

بیمار با آنوریسم‌های متعدد شریانهای کرونر: گزارش یک مورد جراحی

دکتر امید آثار^۱ دکتر مرضیه نیک‌پرور^۲

^۱ استادیار گروه جراحی، ^۲ استادیار گروه قلب، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

مجله پزشکی هرمزگان سال پانزدهم شماره اول بهار ۹۰ صفحات ۷۳-۶۹

چکیده

مقدمه: آنوریسم متعدد شریانهای کرونر، یک ناهنجاری نادر است که ممکن است مادرزادی یا اکتسابی باشد. از جمله عوارض آن، بروز مرگ ناگهانی قلبی، ایجاد لخته و بروز آمبولی دیستال، پارگی و خونریزی یا تشکیل فیستول است. تصمیم‌گیری در مورد درمان آن بستگی به وضعیت آنوریسم و شرایط بالینی بیمار دارد.

معرفی بیمار: بیمار، آقای ۵۵ ساله با آنژین ناپایدار که در آنژیوگرافی کرونر دچار آنوریسم‌های متعدد همراه با تنگی منتشر و شدید هر سه شریان کرونر بود، مورد عمل قرار گرفت. پس از حدود دو سال پیگیری بیمار بدون علامت بوده و فعالیت عادی دارد.

نتیجه‌گیری: در این گزارش موردی، ضمن شرح آنوریسم متعدد کرونر به عنوان یک بیماری نادر، درمان آن مورد بحث قرار می‌گیرد.

کلیدواژه‌ها: آنوریسم کرونر - آنژیوگرافی - آتروسکلروز

نویسنده مسئول:

دکتر امید آثار

معاونت پژوهشی دانشگاه علوم

پزشکی هرمزگان

بندرعباس - ایران

تلفن: +۹۸ ۷۱۱ ۲۳۳۷۱۹۲

پست الکترونیکی:

omidassar@aim.com

دریافت مقاله: ۸۹/۱۱/۶ اصلاح نهایی: ۸۹/۱۱/۱۶ پذیرش مقاله: ۸۹/۱۱/۲۳

مقدمه:

تشخیص معمولاً با انجام آنژیوگرافی کرونر انجام می‌گیرد. هر چند امروزه از MSCT (Multiple Slice CT) نیز به طور گسترده برای تشخیص استفاده می‌شود. از جمله عوارض آن بروز مرگ ناگهانی قلبی، ایجاد لخته و بروز آمبولی دیستال، پارگی و خونریزی یا تشکیل فیستول است.

معرفی بیمار:

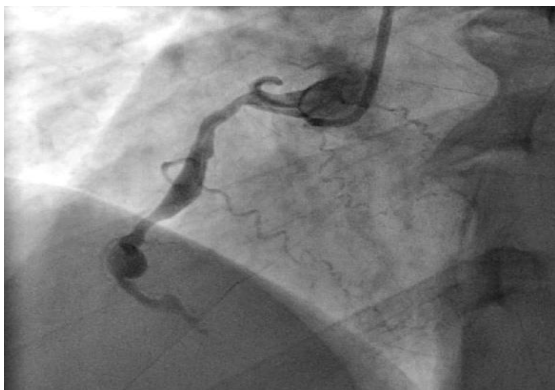
بیمار آقای ۵۵ ساله با سابقه فشارخون، هیپرلیپیدمی، مصرف قبلی دخانیات که با شکایت درد در ناحیه سینه (آنژین در حد CCS=III) از یکسال قبل به دفعات در بیمارستان بستری شده بود. در آخرین بستری بیمار با سندرم حاد کرونری (آنژین ناپایدار) در بخش اورژانس پذیرش گردید. در شرح حال بیمار، تصادف در ۲۰ سال قبل وجود داشت که موجب ضربه به سر شده بود. بیمار به دلیل ابتلا به هپاتیت B مزمن تحت درمان قرار داشت. در

آنوریسم شریان کرونر یک اتساع موضعی این شریان است که طبق تعریف قطر آن از قسمتهای مجاور رگ بیشتر بوده و از ۱/۵ برابر قطر بزرگترین شریان کرونر بیمار تجاوز می‌کند. اکثریت آنوریسم‌های کرونر منشأ آتروسکلروتیک دارند. گرچه ممکن است مادرزادی یا نتیجه بیماری کواواساکی بوده یا پس از درمانهای مداخله‌ای عروق کرونر (PCI) رخ دهند. شایع‌ترین محل بروز آنوریسم در شریان کرونر راست می‌باشد. آنوریسم شریان کرونر ممکن است منفرد یا متعدد و علامتدار یا بدون علامت باشد (۱). شیوع آن در بیمارانی که تحت آنژیوگرافی کرونر قرار می‌گیرند، ۱/۵ درصد ذکر شده که شیوع آنوریسم متعدد به مراتب کمتر است. مختصری در جنس مذکر شایع‌تر است. در صورتی که قطر آنوریسم بیشتر از ۲۰ میلی‌متر باشد، آنوریسم Giant (غول‌آسا) تلقی می‌شود (بعضی منابع ۴۰ mm را ذکر کرده‌اند) (۲).



