تشخیص و درمان آنوریسم آئورت بالارونده

مجله نظام پزشکی
سال پنجم ، شماره۴ ، صفحه۲۸۶. ۲۵۳۵

دکتر مجیدبهروش ـ دکتر مرتضی عمیدی*

در اکثر موارد آنوریسم‌آئورت بالارونده بطور اتفاقی در رادیو-گرافی سینه‌کشف میشود ؛ ولی‌گاهی‌نشانه‌های آن باتنگی نفس، فشار بر وریـد اجوف فوقانی و متأسفانـه زمانی بادیسکسیون آئورت بروز میکند . شایعترین علت آنوریسم آئورت بالارونده آرتریواسکلروز سیفیلیس و ضربه می‌باشد(۴).

سیفیلیس، به‌سبب شیوع‌آن، مهمترین علت ایجاداین‌بیماری بشمار میرود. خوشبختانه امروزه با درمان سریع وکافی‌سیفیلیس‌ازایجاد آنوریسم آئورت بالارونده (بااتیولوژی سیفیلیس)کاسته شده‌است. گرچه خطر پاره شدن آنوریسم آئورت بالا رونده همیشه حیات بیمار را تهدید میکند ولی خوشبختانه عمل قلب باز ونتـایج عمل رضایت‌بخش آن عاقبت وخیم این بیماران را تغییر داده است.

یکی از علل دیگر آنوریسم آئورت بالارونده، که میتوان گفت امروزه شایع‌ترین علت این‌بیماری‌بشمارمیرود، عبارتست از تباهی کیستیک‌مدیا (Cystic Medial Necrosis) کـه غالباً با سندرم مارفـان همراه است. سندرم Marfan که درسال ۱۸۹۶ شرح داده شد، عبارتست از تغییر استخوان به‌صورت دراز شدن انتهاها ودگرگونی استخوان‌کاسه سر. بعدها عوارض قلب وعروق وچشم- و درمورد چشم، جابجاشدن عدسی ـ به‌نشانه‌هائی‌که مارفان شرح داده بود، اضافه شد. ناگفته نماند که در این بیماری مواردی هم دیده‌شده‌است‌که‌کوچکترین نشانه‌ای ازمجموع‌نشانه‌های مارفان، چه در بیمار و چه درخویشاوندان نزدیك بیمار، پیدا نشده است. این دسته را Cooley وهمکارانش بیماران مبتلا به‌گشادی‌آئورت نامیده‌اند، (Annulo Aortic Ectasia) (۴).

Reynolds و همکارانش نشان داده‌اند که در حال سلامت ، یعنی هنگامیکه اختلاف فشار سیستولی و دیاستولی طبیعی‌است، آئورت در حداکثر خود متسع می‌شود. بالارفتن این فشار وبهم خوردن وضع طبیعی عروق تغذیه‌ای آئورت (Vaso_Vasozum) ـ به‌هر علتی‌که باشد ـ لایهٔ مدیای آئورت را دچار دژنرسانس و تبـاهی میکند. این تباهی معمولاً از بخش حلقوی دریچهٔ آئورت شروع شده به محلی‌که سرخرگ بی‌نام از آئـورت جدا میشود، پایان میپذیرد . بندرت ممکن‌است دژنرسانس لایهٔ مدیای سرخرگهای گردن ویاقوس آئورت را دربرگیرد. وجود تباهی لایهٔ مدیاخطر پارگی آنوریسم بالارونـده و همچنین نارسائی شدید آئورت را بوجود میآورد ولذا لزوم عمل جراحی مطرح می‌شود.

معرفی بیمار: م.ش.د، ۴۲ساله، اهل ساوه، درتاریخ ۵۳/۱۰/۲ بعلت دردهای ناحیه سینه و پشت جناغ که به ناحیه پشت و گردن انتشار داشت بستری می‌شود. این درد همراه با تنگی نفس، تپش قلب وعرق سرد بود. درمعاینه بیمار رنگ‌پریده،لبها نسبتاً کبود، نبض ۸۰ در دقیقه و مرتب ولی جهنـده و فشار خون ۱۲۰/۵۰ میلی متر جیوه بود. سر وگردن بیمار دراثر ضربات شدید قلب تکان میخورد. در ریه رالهای برونشیك بگوش میرسید . نوك قلب در ششمین فضای بین دنده‌ای در خط زیـر بغل بدست می‌خورد . تریل (Thrill) دیاستولی درطرف راست جناغ درناحیه بین دنده ۳ و۲ شنیده میشد . سوفل دیاستولی نیز در همان ناحیه به‌گوش میرسید.

