

معرفی یک مورد نسج دریچه میترال فرعی، یک مالفورماسیون نادر قلبی

مریم نباتی^۱

ساسان طیبیان^۱

احمد بابائی^۲

چکیده

توده دریچه میترال فرعی، یک آنومالی مادرزادی قلبی نادر است که تاکنون در دنیا تنها ۱۳۰ مورد آن گزارش شده است. این توده می تواند تنها یا همراه با آنومالی های قلبی دیگر باشد و معمولاً در کودکی تشخیص داده شده و در تشخیص افتراقی با دیگر توده های قلبی مثل تومور یا وژتاسیون قرار می گیرد. بیمار مورد گزارش یک خانم ۲۷ ساله فاقد علائم بود که جهت بررسی توده قلبی به بیمارستان ارجاع شده بود و پس از اکو اولیه مورد بررسی بیشتر قرار گرفت. اکوی ترانس توراسیک و سپس اکوی مری نشان داد که در خروجی بطن چپ یک نوع ممبرانوی بافت فرعی دریچه میترال بدون انسداد وجود داشت. اکو در تشخیص افتراقی و تصمیم گیری برای جراحی یا تحت نظر قرار دادن این بیماران بسیار سودمند می باشد.

واژه های کلیدی: نسج دریچه میترال فرعی، نقص سپتوم بین دهلیزی، نقص سپتوم بین بطنی

مقدمه

می شود. تیپ IIB شایع ترین پرزنتاسیون گزارش شده می باشد (۵۶/۰۸ درصد).

یافته های قبل از عمل، ۶ محل متفاوت قرارگیری کورداتندیناهای لت فرعی میترال را نشان می دهد که عبارت است از: دیواره بطن چپ، سپتوم بین بطنی، عضلات پایلاری فرعی، عضله پایلاری قدامی طرفی، لت قدامی دریچه میترال و کوردای قدامی دریچه میترال. شایع ترین محل قرارگیری عضله پایلاری قدامی طرفی بوده که شامل ۴۴ درصد کل می باشد (۳). نوع متحرک: توده چتر مانند متحرک، در خروجی بطن چپ، با یا بدون انسداد و اغلب ضخیم و ندرتاً دیسپلاستیک می باشد. نوع ثابت، با کورد کوتاه به سپتوم بین بطنی متصل است و ممکن است که اندازه

دریچه میترال فرعی، یکی از مالفورماسیون های مادرزادی قلبی نادر می باشد. که تاکنون ۱۳۰ مورد آن در دنیا گزارش شده است (۱). این بیماری می تواند به صورت تنها (کمتر از ۳۰ درصد) یا با آنومالی های قلبی و عروق بزرگ، مثل نقص سپتوم بین بطنی، مجرای شریانی باز و جابه جایی عروق بزرگ همراه باشد (کمتر از ۷۰ درصد) و غالباً در دوران کودکی تشخیص داده می شود (۲). نسج دریچه میترال فرعی، به دو نوع تقسیم می شود. نوع یک یا ثابت، (Fixed) که می تواند ندولر (IA) یا ممبرانوس (IB) و نوع دو (متحرک، Mobile) که می تواند پایه دار (IIA) یا شبیه لت دریچه (IIB) باشد. نوع IIB بر اساس کورداتندیناهای ابتدایی یا به خوبی شکل گرفته شده نیز به دو دسته دیگر تقسیم بندی

E-mail: Dr.mr.nabati@gmail.com

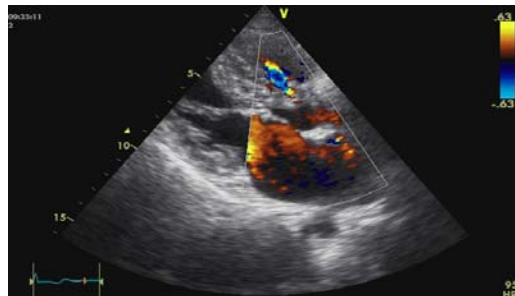
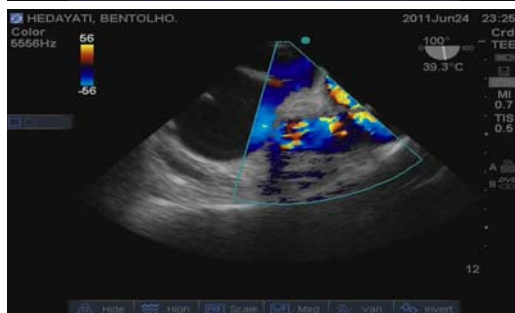
مؤلف مسئول: مریم نباتی - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س)، گروه قلب و عروق

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

۲. دستیار قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت: ۹۰/۷/۱۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۰/۱۰/۱۷ تاریخ تصویب: ۹۱/۳/۶

