

آنوريسم ديسكانت آئورت صعودی و گزارش يك مورد تشخيص

داده نشده به مدت ۱۷ سال

دکتر سيد خليل فروزان نيا^۱، دکتر سيد جليل مير حسيني^۲، دکتر حسن عابدي^۳، دکتر نغمه داودي^۴

چکیده

ديسکشن آئورت بشکل دو نوع حاد و مزمن می باشد که نوع حاد در دو هفته اول و نوع مزمن بعد از دو هفته از شروع بیماری خود را نشان می دهد. آنوريسم های ديسكانت آئورت داخل سينه ای می توانند هر قسمت از آئورت را درگير کنند اما درگيري آئورت صعودی شایعترين محل است. نمونه ای که ارائه می گردد، مرد ۶۵ ساله ای می باشد که سابقه ترومای غير نافذ شديد قفسه صدری در ۱۷ سال قبل داشته و از ۵ ماه پيش با شکايت درد سينه و احساس تنگی نفس و سابقه دو مرتبه سنکوپ مراجعه و تحت بررسی قرار می گيرد. بیمار با تشخيص آنوريسم آئورت صعودی و نارسائی دريچه آئورت تحت عمل جراحی قرار گرفت. آنوريسم از ريشه آئورت تا محل جدا شدن شريان های فمورال مشترک دو طرف ادامه داشت ولی اتساع تمام لایه ها مشخصاً تا محل جدا شدن شريان براکيوسفاليک ادامه داشت و دريچه آئورت نیز نارسائی شديد داشت که پس از حذف آنوريسم ديسكانت آئورت صعودی دريچه آئورت ترميم و آئورت صعودی با توبولارگرافت از جنس داکرون ترميم گردید. بعد از عمل بیمار بدون علامت شد و به علت کلاپس لومن کاذب و برقراری جريان خون در لومن واقعی آنوريسم آئورت شکمی نیز برطرف گردید.

واژه‌های کلیدی : آنوريسم آئورت - ديسکشن مزمن آئورت

مقدمه

پديده آنوريسم در جدار آئورت يك پروسه دژنراتيو با درگيري لایه مدیا می باشد که به علت کاهش قدرت کشش جدار آئورت و فشار داخل از سوی ديگر، اتساع پيشرونده در جدار آئورت ایجاد می شود. اتیولوژی تخریب لایه مدیا طیف

۱- استادیار گروه جراحی قلب و عروق

۲- استادیار گروه جراحی عمومی

۳- استادیار گروه داخلی قلب و عروق

۴- پزشک عمومی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد

وسیع داشته و می تواند عفونی ، تروما، مادرزادی و سندرمهای نسج همبند (از قبیل مارفان) باشد. اما آرتروواسکلروز شایعترین علت ایجاد آنوریسم های آئورت است. بیماری هر قسمت از آئورت را می تواند درگیر نماید. ولی شایعترین محل درگیری در آئورت داخل سینه ای به ترتیب آئورت صعودی، آئورت نزولی و قوس آئورت است. بیماری آنوریسم دیسکانت به دو نوع حاد و مزمن تقسیم شده و در مردان شایعتر است. اغلب بیماران سابقه هیپرتانسیون را ذکر می کنند^(۷).

تقسیم بندیهای مختلف کلینیکی جهت آنوریسم دیسکانت آئورت مطرح شده است. اما دو تقسیم بندی رایج Debakey (1965) و Stanford (1970) مطرح می باشد. مطابق تقسیم بندی Debakey سه نوع دیسکشن، آئورت را درگیر می سازد. در نوع I محل درگیری قوس صعودی، عرضی و آئورت نزولی است. در نوع II دیسکشن محدود به آئورت صعودی بوده و پروگزیمال به شریان Innominate متوقف می شود. در نوع III شروع دیسکشن از شریان ساب کلاوین چپ بوده و به سمت آئورت نزولی و آئورت شکمی گسترش می یابد. در تقسیم بندی دیگر که توسط Stanford (1970) صورت گرفته دیسکشن به دو نوع A و B تقسیم می شود. در نوع A شروع دیسکشن از آئورت صعودی و در نوع B از آئورت نزولی شروع می شود. اما بر خلاف تقسیم بندی Debakey جزئیات ضایعه را مشخص نمی کند^(۴) (شکل ۱ و ۲)

