



«گزارش مورد»

گزارش دو مورد پارگی مری ناشی از اکوکاردیوگرافی

دکتر سعید عباسی،^۱ دکتر سید مظفر هاشمی،^۲ دکتر پروین ساجدی^۳

Title: Esophageal perforation due to TEE

CASE REPORT

Author(s)

ABSTRACT

Although esophageal perforation due to transesophageal echocardiography (TEE) is rare, it is a serious complication. In this presentation two cases of perforation due to TEE are reported. The outcome of the patients depend on the early diagnosis and the correct of management of the probe.

Key words: TEE, Esophageal perforation

(۱) دستیار گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
(۲) استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
(۳) دانشیار گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

چکیده

پارگی مری ناشی از اکوکاردیوگرافی از طریق مری عارضه‌ای بسیار نادر و در عین حال خطرناک است. در این گزارش دو مورد بیمار با پارگی مری ناشی از اکوکاردیوگرافی معرفی شده‌اند که تفاوت بسیار مهم آنها زمان تشخیص و انجام اقدام درمانی مناسب است که خود یک فاکتور بسیار مهم در تعیین پیش‌آگهی بیمار است.

● گل‌واژگان: اکوکاردیوگرافی از طریق مری (TEE) و پارگی مری

|| مقدمه ||

شایع‌ترین علت پارگی مری، استفاده از وسایل پزشکی است^(۱). پارگی خودبخودی مری امری نادر است. در یک مطالعه انجام شده ۴۸٪ علت پارگی مری یا تروژنیک، ۳۳٪ ترومای خارجی و تنها ۸٪ خودبخودی بوده است. شایع‌ترین علت یا تروژنیک پارگی مری، از وفاژ و گاسترو دئودونوسکوپي است.^(۱)

پارگی مری ناشی از اکوکاردیوگرافی از طریق مری (TEE)^۱ عارضه‌ای بسیار نادر و در عین حال بسیار خطرناک است.^(۲ و ۵) در مطالعه‌ای که بر روی ۱۰۴۱۹ مورد TEE انجام شد، بروز این عارضه ۰/۱۸٪ و میزان مرگ و میر ناشی از آن ۰/۰۰۹۸٪ گزارش شده است.^(۲) همچنین در تحقیق دیگری که بر روی ۷۲۰۰ بیمار با جراحی قلب انجام شد، پارگی مری ناشی از TEE در ۰/۰۱٪ کل بیماران اتفاق افتاده بود که ۸٪ کل عوارض ناشی از TEE را شامل می‌شد.^(۳) تا سال ۲۰۰۰ تنها ۹ مورد پارگی مری ناشی از TEE در مقالات گزارش شده بود.^(۴) ریسک فاکتورهای پارگی مری عبارتند از: اسپاسم یا هیپرتروفی اسفنکتر کریکوفارنژیال، آرتریت مهره‌های گردنی، خم شدن پروب به طرف قدامی و چپ مری، بیماری‌های مری مانند التهاب و نئوپلاسم.^(۵)