و به سپتوم بین بطنی اتصال داشته است. رگورژیتاسیون متوسط دریچه میترال مشهود بود. بطن راست هیپرتروفی بوده و بطن چپ سالم و هر دو عملکرد خوبی داشته اند. فاقد انسداد خروجی بطن چپ و نقص سپتوم بین بطنی، نوع ممبرانوس به اندازه ۱۲ میلی متر وجود داشته و نقص سپتوم بین دهلیزی، نوع سکندوم به اندازه ۸ میلی متر با شنت، چپ به راست دیده شده و تعداد آن $\frac{QP}{QS} = 1/6$ بود (تصویر شماره ۱). به علت وجود بیماری مادرزادی و



تصویر شماره ۱: در تصاویر اکو کاردیوگرافی بیمار نسج دریچه میترال فرعی (AMVT)، نقص سپتوم بین بطنی و نقص سپتوم دهلیزی دیده می شود.

نقص سپتوم بین بطنی را کاهش دهد. بیماران با دریچه میترال فرعی تنها (Isolated)، معمولاً با علایمی، در دهه اول زندگی، بسته به شدت انسداد محل خروجی بطن چپ، تشخیص داده می شود (۴). بافت دریچه میترال فرعی ممکن است یک ریسک فاکتور مهم آمبولیزاسیون باشد که به دلیل تحرک زیاد منطقه قرارگیری و فشار بالای بطن چپ می باشد و بنابراین درمان جراحی پروفیلاکتیک برای برداشتن نسج فرعی، به دلیل حساس بودن این افراد به حوادث نورولوژیک منطقی می باشد. تاکنون ۴ مورد از عروق مغزی کاردیوآمبولیک با دریچه میترال فرعی در دنیا گزارش شده است (۱). از نظر جنین شناسی، دریچه میترال فرعی به علت جدا شدن ناکامل دریچه میترال از اندوکار دیال کوشین (endocardial cushion) می باشد (۵).

اغلب موارد دریچه میترال فرعی به سطح بطنی لت قدامی دریچه میترال، کورد میترال، یا به عضله پاپیلری فرعی متصل می باشد (۶).

در این مطالعه ما یک بیمار زن ۲۷ ساله فاقد علائم را، که به علت سوفل سیتولیک $\frac{۳}{۶}$ ، در اپکس قلب، جهت بررسی، ارجاع شده را پس از انجام اکو که دریچه میترال فرعی، نقص سپتوم بین بطنی و نقص سپتوم بین دهلیزی داشته است را معرفی می کنیم.

گزارش مورد

بیمار یک خانم ۲۷ ساله فاقد علائم، که جهت بررسی سوفل قلبی سیتولیک $\frac{۳}{۶}$ در مرکز دیگر، اکو و با تشخیص توده قلبی، به بیمارستان فاطمه زهرا ساری ارجاع شده است. بیمار بی علامت بوده و از نظر فعالیت بدنی، وضعیت مناسبی داشته است. بیمار در معاینه روتین قبل از استخدام، سوفل قلبی داشته است.

در معاینه، سوفل $\frac{۳}{۶}$ سیتولیک در اپکس داشته و نکته دیگری در معاینه مشهود نبوده و در اکوترانس توراسیک و ترانس ازوفازیاال دهلیز چپ بزرگ بوده است. دریچه میترال ضخیم و میگزوماتو بود و بافت دریچه میترال فرعی به لت قدامی دریچه میترال چسبیده

نیاز به ترمیم موارد فوق، دریچه میترال فرعی نیز می باید تحت جراحی قرار گیرد. بیمار فوق توسط پزشک معالج به جراح قلب جهت جراحی ارجاع، ولی با توجه به این که تاکنون علائمی نداشته، اقدام به جراحی نکرده است.

بحث

بافت فرعی دریچه میترال یک آنومالی قلبی کانجینیتال نامعمول می باشد که می تواند یک علت نادر انسداد خروجی بطن چپ باشد. اولین مورد بافت فرعی دریچه میترال در سال ۱۸۴۲ تشخیص داده شده و اولین جراحی در سال ۱۹۶۳ انجام شده است. تاکنون ۱۳۰ مورد در دنیا گزارش شده و علی رغم نادر بودن این آنومالی شناخت کافی در مورد خصوصیات آن وجود دارد. کمتر از ۳۰ درصد این آنومالی ها در بزرگسالان رخ می دهند و در ۲/۳ موارد آنومالی با دیگر آنومالی های قلبی همراهی بوده و علائم انسداد خروجی بطن چپ در اوایل دوران نوزادی یا کودکی توسعه می یابد (۱). علائم و نشانه های بیماری، بسته به محل و مالفورمسیون های همراه متفاوت می باشد. در نوع تنها (Isolated)، بیمار معمولاً سوفل قلبی فاقد علامت دارد. انسداد محل خروجی بطن چپ، سبب عدم تحمل ورزش، درد قفسه سینه، یا سنکوپ در فعالیت، دهه اول زندگی می شود (۶). انسداد خروجی بطن چپ، می تواند به علت اثر توده دریچه میترال فرعی یا به علت رسوب بافت فیروز، به عنوان عارضه فلوی توربولانت در محل باشد (۶) نسج دریچه میترال فرعی، به دو نوع تقسیم می شود.

