده می شود، قبل از عمل بدون توجه به سن آنژیوگرافی کرونری انجام شود.

سوم اینکه ضایعات کرونر بعلت آمبولی که بای پس می شوند در اثر تزریق کاردیوپلژین براحتی می تواند جابجا شده و ممکن است به آئورت بر گردد. لذا بررسی آئورت حین عمل پیشنهاد می شود. چنانچه در این بیمار از پیدایش حادثه وخیم جلوگیری شد.

References

1. Kewal CG, Rakesh Y, Bhaskara Rao M: Clinical and echocardiographic predictors of left atrial clot and spontaneous echo contrast in patients with severe rheumatic mitral stenosis: a prospective study in 200 patients by trans esophageal echocardiography. *International Journal of Cardiology* 2000; **73**: 273-279.
2. Silvestry FE, Tarka EA, Mohler ER, Echocardiographic and vascular ultrasound evaluation of cerebrovascular ischemic events. *Acc Current Journal Review* 1998; 79-81.
3. Arboix A, Bericat MC, Pujades R, Massons J: Cardioembolic infarction in the sagrat Cor-Alianza hospital of Barcelona stroke registry. *Acta Neurol Scand* 1997; **96**(6): 407-12.
4. Hankey GJ, Warlow CP. Cerebral Embolism Task force. Cardiogenic brain embolism: The second report of the cerebral embolism task force. *Arch Neurol Scand* 1989; **46**(7): 727-743.

