

## تشخیص و درمان آنوریسم آئورت بالارونده

محله نظام پزشکی

سال پنجم ، شماره ۴ ، صفحه ۲۸۶-۲۵۳۵

دکتر مجید بهروش - دکتر مرتضی عمیدی\*

هنگامیکه اختلاف فشار سیستولی و دیاستولی طبیعی است، آئورت در حدا کثر خود متسع می شود. بالارفتن این فشار و بهم خوردن وضع طبیعی عروق تغذیه ای آئورت (Vaso-Vasozumi) - به هر علی که باشد - لایه مدیابی آئورت را دچار دژرسانی و تباہی میکند. این تباہی معمولاً<sup>۱</sup> از بخش حلقوی دریچه آئورت شروع شده به محلی که سرخرگی بین نام از آئورت جدا میشود، پایان میپذیرد. بندرت ممکن است دژرسانی لایه مدیابی سرخرگهای گردن و یاقوس آئورت را دربر گیرد. وجود تباہی لایه مدیاباخطر پارگی آنوریسم بالارونده و همچنین نارسانی شدید آئورت را بوجود میآورد ولذا لزوم عمل جراحی مطرح می شود.

معروف بیمار: م-ش-۵۲، ۴۲ ساله، اهل ساوه، در تاریخ ۱۰/۱۰/۵۳ بعلت دردهای ناحیه سینه و پشت جناغ که به ناحیه پشت و گردن انتشار داشت بستری می شود. این درد همراه با تنگی نفس، تپش قلب و عرق سرد بود. در معاینه بیمار رنگ پریده، لبها نسبتاً کبود، نبض ۸۰ در دقیقه و مرتب ولی جهنه و فشار خون ۱۲۰/۵۰ میلی متر جیوه بود. سر و گردن بیمار در اثر ضربات شدید قلب تکان میخورد. در ریه رالهای برون شبک بگوش میرسید. فوک قلب در ششmin فضای بین دنده ای در خط زیس بغل بدست می خورد. تریل (Thrill) دیاستولی در طرف راست جناغ در ناحیه بین دنده ۳ و ۲ شنیده میشد. سوقل دیاستولی نیز در همان ناحیه به گوش میرسید.

هیچگونه تغییر شکل استخوان (Skeletal Deformity) در بیمار مشاهده نشد. تمام یافته های آزمایشگاهی در حدود طبیعی و آزمایش واسر من با VDRL منفی بود.

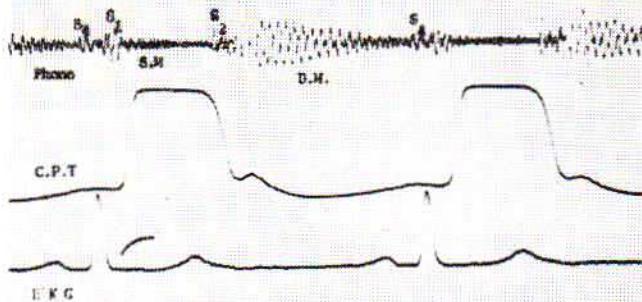
در اکثر موارد آنوریسم آئورت بالارونده بطور اتفاقی در رادیو-گرافی سینه کشف میشود؛ ولی گاهی نشانه های آن با تنگی نفس، فشار بر ورید اجوف فوقانی و مناسبانه زمانی بادیسکسیون آئورت بروز میکند. شایعترین علت آنوریسم آئورت بالارونده آرتربیواسکلروز سیفیلیس و ضربه می باشد<sup>(۴)</sup>.

سیفیلیس، به سبب شیوع آن، مهمترین علت ایجاد این بیماری بشمار میرود. خوشبختانه امروزه با درمان سریع و کافی سیفیلیس از ایجاد آنوریسم آئورت بالارونده (باتیولوژی سیفیلیس) کاسته شده است. گرچه خطر پاره شدن آنوریسم آئورت ملا رومنه همیشه حیات بیمار را تهدید میکند ولی خوشبختانه عمل قلب باز و تنایج عمل رضایت بخش آن عاقبت وخیم این بیماران را تعییر داده است.