علائم و نشانه ها بسته به اندازه و محل آنوریسم متفاوت است. علائم کلینیکی بیشتر ناشی از اثر فشاری لوکال و یا اثر انسدادی بر ساختمانهای مجاور است. علائم حاد، ناشی از اتساع سریع یا پارگی آنوریسم است که به شکل کلاپس قلبی ریوی بروز می کند. امروزه روش استاندارد بررسی و تشخیص آنوریسم در صورت شک کلینیکی CT.Scan است، اگرچه گرافی از قفسه صدری در بسیاری از موارد بطور اتفاقی منجر به کشف آنوریسم های بدون علامت می شود.

با استفاده از فلوروسکپی می توان آنوریسم را از توده های توپر (solid) مدیاستن و ریه افتراق داد. استفاده از MRI به دلیل گران بودن هزینه و در دسترس نبودن آن علیرغم حساسیت بالا

شکل ۱: طبقه بندی Debakey

شکل ۲: طبقه بندی Stanford

شکل ۳: نحوه باز نمودن آنوریسم

کاذب دوتایی با یک محل ورود با قطر 4cm و در جدار خلفی آئورت بلافاصله پس از محل جدا شدن سینوسهای کرونر دیده می شود. آنوریسم بطور کامل برداشته شد. حلقه آئورت در محل ریشه ابتدا بازسازی گردید و سپس نقص حاصله با توبولار گرافت داکرونی جایگزین شد (شکل ۳). نارسائی دریچه آئورت نیز ترمیم شد. بیمار پس از عمل، مشکل حادی نداشت و در سونوگرافی کنترل شکمی علائم آنوریسم وجود نداشت که به علت برقراری جریان خون در لومن اصلی آئورت بود و در تاریخ ۷۹/۹/۳ با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص گردید.

بحث و نتیجه گیری

در بیماران مبتلا به دیسکشن حاد آئورت که با درمان طبی موفق زنده بمانند، دیسکشن مزمن ایجاد می شود. دیسکشن مزمن آئورت معمولاً بی علامت است اگر چه ممکن است درد مبهم و خفیف سینه به علت نارسائی احتقانی ایجاد شود و آنوریسم بزرگ در محل دیسکشن ممکن است سبب درد اسکلتی شدید به علت خوردگی استخوانهای قفسه صدری بشود.

اکثر اقدامات جراحی برای دیسکشن های مزمن برای آنوریسم حاصل از آن انجام می شود اما فقدان نبض های انتهائی غیر معمول است. بندرت دیسکشن مزمن سبب پارالزی یا پارزی بدنبال ترومبوز لومن کاذب که شریانهای بین دنده ای اصلی از آن منشاء می گیرد، می شود. آمبولی از ترومبوز در قسمت ابتدائی لومن کاذب ممکنست سبب سکته مغزی شود (۹).

چهار روش تشخیصی که استفاده می شود و معمولاً یک یا دو مورد آنها کافیت شامل:

- ۱- سی تی اسکن ۲- اکو کاردیوگرافی ترانس توراسیک
- ۳- MRI ۴- آئورتوگرافی

ضمناً خیلی از بیماران قبل از عمل الکتیو آنوریسم نیاز به آنژیوگرافی کرونری دارند. گاهی دیسکشن پروگزیمال ممکن است برای هفته ها، ماهها یا سالها تشخیص داده نشود. این دیسکشن های بی علامت یا با علامت خفیف معمولاً در روت های قبلاً گشاد شده رخ می دهد و عمل جراحی برای دیلاتاسیون روت بیش از 6cm و یا نارسائی متوسط یا شدید

مقرون به صرفه نیست. از اکوداپلر بعنوان روش مکمل همراه با سی تی اسکن در بررسی غیر تهاجمی آنوریسم استفاده می شود. آئورتوگرافی به عنوان تشخیص اول مطرح نیست اگر چه با انجام آن جزئیات کامل آئورت و شاخه های آن را می توان بررسی کرد (۲).

