

## گزارش یک مورد کورتی اتریاتوم همراه با افزایش فشار شریان ریوی

بابک باقری<sup>۱</sup>  
وحید مخبری<sup>۱</sup>  
صمد گلشنی<sup>۱</sup>  
نگین اکبری<sup>۲</sup>

## چکیده

کورتی اتریاتوم (Cor triatriatum) یک بیماری مادرزادی نادر است که ۰/۱ درصد کل نقایص مادرزادی قلب را تشکیل می‌دهد و در نتیجه اختلال در جذب ورید ریوی مشترک بوده که باعث تقسیم دهلیز چپ توسط یک دیافراگم فیروماسکولار به حفره فوقانی خلفی دریافت کننده جریان خون وریدهای ریوی و حفره تحتانی قدامی در بالای گوشک دهلیز چپ می‌شود. ارتباط بین دو حفره تقسیم شده دهلیز چپ ممکن است بزرگ، کوچک و یا بدون ارتباط باشد که این امر به اندازه حفره در دیافراگم بستگی دارد و تعیین کننده میزان انسداد بازگشتی وریدهای ریوی است. افزایش فشار ورید ریوی و مقاومت عروقی ریه ممکن است منجر به افزایش فشار شریان ریوی شود. گاهی کورتی اتریاتوم از نظر بالینی یک یافته تصادفی می‌باشد. بیماران با انسداد شدید مشابه تنگی ورید ریوی مادرزادی هستند. ما در اینجا یک مورد کورتی اتریاتوم با افزایش فشار شریان ریوی را که با شکایت تپش قلب و تنگی نفس به بیمارستان مراجعه نموده است، معرفی می‌کنیم. اکوی ترانس توراسیک انجام شد و داده‌ها با اکوی مری تایید شد. کاتتریزیشن افزایش فشار متوسط تا شدید شریان ریه را نشان داد ولی با توجه به غیر انسدادی بودن کورتی اتریاتوم وی، درمان جراحی ضرورت نداشته و به بیمار پیگیری با اکو توصیه شد.

**واژه‌های کلیدی:** کورتی اتریاتوم، افزایش فشار شریان ریوی، گوشک دهلیز چپ

## مقدمه

یا بدون ارتباط باشد که این امر بسته به اندازه حفره در دیافراگم دارد و تعیین کننده میزان انسداد بازگشتی وریدهای ریوی است. کورتی اتریاتوم از نظر بالینی یک یافته تصادفی بوده ولی گاهی بیمار با علائم افزایش فشار ریوی مراجعه می‌نماید. افزایش فشار وریدهای ریوی و مقاومت عروقی ریه می‌تواند منجر به افزایش شدید فشار شریان ریوی شود (۵).

## شرح مورد

بیمار آقای ۵۸ ساله‌ای بود که با شکایت تپش قلب

کورتی اتریاتوم (Cor triatriatum) یک بیماری مادرزادی نادر است که ۰/۱ درصد کل نقایص مادرزادی قلب را تشکیل می‌دهد که در اتوپسی‌ها تا ۰/۴ درصد هم گزارش شده است (۴-۱). این آنومالی قلبی در نتیجه اختلال در جذب ورید ریوی مشترک بوده که باعث تقسیم دهلیز چپ توسط یک دیافراگم فیروماسکولار به حفره فوقانی خلفی دریافت کننده جریان خون وریدهای ریوی و حفره تحتانی قدامی در بالای گوشک دهلیز چپ می‌شود. ارتباط بین دو حفره تقسیم شده دهلیز چپ ممکن است بزرگ، کوچک و

E-mail: nm\_akbari12@yahoo.com

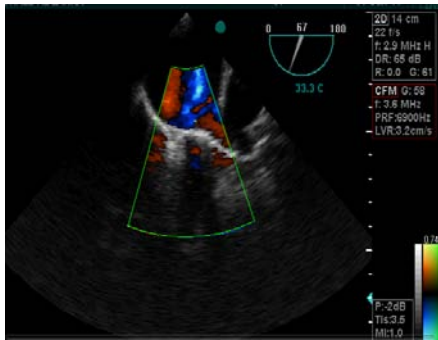
مؤلف مسئول: نگین اکبری - ساری: مرکز آموزشی درمانی حضرت فاطمه زهرا (س)، مرکز قلب مازندران

۱. گروه قلب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۲. دستیار قلب، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت: ۹۰/۳/۱۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۰/۴/۲۰ تاریخ تصویب: ۹۰/۸/۵

کاترئیزیشن: افزایش متوسط تا شدید فشار شریانی ریه (۵۰/۱۲، ۳۵/۱۰) وجود داشت. عملکرد بطن چپ با ۵۰٪ EF= نرمال گزارش شد.



تصویر شماره ۳: ب- وجود باند فیبروماسکولار در بالای گوشک دهلیز چپ در اکوی ترانس ازوفاژال