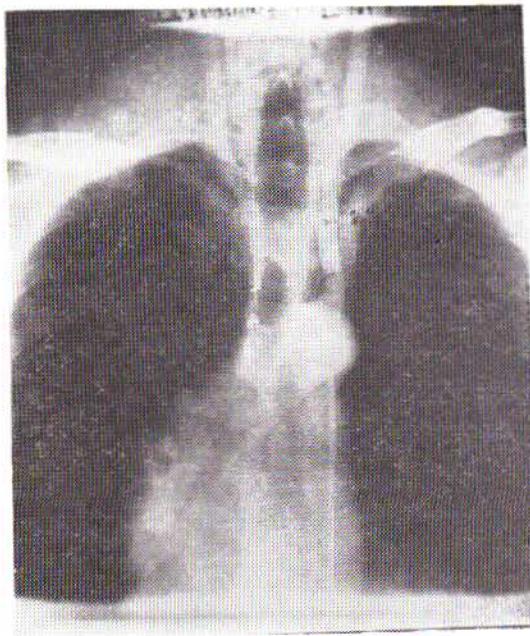
یکی از علل دیگر آنوریسم آئورت بالارونده، که میتوان گفت امروزه شایع ترین علت این بیماری بشمار میرود، عبارتست از تباہی کیستیک مدیا (Cystic Medial Necrosis) که غالباً با سندروم مارفان همراه است. سندروم Marfan که در سال ۱۸۹۶ شرح داده شد، عبارتست از تغییر استخوان به صورت دراز شدن انتهایها و دگرگونی استخوان کاسه سر. بعدها عوارض قلب و عروق و چشم و درمورد چشم، جا بجاشدن عدسی - به نشانه هایی که مارفان شرح داده بود، اضافه شد. ناگفته نمایند که در این بیماری مواردی هم دیده شده است که کوچکترین نشانه های ازمجموع نشانه های مارفان، چه در بیمار و چه در خوشاوندان نزدیک بیمار، پیدا نشده است. این دسته را Cooley و همکارانش بیماران مبتلا به گشادی آئورت نامیده اند، (Annulo Aortic Ectasia) (۴).

Reynolds و همکارانش نشان داده اند که در حال سلامت، یعنی

\* مرکز پزشکی پهلوی، دانشگاه تهران.



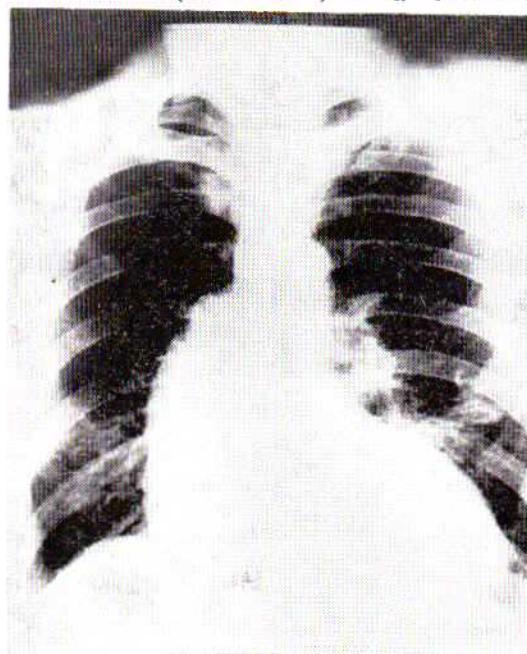
شکل ۳- فونوکاردیوگرام نیض کاروتید و الکتروکاردیوگرام همزمان رسم شده و سوفل دیاستولی D. M. بسیار واضح و حلولانی دیده می شود، آنژیال گالوب (S4) و سوفل سیستولی (S.M) هم مشخص شده است.