معرفی بیمار

بیمار مردی 65 ساله است که در تاریخ ۷۹/۸/۸ با شکایت درد قفسه صدری و تنگی نفس مراجعه نمود. در سابقه بیمار ترومای غیر نافذ و شدید قفسه صدری ناشی از تصادف اتومبیل در ۱۷ سال پیش ذکر گردید و از زمان تروما تا ۵ ماه قبل بدون علامت بوده است. سابقه هیپرلیپیدمی، دیابت و هیپرتانسیون منفی بود. ۵ ماه قبل از بستری به علت درد قفسه صدری بیمار در CCU بستری گردیده بود. در معاینه کلینیکی سوفل گرید III به علت نارسائی دریچه آئورت بوضوح شنیده می شد. در گرافی قفسه صدری توده ای در مدیاستن فوقانی قابل مشاهده بود. در سونوگرافی انجام شده از شکم بیمار آئورت Tortous بوده و آنوریسمی به قطر 71mm اطراف لومن اصلی دیده می شد که از زیر شرائین کلیوی شروع و تا محل دو شاخه شدن آئورت ادامه داشت یافته های مذکور در سی تی اسکن مدیاستن و شکم نیز تأیید گردید. در اکو کاردیوگرافی دیلاتاسیون ریشه آئورت- آنوریسم آئورت صعودی به قطر 70mm و وجود AR(++) (Aortic Regurgitation) گزارش گردید.

EF (Ejection Fraction) بیمار 55٪ بود با توجه به نتایج بررسیهای غیر تهاجمی اولیه آئورتوگرافی و آنژیوگرافی کرونر جهت بیمار انجام گردید که موارد مطرح شده در اکو کاردیوگرافی تأیید گردید. همچنین مشخص گردید که آنوریسم آئورت شکمی نیز با دو لومن وجود دارد. بیمار کاندید جراحی گردید و تحت عمل جراحی از طریق برش استرنوتومی میانی قرار گرفت. حین عمل آنوریسم بزرگ آئورت صعودی از ریشه آئورت بطرف دیستال ادامه داشت که مدیاستن فوقانی را کاملاً اشغال کرده بود. با استفاده از بای پاس قلبی ریوی و هیپوترمی با ماشین پمپ قلب - ریه آنوریسم باز شد. لومن

از 6cm بیشتر در معرض پارگی هستند. همچنین اگر آنوریسم رشد بیش از حد 1cm در طی 6 ماه داشت و یا اگر آنوریسم علامتدار شد باید حتماً عمل شود^(۳). از سوی دیگر از آنجا که تروماها مخصوصاً تروماهای غیر نافذ قفسه صدری از علل بسیار مهم در بروز دیسکشن جدار آئورت می باشد، در کلیه بیماران با ترومای قفسه صدری می بایست به فکر دیسکشن آئورت بود و بررسیهای تشخیصی لازم را جهت کشف زودرس ضایعه انجام داد و با دخالت زودرس درمانی جهت دیسکشن ایجاد شده از بروز آنوریسم بعدی و خطرات بالای آن پیشگیری کرد^(۴). در دیسکشن آئورت حاد A Type، ترمیم فوری آئورت پروگزیمال باعث جلوگیری از تامپوناد قلبی خواهد شد. در بعضی از بیماران وجود همزمان Aortic Regurgitation نیز مشاهده می شود. برای چنین بیمارانی ترمیم همزمان دریچه و Root توسط بعضی از گروههای جراحی پیشنهاد شده است. این عمل باعث بهبود عملکرد دریچه آئورت می شود بدون اینکه خطر عمل افزایش پیدا کند. بنابراین در بیمارانی که نارسائی همزمان دریچه آئورت دارند یا همانند سندرم مارفان ترمیم همزمان دریچه و Root پیشنهاد می شود^(۶). در بیمار ما نیز همزمانی AR با دیسکشن آئورت وجود داشت که ترمیم نارسائی آئورت نیز با موفقیت صورت گرفت.