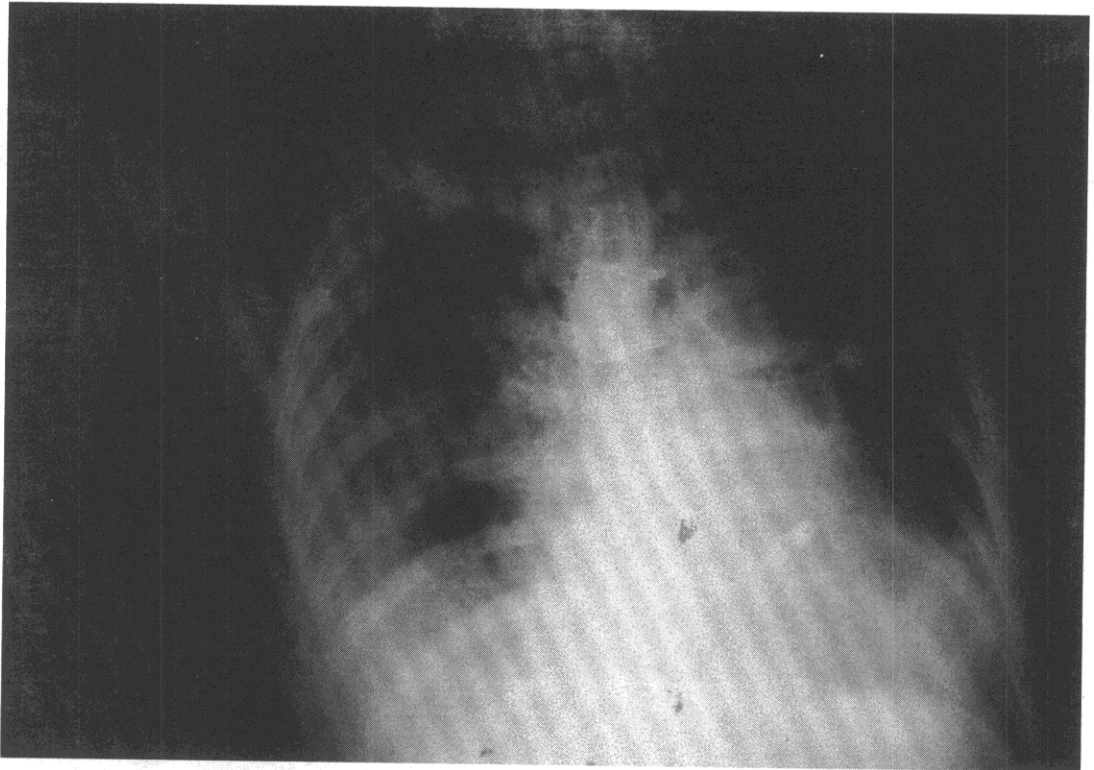
|| موارد ||

مورد ۱: بیمار خانم ۷۱ ساله است که با سابقه بیماری

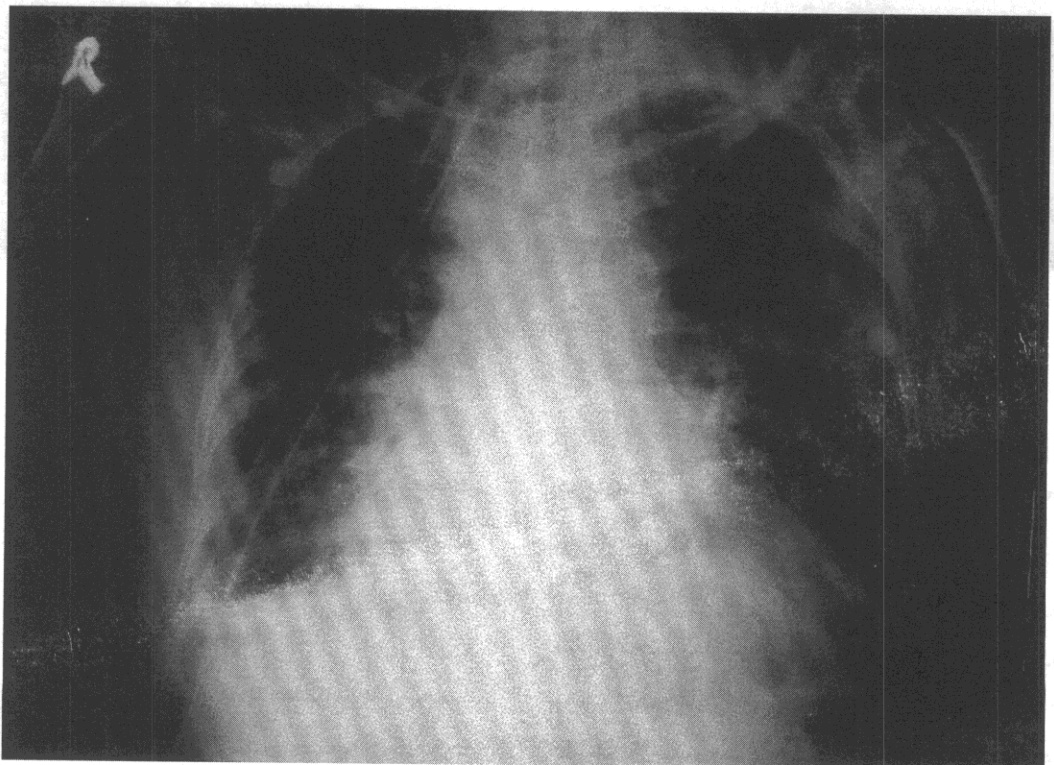
دریچه‌ای قلب (تنگی دریچه آئورت، نارسایی دریچه آئورت و تعویض دریچه میترال در ۲۰ سال پیش)، آسم، افزایش فشار خون شریانی، نقرس، به علت تنگی نفس و جهت بررسی وضعیت دریچه مصنوعی تحت TEE قرار می‌گیرد. ۲۴ ساعت بعد بیمار با تنگی نفس، تب و کاهش سطح هوشیاری به بیمارستان مراجعه می‌کند که در بخش مراقبت‌های قلبی (سی سی یو)^۲ بستری می‌شود. در سی سی یو از بیمار گرافی قفسه صدری گرفته می‌شود که در نتیجه پنوموتوراکس مشاهده می‌شود (تصویر شماره یک). برای بیمار چست تیوب طرف راست گذاشته می‌شود (تصویر شماره دو). در سی سی یو مشاهده می‌گردد که مواد غذایی خورده شده توسط بیمار از چست تیوب وی خارج می‌شود. با توجه به سابقه قبلی بیمار، شرح حال و علائم بالینی، وی با تشخیص احتمالی سوراخ‌شدگی مری به اتاق عمل فرستاده می‌شود. بیمار در حالت پره شوک با ضربان قلب = ۵۰ / دقیقه و تعداد تنفس = ۲۸ / دقیقه و فشار خون = ۹۰/۶۰ به اتاق عمل آورده می‌شود. القاء بیهوشی با توجه به وضعیت بیمار (احتمال شوک سپتیک) با فنتانیل و کتامین انجام می‌گیرد. نگهداری بیهوشی نیز با کتامین انجام می‌شود. پس از بازکردن مدیاستن مشاهده می‌شود که مری در ۳ سانتی‌متر پایین‌تر از کارینا پاره شده است. نسج مری از T2 تا T8 کاملاً نکروتیک