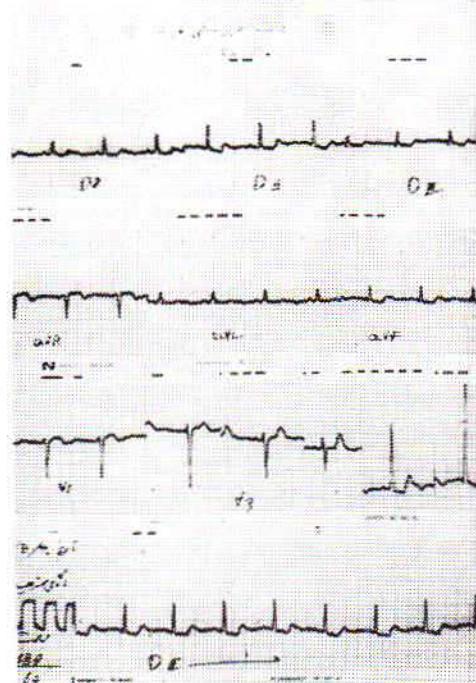
شکل ۴- آنزیوگرافی بیمار

و تایک سانتیمتر پائین تر از محل انشعاب سرخرگی بی نام ادامه داشت، نمایان گشت. جدار آئورت در این ناحیه فوق العاده نازک و تحت فشار بود، بطوریکه هر آن امکان پاره شدن آن وجود داشت (شکل ۵).

وریداچوف فوقانی و تحتانی و سرخرگی ران کانوله شد و بدستگاه قلب و ریه مصنوعی وصل گردید. شکاف طولی روی آنوریسم آئورت بالارونده داده شد و پس از برقرار کردن جریان سرخرگی تاجی (Coronary Perfusion) دریچه آئورت که بعلت بزرگی شدن حلقه و دراز شدن لتهای آن نارسائی شدید داشت و امکان ترمیم دریچه (Annuloplasty) را نمیداد، با دریچه مصنوعی نمره ۹A



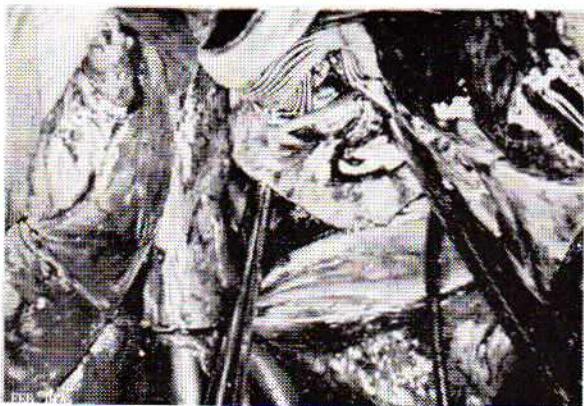
شکل ۱- پرتونگاری سینه بیمار



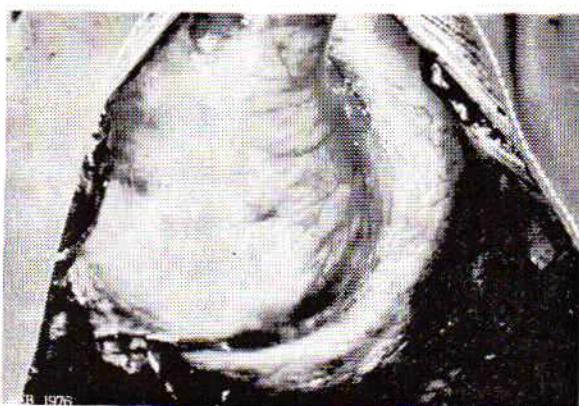
شکل ۴- الکتروکاردیوگرام نماینده هیبر تروفی بطن جب و تغیراتی دال برآثر تجویز دیزی دال است.

در تاریخ ۱۴/۱۲/۵۲ بیمار با تشخیص آنوریسم آئورت بالارونده و نارسائی دریچه آئورت مورد عمل جراحی با روش قلب باز قرار گرفت.

جناغ سینه از میان بریده شد (Median Sternotomy) و آنوریسم دوکی بسیار بزرگی که از ناحیه حلقوی آئورت شروع شده بود