تصویر شماره ۲

شریان کرونر راست نیز دچار تنگی پروکزیمال، درگیری منتشر و آنوریسم در قسمت میانی با ابعاد $8/2 \times 6/8$ mm بوده و به صورت معکوس از سمت چپ پر می‌شد (تصویر شماره ۳).



تصویر شماره ۳

با توجه به شدت درگیری عروق کرونر (هر سه رگ)، ابتلای نواحی پروکزیمال و علائم بالینی شدید، بیمار تحت عمل CABG قرار گرفت. پس از بیهوشی عمومی، با برش استرنوتومی میانی و تحت روش متداول CPB (بای پس قلبی - عروقی) با هیپوترمی 32°C و پس از تجویز کاردیوپلژی Antegrade و Retrograde عمل بای پس با استفاده از گرافت شریان توراسیک داخلی چپ (LITA) برای شریان LAD و ورید صافن برای شریان OM. PDA انجام و آنوریسم کرونر راست و شریان سیرکومفلکس لیگاتور گردید.

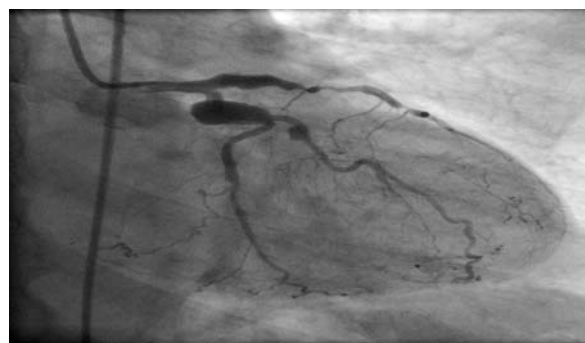
سیر بیمار پس از عمل به جز خونریزی چند ساعت پس از عمل که موجب اکسپلور مجدد سینه شد و محل خاصی

سابقه خانوادگی بیمار ابتلای زودرس به بیماری عروق کرونر موجود نبود. در معاینه بیمار ملتحمه مختصری دچار زردی بوده و در معاینه قلب سوفل و صدای اضافی سمع نمی‌شد. فشارخون بیمار $120/70$ میلی‌متر جیوه و تعداد نبض 74 در دقیقه بود. بیمار تحت درمان با داروهای کاپتوپریل، متورال، آتورواستاتین، گاباپنتین، Adefovir، Diproxil، Biovudine و کلوییدوگرل قرار داشت که داروی اخیر ۵ روز قبل از عمل قطع گردید. در ECG، افت قطعه ST در اشتقاق‌های V_4-V_5 مشهود بود.

در آزمایش‌ها به جز افزایش کلسترول خون HBsAg و جزء LDL آن 280 mg/dl و 398 mg/dl مثبت، بقیه آزمایشها از جمله تروپونین سرم طبیعی بود. در اکوکاردیوگرافی، $EF = 50\% - 55\%$ هیپرتروفی بطن چپ همراه اختلال عملکرد دیاستولی و دیس‌کینزی سپتوم گزارش شده و دریچه‌ها و ابعاد حفرات قلبی نرمال بود.

برای بیمار در بستری قلبی، تست ورزش انجام شده بود که به علت افت قطعه ST در پنج اشتقاق در اولین مرحله، با خطر بالا تلقی می‌شد.

بیمار تحت آنژیوگرافی کرونر قرار گرفت که در آن درگیری هر سه شریان کرونر و وجود آنوریسم‌های متعدد مشهود بود. شریان کرونر نزولی قدامی چپ (LAD) دچار تنگی شدید در ناحیه پروکزیمال، به طور منتشر دچار آترواسکلروز و دارای اکتازی در قسمت پروکزیمال بود. شریان سیر کومفلکس دارای تنگی قابل توجه در قسمت میانی و در پروکزیمال دچار آنوریسم با ابعاد $8/7 \times 16/5$ mm و همچنین شریان OM_1 یک آنوریسم $2/6 \times 4$ mm داشت (تصاویر شماره ۱ و ۲).