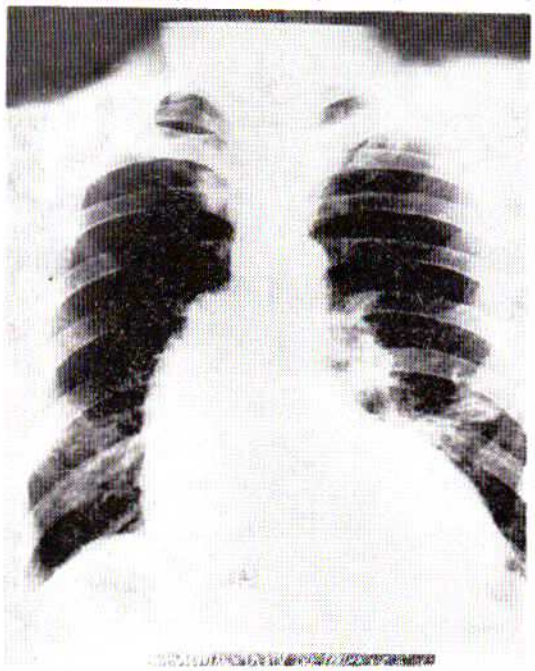
هیچگونه تغییر شکل‌استخوان (Skeletal Deformity) دربیمار مشاهده نشد.

تمام یافته‌های آزمایشگاهی در حدود طبیعی وآزمایش واسرمن‌یا VDRL منفی بود.

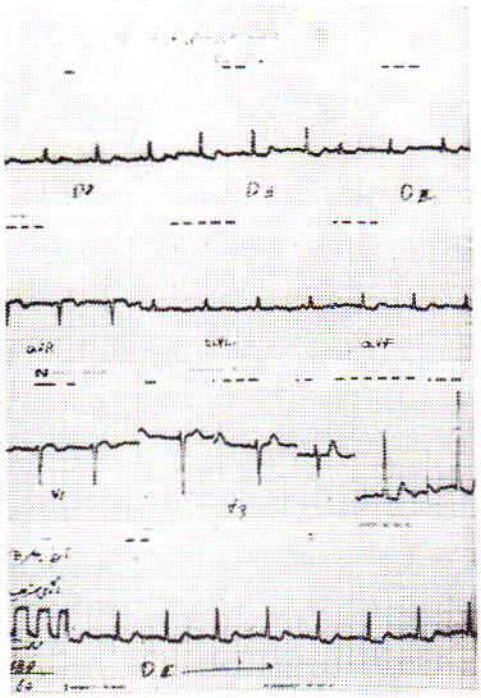
* مرکز پزشکی پهلوی ، دانشگاه تهران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]

پرتونگاری سینه بیمار ، (شکل شماره ۱).