آئورت انجام شود عمل در دیسکشن مزمن بطور اولیه برای رفع بزرگ شدن آنوریسم و خطر پارگی سگمان دیسکت شده انجام می شود. بندرت بیماران ممکن است ایسکمی مزمن احشائی به علت اختلال در خون رسانی داشته باشند. خطر ایسکمی نخاع در این آنوریسم بیش از آنوریسم های آترواسکلروتیک می باشد. فاکتورهای افزایش دهنده خطر پارگی شامل Eccentricity سگمان آنوریسمال و بزرگی سریع آن می باشد. در چند گزارش سیگار ممکن است سبب افزایش قابل توجه پارگی شود (۱۰). از عمده ترین علت مرگ و میر در آنوریسمهای آئورت را می توان پارگی ناگهانی آنوریسم ذکر کرد. میزان گزارش شده دیسکشن آئورت ۵ تا ۲۷ مورد در ۱۰۰۰۰۰ نفر است^(۸). بررسیهای مختلف نشان داده است که سورویوال ۵ ساله در موارد علامت دار ۲۷٪ و بدون علامت ۵۸٪ است. قابل توجه اینکه مورد معرفی شده به مدت ۱۷ سال بدون علامت بوده است. یک سوم علت مرگها ناشی از پارگی آنوریسم و ۵۰٪ ناشی از اثرات آترواسکلروز ژنرالیزه در دیگر بسترهای عروقی می باشد. مرگ و میر مربوط به جراحی بطور متوسط ۱۰٪ و سورویوال ۵ ساله بدنبال جراحی ۸۲-۵۱٪ گزارش شده است دیسکشن آئورت نوع A و خیمی را در بیمارانی که درمان جراحی بموقعی در آنها انجام نشده است ایجاد می کند، همچنین خطر مرگ را در آنها افزایش می دهد^(۶). مقایسه بین میزان مرگ و میر ناشی از پارگی آنوریسم ۴۰-۳۰٪ و مرگ و میر بسیار پایین تر رزکسیون و ترمیم جراحی، لزوم درمان جراحی فوری آنوریسم ها را حتی در افراد مسن روشن می سازد^(۵). استفاده از گرافت های مصنوعی اولین بار توسط Cooley & DeBakey در سال ۱۹۵۳ رایج گردید. درمان آنوریسم های صعودی و قوس آئورت با استفاده از بای پاس قلبی ریوی و هیپوترمی ۳ سال بعد توسط همین افراد با موفقیت انجام شد. امروزه در اکثر مراکز بزرگ جراحی قلب و عروق با استفاده از تکنیکهای پیشرفته و با استفاده از بای پاس قلبی ریوی و روشهای حفظ نخاع و هیپوترمی میتوان هر آنوریسم آئورتی را ترمیم کرد^(۱). با توجه به ارتباط مستقیم ساینز آنوریسم با میزان شیوع پارگی (مطابق قانون Laplac) آنوریسم های با ساینز بیشتر

References

- 1- Ablaza. S.G. Ghosh. S.C. and Cerana. V.P: *Use of a ringed interluminal graft in the surgical treatment of dissecting aneurysm of the thoracic aorta.* Cardiovasc. Surg. 76: 390, 1978
- 2- Cooley D.A. *Aneurysm involving the transverse aortic arch.* chest surg. Clin. North Am, 2 :279, 1992 .
- 3- Crawford, E.S, Svensson, L.G, Coselli, J.S, et al: *Aortic dissection and aortic aneurysm.* Ann. Surg. 208: 245, 1998.
- 4- David C Sabiston. Jr. Frank C. Spencer. *Surgery of the chest, W.B. Saunders Company* 1998. Sixth edition, pp: 1326-1355.
- 5- Fann, J. F. Celover, D.D, Miller, D.C. et al: *Prevention of aortic regurgitation.* J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 52: 38. 1991.
- 6- Greater, Langer, Nikoloudakis, Aicher, and Schafers: *Valve preserving operation in acute aortic dissection type A.* *The Annals of thoracic surgery* . vol. 70 No: 5 Nov 2000 P: 1460-1465.
- 7- John. W. Kirkline. Brian G Barratt-Boyes. Second edition cardiac. Surgery Vol: 2, 1992. P : 1759-1767.
- 8- Kawahito, Adachi, Yamaguchi, and Ino: *Early and late surgical outcomes of acute type A aortic dissection in patients aged 75 years and older.* *The Annals of Thoracic surgery* vol. 70 No. 5, Nov 2000: pl 455-1459
- 9- Svensson LG, Crawford ES : *Aortic dissection and aortic aneurysm surge : clinical observation, experimental investigation and statistical analyses.* Part. *Curr Probl Surg* 1992;29:913.
- 10- Crawford E.S, Svensson L.G , Coselli J.S , et al : *surgical treatment of aneurysms and dissection of the ascending aorta and transverse aortic arch.* *J Thorac Cardiovascular Surg* 1989;98;659.