تصویر شماره ۱

۴- گشادای موضعی یک رگ (نوع چهار) (۲)
 قسمتهای پروکزیمال و میانی کرونر راست، شایع‌ترین محل بوده و به دنبال آن قسمت پروکزیمال LAD و سیرکومفلکس قرار دارد. واریس اندام تحتانی، واریکوسل، آنوریسم آئورت و عروق مغزی در بیماران با آنوریسم شریان کرونر شایع‌تر است که این امر نشان‌دهنده یک عیب عمومی در دیواره عروقی می‌باشد.
 درمان آنوریسم شریان کرونر شامل درمان طبی، استفاده از استنت (Stent) و درمان جراحی است. درمان طبی به صورت کنترل فاکتورهای خطر آتروسکلروز، استفاده از داروهای ضدپلاکتی، داروهای مهارکننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین (با توجه به نقش احتمالی ACE) و استاتین‌ها (با مهار متالوپروتئینازهای ماتریکس) است. باید متذکر شد که تجویز نیتروگلیسرین و مشتقات نترات ممکن است موجب بروز آنژین در این بیماران شود و لذا نباید به کار روند. در بیماران علامتدار که مناسب برای گذاشتن استنت نیستند، لیگاتور آنوریسم همراه با بای‌پس گرافت شریانه‌های کرونر درگیر درمان انتخابی محسوب می‌شود. در مورد بیماری فوق با توجه به نیاز به انجام CABG به علت تنگی‌های شدید آتروسکلروتیک عروق کرونر و با نظر گرفتن اندازه و محل آنوریسم تصمیم به لیگاتور آنوریسم برای جلوگیری از خطر پارگی یا ایسکمی میوکارد در اثر آمبولیزاسیون به دیستال کرونر گرفته شد (۴-۲).
 به طور کلی استراتژی درمانی آنوریسم‌های کرونر به صورت قطعی وجود ندارد و توصیه می‌شود با توجه به خصوصیات آنوریسم و شرایط بالینی در مورد بیمار تصمیم‌گیری شود (۵).

دارای خونریزی فعال مشاهده نشد، رضایت‌بخش بود و بیمار پنج روز بعد با حال عمومی خوب مرخص گردید.

بحث و نتیجه‌گیری:

آنوریسم شریان کرونر به اتساع موضعی این شریان اطلاق می‌شود که ممکن است دوکی شکل (fusiform) یا کیسه‌ای (saccular) باشد.

بر پایه تعریف Coronary Artery Surgery Study (CASS)، آنوریسم به افزایش قطر بیش از ۱/۵ برابر نسبت به شریان کرونر نرمال مجاور گفته می‌شود. ممکن است مادرزادی یا اکتسابی باشد. در بیماران بزرگسال، آنوریسم کرونر معمولاً به علت آتروسکلروز است اما می‌تواند در نتیجه PCI یا بیماریهای التهابی (لوپوس اریتماتوز سیستمیک، پلی‌آرتریت ندوزا، بیماری تاکایاسو، سندرم مارفان، سندرم اهلرز-دانلوس یا سیفیلیس) یا در اثر فیستولهای مادرزادی رخ دهد.

در کودکان بیشتر همراه با بیماری کاواساکی دیده می‌شود. در مورد بیمار حاضر، با توجه به درگیری منتشر آتروسکلروتیک عروق کرونر و با توجه به نبود شواهد بالینی و آزمایشگاهی بیماریهای التهابی و عدم وجود سابقه بیماری بافت همبند در بیمار و اقوام وی، آتروسکلروز به عنوان علت بیماری مطرح می‌گردد.

Markis و همکاران درگیری آنوریسمال عروق کرونر را به چهار نوع تقسیم‌بندی می‌کنند:

- ۱- گشادای (اکتازی) منتشر با ضایعات آنوریسمال دو رگ (نوع یک).
- ۲- اکتازی منتشر یک رگ و گشادای موضعی در رگ دیگر (نوع دو).
- ۳- گشادای منتشر یک رگ (نوع سه)

References

منابع

1. Kirklin/Barret-Boyes. Cardiac Surgery. 3rd edition. New York: Churchill-Livingstone Press. 2003:411-412.
2. Pahlavan PS, Niroomand F. Coronary Artery Aneurysm: A review. *Clin Cardiol*. 2006;29:439-443.
3. Nichols L, Lagana S, Parwani A. Coronary Artery Aneurysm: A review and hypothesis regarding etiology. *Arch Pathol Lab Med*. 2008;132:823-828.
4. Holsinkis, Dohmen PM, Lembcke A, Konertz W. Surgical management of multiple coronary artery aneurysms including the giant form. *Tex Heart Inst J*. 2009;36:238-240.
5. Syed M, Lesch M. Coronary Artery Aneurysm: a review. *Prog Cardiovasc dis*. 1997;40:77-784.

A case of multiple coronary artery aneurysms: Successful revascularization

O. Assar, MD¹ M. Nikparvar, MD²

Assistant Professor Department of Cardiac Surgery¹, Assistant Professor Department of Cardiovascular, Cardiovascular Research Center², Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

(Received 5 Feb, 2011 Accepted 12 Feb, 2011)

ABSTRACT

Introduction: Multiple coronary artery aneurysm is a rare anomaly which could be congenital or acquired. Its complications including sudden cardiac death, clot and distal emboli, rupture and bleeding or fistula. Decision about its management depends on aneurysm conditions and the Patient's clinical situation

Case Report: A 55 years old patient with unstable angina and multiple coronary artery aneurysms and three vessels disease on angiography, underwent CABG. The patient was asymptomatic and showed normal activity after about two years of follow up.

Conclusion: Here, multiple coronary artery aneurysms and its management is discussed as a rare disease.

Key words: Coronary Aneurysms – Angiography – Atherosclerosis

Correspondence:

O. Assar, MD.

*Office of Vice-chancellor for
Research, Hormozgan
University of Medical
Sciences.*

Bandar Abbas, Iran

Tel: +98 761 3337192

Email:

omidassar@aim.com