1. transesophageal echocardiography

2. CCU



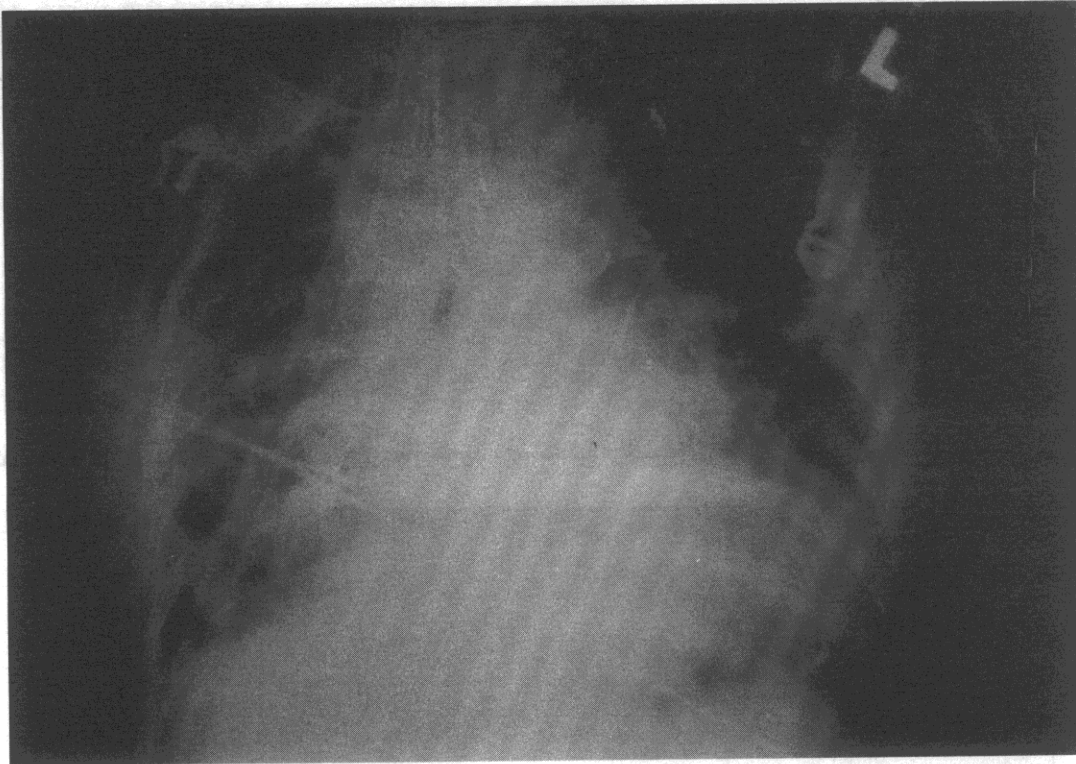
تصویر شماره ۱: گرافی قفسه صدری بیمار مورد ۱ در بخش مراقبت‌های قلبی و پیش از گذاشتن چست تیوب



تصویر شماره ۲: گرافی قفسه صدری بیمار مورد ۱ بعد از گذاشتن چست تیوب و پیش از عمل جراحی

آنجا به بخش مراقبت‌های ویژه انتقال داده می‌شود و تحت حمایت تنفسی و مراقبت ویژه قرار می‌گیرد (تصویر شماره سه) و پس از ده روز مراقبت ویژه بیمار به علت سپتی سمی فوت می‌کند.