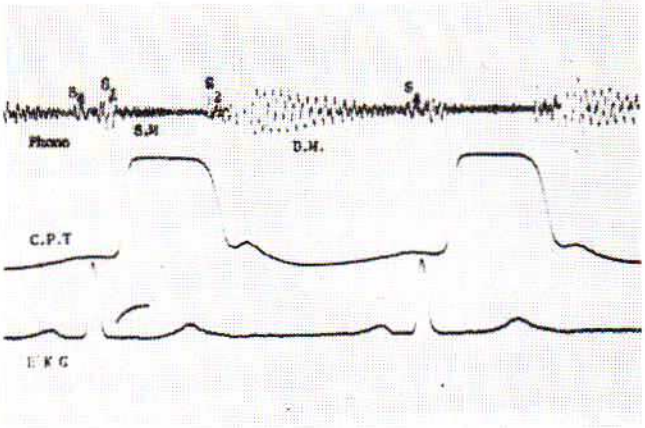
شکل ۱- پرتونگاری سینه بیمار



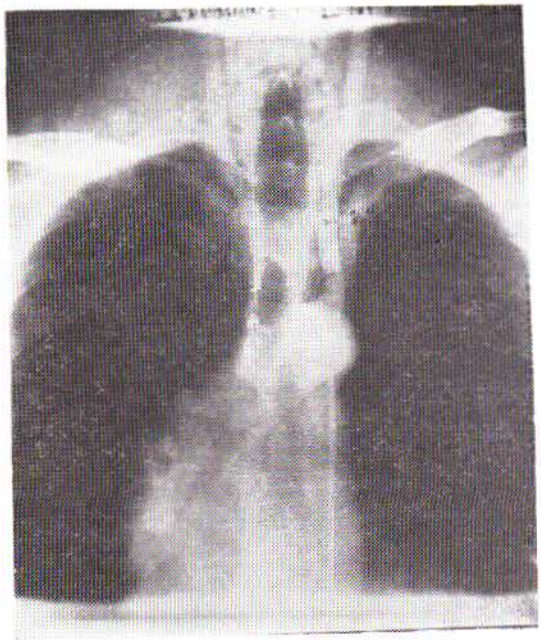
شکل ۲- الکتروکاردیوگرام نماینده هیپرتروفی بطن‌چپ و تغییراتی دال بر اثر تجویز دیژیتال است.

در تاریخ ۵۳/۱۲/۱۴ بیمار با تشخیص آنوریسم آئورت بالا- رونده ونارسائی دریچه آئورت مورد عمل جراحی با روش قلب بازقرار گرفت.

جناغ‌سینه ازمیان بریده‌شد (Median Sternotomy) وآنوریسم دوکی بسیار بزرگی که از ناحیه حلقوی‌آئورت شروع شده بود



شکل۳- فونوکاردیوگرام نبض کاروتید و الکتروکاردیوگرام همزمان رسم شده و سوفل دیاستولی D. M. بسیار واضح وطولانی دیده می‌شود، آنریال‌گالوپ(S4) وسوفل سیستولی (S.M) هم مشخص شده است.

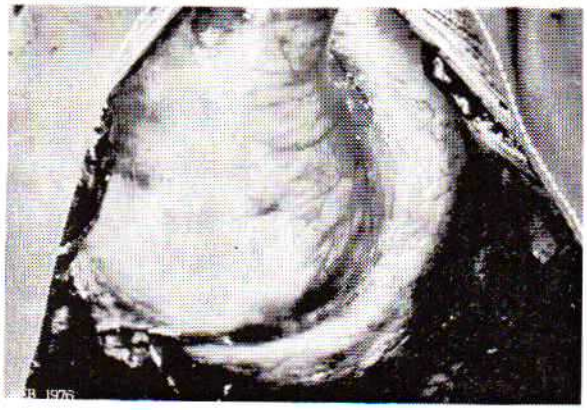


شکل ۴- آنژیوگرافی بیمار

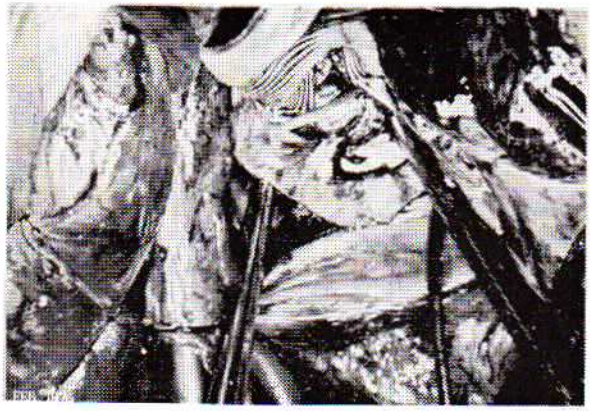
و تا یك سانتیمتر پائین‌تر از محل انشعاب سرخرگ بی‌نام ادامه داشت، نمایان گشت. جدار آئورت دراین ناحیه فوق‌العاده نازك و تحت فشار بود، بطوریکه هـر آن امکان پاره شدن آن وجود داشت (شکل ۵).

وریداجوف فوقانی وتحتانی وسرخرگ ران کانوله شد وبدستگاه قلب و ریه مصنوعی وصل گردید. شکاف طولی‌روی‌آنوریسم‌آئورت بالارونده داده شد وپس از برقرارکردن جریان سرخرگ تاجی (Coronapy Perfusion) دریچه آئورت‌که بعلت بزرگ شدن حلقه و دراز شدن لت‌های آن نارسائی شدید داشت و امکان ترمیم دریچه (Annuloplasty) را نمیداد، با دریچه مصنوعی نمره 9A

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]