بیمار مورد بررسی در این مطالعه از نوع بافت فرعی IIB بوده که به سپتوم بین بطنی و لت قدامی میترال اتصال داشته است. در تعداد زیادی از بیماران انسداد شدید خروجی بطن چپ، با گرادیان بالای ۵۰ mmHg دیده می شود که در بیمار ما علائم انسدادی دیده نشده است (۴). گرادیان خروجی بطن چپ بالای ۵۰ mmHg را به عنوان انسداد شدید و کمتر از ۳۱ mmHg را به

عنوان خفیف در نظر گرفت (۱). آنومالی های قلبی همراه، شامل نقص سپتوم بین دهلیزی، نقص سپتوم بین بطنی، آنوریسم سپتوم، نقص بالشتک آندوکاردی، شکاف دریچه میترال، سوراخ دوگانه دریچه میترال، ورید اجوف فوقانی چپ، آنومالی های کرونری، آنومالی ابشتاین، جابه جایی اصلاح شده عروق بزرگ و دکستروکاردی می باشد که در بیمار ما از نوع آنومالی همراه نقص سپتوم بین دهلیزی و نقص سپتوم بین بطنی تشخیص داده شده است. ۲۵ درصد بیماران بدون علامت می باشند (۱) که بیمار ما نیز در این دسته قرار می گیرد.

انواع دیگر توده های بطن چپ، مانند تومور یا وژتاسیون ممکن است یافته های مشابه در اکو ایجاد نماید. اما این توده ها (تومور) اغلب از عضله قلبی منشاء می گیرند. و وژتاسیون ها در سطوح با فشار پایین، دریچه های قلبی ایجاد می شود. و نمای لت مانند (leaflet-like) را ندارند. ممبران ساب آئورتیک، تشخیص افتراقی دیگری می باشد که نمای ممبران منفرد و خطی در خروجی بطن چپ دارد (۶). درمان جراحی در موارد انسداد خروجی بطن چپ، و یا مالفورمسیون هم زمان نیازمند ترمیم الزامی می باشد و جراحی روش قابل اعتمادی برای تسکین انسداد و یا جلوگیری از عوارض ثانویه به هیپرتروفی طولانی مدت بطن چپ، آسیب دریچه آئورت، آندوکاردیت عفونی، زمانی که گرادیان متوسط خروجی بطن چپ ۲۵ mmHg یا بالاتر، یا نارسایی دریچه آئورت ایجاد شود، می باشد. تشخیص دریچه میترال فرعی قبل و حین عمل ممکن است دشوار باشد و جراح قلب باید نمای آناتومیک این آنومالی را بداند، تا جدا کردن دقیق توده از بافت میترال نرمال، مقدور باشد (۷). این مطالعه بر اهمیت در نظر گرفتن موارد نادری مثل بافت فرعی دریچه میترال در تشخیص افتراقی توده های قلبی تأکید می نماید و لزوم اکوکاردیوگرافی دقیق را جهت تشخیص و برنامه ریزی درمانی نشان می دهد.

References

1. Yuan S, Shinfeld A, Mishaly D, Haizler R, Ghosh P, Raanani E. Accessory mitral valve tissue: A case report and an up dated review of literature. *J Cardiovasc Surg* 2008; 23(6): 769-772.
2. Rovner A, Thanigaraj S, Perez JE. Accessory mitral valve in an adult population: the role of echocardiography in diagnosis and management. *J Am Soc Echocardiogr* 2005; 18(5): 494-498.
3. Rozo SC, Medina D, Gurerrero C, Calderon AM, Mesa A. Accessory mitral valve without left ventricular outflow tract obstruction in an adult. *Tex heart inst J* 2008; 35(3): 324-326.
4. Prifti E, Bonacchi M, Bartolozzi F, Frati G, Leacche M, Vanini V. Postoperative outcome in patients with accessory mitral valve tissue. *Med Sci Monit* 2003; 9(6): 126-133.
5. Uslu N, Gorgulu S, Yildirim A, Eren M. Accessory mitral valve tissue: report of two asymptomatic cases. *Cardiology* 2006; 105(3): 155-157.
6. Prifti E, Frati G, Bonacchi M, Vanini V, Chauvaud S. Accessory mitral valve tissue causing left ventricular outflow tract obstruction: case reports and literature review. *J Heart Valve Dis* 2001; 10(6): 774-778.
7. Yoshimura N, Yamaguchi M, Oshima Y, Oka S, Ootaki Y, Tei T, et al. Clinical and pathological features of accessory mitral valve tissue. *Ann Thorac Surg* 2000; 69(4): 1205-1208.

Archive of SID