شکل ۶

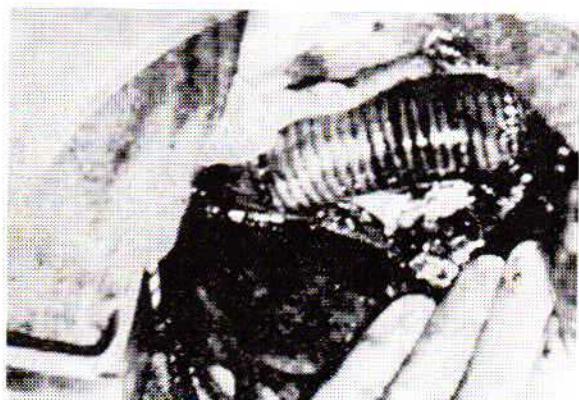


شکل ۵

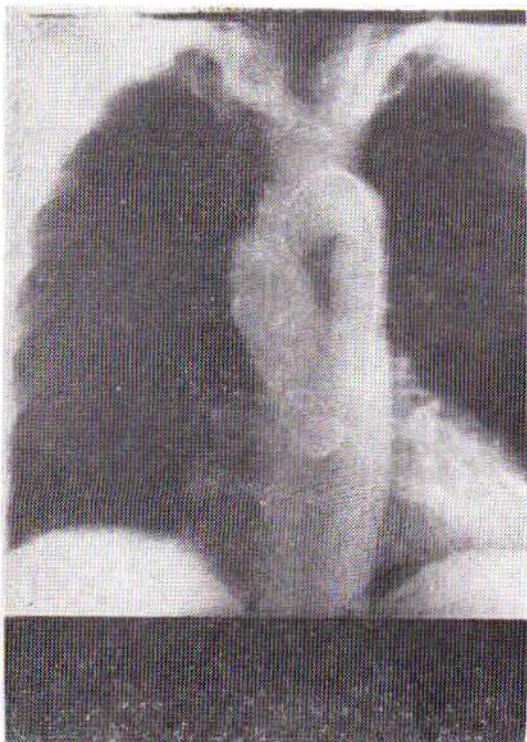
از نوع Starr Ball Valve تعویض گردید، (شکل ۵-۶-۷). سپس جدار قدامی آنوریسم برداشته شد و بجای این قسمت از آئورت پیوند دکرون (Dacron) آناستوموز گردید. پس از تمام شدن آناستوموز قلب دفیریله و از دستگاه قلب و ریه مصنوعی قطع گردید (شکل ۷).

رادیو گرافی و آنژیو گرافی بعد از عمل نشان میدهد که بیمار بهبود پیدا کامل کرده است (شکل شماره ۸ و ۹).

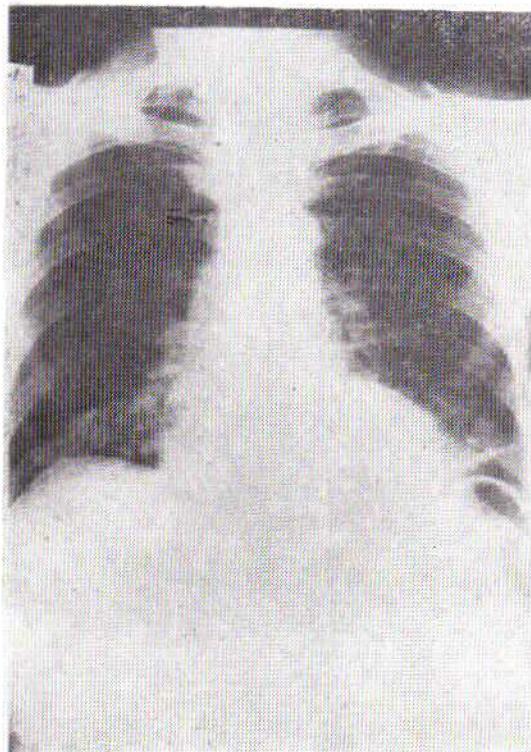
بحث: این بیماری ممکن است بصورت آنوریسم دیسان حاد تظاهر کند. با این معنی که شکافی در انتیما (Intima) ایجاد می شود



شکل ۷



شکل ۹



شکل ۸

مهم این که ضرورت عمل جراحی این بیماری بدوعملت زیر میباشد:  
 ۱- پارگی آنوریسم آئورت بعلت کشیده شدن و نازک شدن بیش از حد جدار آنوریسم، بمراتب احتمال بیشتری از نوع آنوریسم آئورت شکم دارد.  
 ۲- نارسائی دریچه آئورت که بالاخره منجر به نارسائی شدید قلب میگردد.

برطبق گزارش Spenser و Cooley و Bahnsen در سال ۱۹۶۳ بهترین معالجه برداشتن آنوریسم و پیوند مصنوعی (Synthetic) Coronary perfusion و تعمیض دریچه آئورت با روشن قلب بازو برای حفظ عضله قلب میباشد.