بوده و امکان ترمیم وجود ندارد. پس از شستشوی مדיاستن و گذاشتن چست تیوب، قفسه صدری بسته شد. در مری هیچ‌گونه آسیبی مبنی بر وجود تومور و تنگی و غیره مشاهده نمی‌شود. بیمار لوله گذاری شده به بخش بهبود منتقل و از



تصویر شماره ۳: گرافی قفسه صدری بیمار مورد ۱ در بخش مراقبت‌های ویژه و پس از عمل جراحی

دوم، بیمار هوشیار بوده ولی دیسترس تنفسی و تعریق فراوان دارد: ضربان قلب = ۹۵ / دقیقه و ریتم تنفس = دقیقه / ۲۲ و فشار خون = ۱۲۰ / ۷۵. بیمار در اتاق عمل با فتانیل و تیوپنتال سدیم تحت القاء بیهوشی قرار می‌گیرد و نگهداری بیهوشی با پروپوفول و نایتروس اکساید و اکسیژن صورت می‌گیرد. در فاصله ۳۰ سانتی متری از دندان‌ها پارگی مری مشاهده می‌شود که ترمیم می‌گردد. بعد از عمل بیمار به بخش مراقبت‌های

مورد ۲: خانم ۴۱ ساله‌ای است با سابقه بیماری دریچه‌ای قلب (نارسایی دریچه آئورت و تنگی دریچه میترال) و افزایش فشار شریانی ریوی، که با توجه به دلایل مزبور تحت TEE قرار می‌گیرد. به دنبال TEE، بیمار دچار تنگی نفس و درد زیر جناغ و اپی‌گاستر می‌شود که با استفراغ خونی همراه بوده و کف‌آلود است. بیمار در عین شک نسبت به پارگی مری به بیمارستان دیگری اعزام می‌شود. در بدو ورود به بیمارستان

زمان عمل جراحی حدود ۳۶ ساعت بوده است. این فاصله طولانی تشخیص پارگی و جراحی، باعث آغاز مدیاستینیت و سپتی سمی شده است. در اینجا لازم است اشاره شود که جهت القاء و نگهداری بیهوشی در این بیماران باید همانند برخورد با بیمار در حالت شوک رفتار کرد. همان طور که ذکر شد القاء بیهوشی در بیمار اول با مخدر و کتامین صورت گرفته و توجه ویژه به اصلاح وضعیت آب و الکترولیت بیمار صورت گرفته است. اما در مورد بیمار دوم زمان پارگی تا شروع اقدامات درمانی و جراحی کمتر از ۱۲ ساعت بوده است، و شاید تشخیص به موقع و اقدام زودهنگام (در کمتر از ۲۴ ساعت) خود عامل مهمی در تعیین پیش آگهی این بیمار بوده است؛ به طوری که بیمار قبل از آنکه به طرف سپتی سمی برود تحت درمان قرار گرفته است. دیگر نکته مهم این است که بیماران بعد از انجام TEE بهتر است مدتی در بخش مراقبت‌های ویژه یا بخش مراقبت‌های قلبی تحت نظر باشند.

ویژه منتقل می‌شود و تحت حمایت تنفسی قرار می‌گیرد و پس از یک هفته مراقبت ویژه با حال عمومی خوب به بخش مربوطه منتقل می‌شود.

|| بحث ||

اولین نکته در موردی پارگی مری ناشی از TEE علت آن و عامل خطر برای آن است. در بیماران ذکر شده هیچ‌گونه پاتولوژی در مری یافت نشد. یکی از احتمالات مطرح در این بیماران وجود فشار خارجی بر روی مری به علت بزرگی دهلیز چپ است. این فشار خارجی می‌تواند با دو مکانیسم مری را مستعد آسیب کند: اول ایجاد تنگی در مسیر مری، و دوم اختلال خون‌رسانی آن ناحیه از مری که تحت فشار است. نکات دیگر که در مورد بیماران مزبور از اهمیت خاصی برخوردار است، زمان تشخیص پارگی و اقدامات درمانی انجام شده است. در بیمار اول، فاصله زمانی پارگی مری تا

● References

1. Govil Y., Kowalsaki T., Milliken JC.: Esophageal rupture. Last updated: Dec. 19, 2002. Available from: <http://www.emedicine.com>
2. Jougon JB., Gallon P., MacBride T., Dubrez J., Velly JF.: Esophageal perforation after transesophageal echocardiography. *E J Cardio-Thorac Surg.* 1999; 16: 686-687.
3. Kallmeyer II., Collard CD., Fox JA., Body SC., Sheran SK.: The safety of intraoperative transesophageal echocardiography: A case series of 7200 cardiac surgical patients. *Anesth Analg* 2001; 92: 1126-30.
4. Jougon JB., Dubrez J., Velly JF.: Letter to Editor: Reply to S. W. MacGowen. *E J Cardio-Thorac Surg* 2000; 17:769.
5. Shapira MY., Hischberg B., Agid R., Zucherman E., Caraco Y.: Esophageal perforation after transesophageal echocardiography. *Echocardiography* 1999 Feb; 16(2): 151-154.