## بحث

کرتتری اتریاتوم یک بیماری مادرزادی نادر است که ۰/۱ درصد کل نقایص مادرزادی قلب را تشکیل می‌دهد که در اتوپسی‌ها تا ۰/۴ درصد هم گزارش شده است (۴-۱). این بیماری اولین بار در سال ۱۸۶۸ توسط Church توصیف شد. دسته‌بندی‌های مختلفی برای آن قید شده که ساده‌ترین آن در سال ۱۹۴۹ توسط Loeffler توضیح داده شد و براساس سائز حفره مرتبط کننده دو قسمت دهلیز به سه گروه فاقد ارتباط، با ارتباط کوچک و نیز بزرگ تقسیم شد (۶). کرتتری اتریاتوم در اکثر موارد بدون علامت و به صورت یک یافته تصادفی در اکوی ترانس توراسیک تشخیص داده می‌شود، اما در انواع انسدادی آن بیمار ممکن است با علائم افزایش فشار شریان ریوی مراجعه نماید و در بررسی جهت مشخص نمودن علت آن، در اکو مری کشف شود (۵). تا به امروزه کمتر از ۳۰۰ مورد کرتتری اتریاتوم گزارش شده است (۳). به نظر می‌رسد به علت تشخیص بیماری در سنین پایین و بزرگ نبودن سائز دهلیز چپ، تاکی آریتمی در این بیماران یافته شایعی نبوده است (۷،۳). اما در بیمار ما که به علت طپش قلب به این مرکز مراجعه کرده بود، به دلیل تشخیص بیماری در سن بالا (۵۸

و تنگی نفس به بیمارستان ما مراجعه نمود. ایشان سابقه‌ای از دیابت، فشارخون و بیماری ایسکمیک قلبی نداشت و یک بستری قلبی در نتیجه تاکی کاردی فوق دهلیزی در سه سال قبل را ذکر می‌نمود.

در معاینه بالینی فشارخون mmHg ۱۳۰/۸۰، درجه حرارت ۳۷°C، میزان تنفس ۱۴/min، ضربان قلب ۱۸/min داشت. در معاینه قلب صدای اول و دوم نرمال بوده و صدای سوم و چهارم وجود نداشت. یک سوفل سیستولیک III/VI در کانون میترال سمع شد.

در معاینه ریه صداهای نرمال ریوی شنیده شد. سیانوز لب‌ها و کلاپینگ وجود نداشت. سابقه بیماری مادرزادی قلبی در خانواده منفی بود. نوار قلب بیمار فلاتر دهلیزی با بلوک متغیر را نشان می‌داد. در گرافی قفسه‌سینه بیمار شواهدی به نفع افزایش فشار شریان ریوی رویت شد. در اکوی مری انجام شده بزرگی دهلیز چپ و باند فیبروماسکولر در بالای گوشک دهلیزی وجود داشت که همه وریدهای به آن (حفره بالایی) تخلیه می‌شدند و گرادیان بین دو حفره وجود نداشت. همچنین MVP (Mitral valve prolapse) و MR (Mitral Regurgitation) ضعیف تا متوسط، TR (Tricuspid regurgitation) خفیف و PAP (Pulmonary artery pressure) = 55mmhg همراه با LVEF (Left ventricle ejection fraction) = 45-50% وجود داشت (تصویر شماره ۳ الف، ب). این یافته‌ها داده‌های حاصل اکوی ترانس توراسیک را تایید نمود.



تصویر شماره ۳: الف- وجود باند فیبروماسکولار در دهلیز چپ در اکوی ترانس توراسیک در نمای چهار حفره‌ای

تپش قلب مراجعه نمود، فشار شریان ریوی در اکو بالا گزارش شد که جهت تخمین دقیق فشار دهلیز چپ و اثبات عدم وجود گرادیان بین حفرات فوق و حفره بطن چپ (اثبات غیر انسدادی بودن ضایعه با توجه به فشار بالای شریان ریوی) و رد سایر علل مادرزادی و غیر مادرزادی افزایش فشار شریان ریوی کاتتریزیشن انجام شد. همچنین با توجه به غیر انسدادی بودن کترتری اتریاتوم وی و افزایش فشار متوسط ریه، درمان جراحی ضرورت نداشته و به بیمار پیگیری با اکو توصیه شد.

سالگی) و طولانی بودن مدت بیماری، دهلیز چپ بیش از حد بزرگ شده و زمینه‌ای برای ایجاد تاکی آریتمی بوده است (۳-۱).

کاتتریزیشن قلبی و آنژیوگرافی اغلب غیر ضروری است. درمان جراحی جهت برداشتن ممبران در بیماران با انسداد قابل توجه انتخابی است که باعث کاهش علایم بیمار و کاهش فشار شریانی ریه می‌شود. پروگنوز بیماران با جراحی خوب است. در افراد بدون علامت اغلب جراحی نیاز نیست (۵). در بیمار ما که با تنگی فعالیت و

## References

1. Alphonso N, Nørgaard MA, Newcomb A, d'Udekem Y, Brizard CP, Cochrane A. Cor triatriatum: presentation, diagnosis and long-term surgical results. *Ann Thorac Surg* 2005; 80(5): 1666-1671.
2. Joe BN, Poustchi-Amin M, Woodard PK. Case 56: Cor Triatriatum Dexter. *Radiology* 2003; 226(3): 701-705.
3. Kelmendi M, Bejiqi R, Bajraktari G, Beqiraj R. Cor triatriatum sinister-three case reports. *Med Arh* 2009; 63(5): 300-302.
4. Fukumoto K, Takatsuki S, Miyoshi S, Tanimoto K, Nishiyama N, Aizawa Y, et al. Cor triatriatum sinister: An incidental finding in a patient with paroxysmal atrial fibrillation. *Herz* 2011. [Epub ahead of print]
5. Libby P, Bonow RO. Braunwalds Heart Disease: a textbook of cardiovascular medicine. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 2008. p 1464.
6. Hamdan R, Mirochnik N, Celermajer D, Nassar P, Iserin L. Cor Triatriatum Sinister diagnosed in adult life with three dimensional transesophageal echocardiography. *BMC Cardiovas Disord* 2010; 10: 54.
7. Davlouros PA, Koutsogiannis N, Karatza A, Alexopoulos D. An unusual case of cor triatriatum sinister presenting as pulmonary oedema during labor. *Int J Cardiol* 2011; 150(3): e92-93.