#### حالات:

بعلت درمان پیشگیری سیفیلیس علت اصلی آنوریسم آئورت بالارونده در حال حاضر Cystic Medial Necrosis و ارتروپواسکلروز میباشد که ممکنست بصورت حاد و بشکل آنوریسم دیسکان بروز و مداخله فوری جراحی را اقتضانکند، وبا بصورت مزمن با شانه های نارسائی قلب و نارسائی پیش و نده دریچه آئورت ظاهر گند که در این شکل نیز احتیاج به عمل جراحی در موقع مناسب (Elective) دارد و بنحوی که شرح داده شد قسمت متسع شده آئورت و دریچه آئورت برداشته و بترتیب پیوند شربانی و دریچه مصنوعی بجای آن گذاشته می شود.

وهماتوم بین لایه داخلی از یکطرف ولایه خارجی و آدوتیس ازطرف دیگر، به وجود می آید که ممکن است باعث پارگی در لایه خارجی و موجب خونریزی گردد. این نوع پارگی اکثرآ با فاصله کوتاهی از بخش حلقوی آئورت ایجاد می شود و خونریزی داخلی پریکارد یادیسکسیون کورونر و مرگ آنی را سبب میگردد. برطبق گزارش Shennan (۷) از بین ۲۹۷ بیمار مبتلا به آنوریسم دیسکان حاد ۳۵٪ فوراً و ۳۰٪ طرف ۲۴ ساعت اول و ۲۷٪ بین ۲۴ ساعت و یک هفته اول فوت کردند. فقط ۷٪ زنده ماندند. در چنین مواردی عمل جراحی فوری لازم است. حتی اتفاق میافتد که بیمار در جریان آزمایش های مقدماتی دچار خونریزی شده فوت کند. در بعضی از مراکز قلب مثل شهر Huston در ایالت Texas آنژیو گرافی را هم برای تشخیص لازم نمیدانند و چنانکه در موارد خاصی از انجام آنژیو گرافی فاگزینر باشند، آنرا از طریق دهلیز راست انجام میدهند که مستقیماً دارو داخل آئورت تزریق و باعث پارگی و خونریزی شدید نشود. معالجه این بیماران با عمل جراحی است و درمان طبی با ایجاد هیپوتانسیون، که توسط Wheat در سال ۱۹۶۵ (۸) پیشنهاد شد، امروزه طرفداری ندارد.

آنوریسم مزمن آئورت بالارونده یا نوع دو کی آن فوریت جراحی ندارد بلکه عمل جراحی آن ضرور بشمار میآید. نکته

#### REFERENCES :

1. Bear, B. W., Taussig, H. R. and Oppenheimer E. H.; Congenital aneurysmal dilatation of the aorta associated with arachnodactyly. Bull. Johns Hopkins Hosp, 72: 309, 1942.
2. Bahnsen, H. T., and Syenser, F. C.. Excision of aneurysm of the ascending aorta with prosthetic replacement during cardiopulmonary bypass; Ann. Surg. 151: 879, 1960.
3. Carlson, R. C. Lillehei C. W., Edwards I.E. cystic medial necrosis of the ascending aorta relation to age and hypertension. American Journal of Cardiology V. 25: 411-415 April 1970.
4. Ellis P. R., Cooley D. A, Debakey M. E.: Chemical considerations and surgical treatment of Annulo Aortic Ectasia; Journal thoracic cardiovascular Surg. 42:363-370, 1961.
5. Marfan A. B.: un cas de déformation congenitale des quatre membres plus prononcée aux extrémités caractérisée par l'allongement des os avec un certain degré d'amincissement, Bull. et Mem, Soc. Med Hop. Paris 13: 220, 1896.
6. Reynolds SRM et al. Qualitative nature of pulsatile flow in umbilical blood vessels with observation on flow in the aorta. Bull. Hopkins Hosp. 01, 83, 1952.
7. Shennan, T: Dissection aneurysm in Great Britain. national health special report series. 1: London, His Majesty's office 1934, vol 193. PP 7-138.
8. Wheat MW, Gr. et al: Treatment of dissecting of the aorta without surgery. I. Thoracic cardiovascular surg. 50: 364. 1965.