شکل ۵

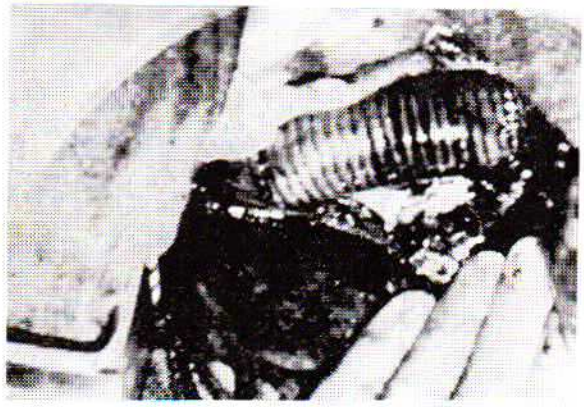


شکل ۶

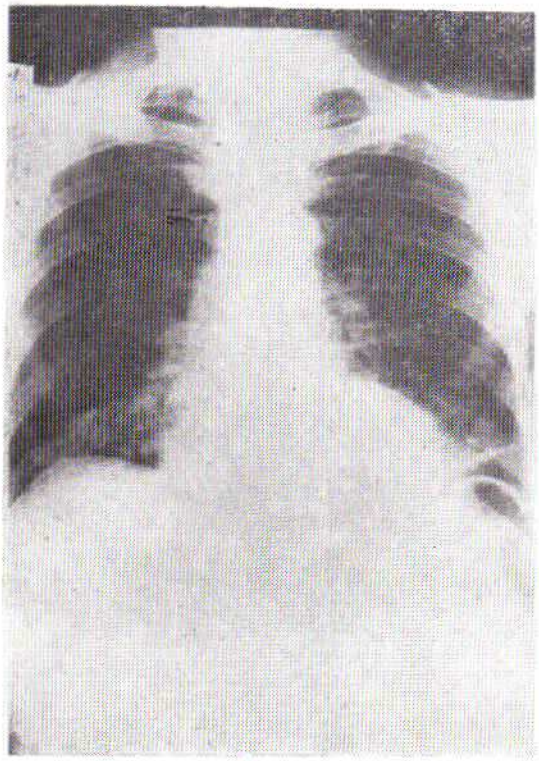
از نوع Starr Ball Valve تعویض گردید ، (شکل ۷-۶-۵). سپس جدار قدامی آنوریسم برداشته شد و بجای این قسمت از آئورت پیوند دکرون (Dacron) آناستوموز گردید. پس ازتمام شدن آناستوموز قلب دفیبریله و از دستگاه قلب وریه مصنوعی‌قطع گردید (شکل ۷).

رادیوگرافی و آنژیوگرافی بعد از عمل نشان میدهدکه بیمار بهبود پیدا کامل‌کرده است (شکل شماره ۸ و ۹).

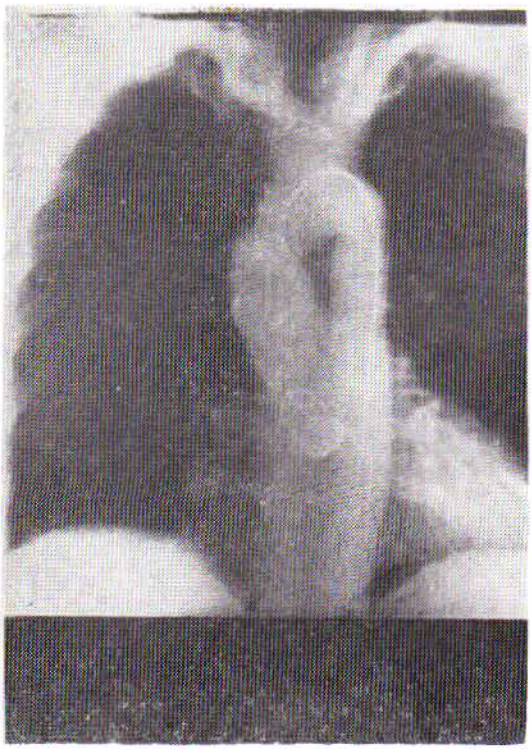
بحث: این بیماری ممکن است بصورت آنوریسم دیسکان حاد تظاهر کند. باین‌معنی‌که شکافی در انتیما (Intima) ایجاد می‌شود



شکل ۷



شکل ۸



شکل ۹

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]

وهماتوم بین‌لایه داخلی ازیکطرف ولایه خارجی وآدونتیس ازطرف دیگر، بوجود می‌آید که ممکن‌است باعث پارگی درلایه خارجی وموجب خونریزی گردد. این‌نوع پارگی اکثراً با فاصله کوتاهی از بخش حلقوی آئورت ایجاد می‌شود وخونریزی‌داخلی پریکارد یادیسکسیون کورونر ومرگ آنی‌را سبب میگردد. برطبق گزارش Shennan (۷) از بین ۲۹۷ بیمار مبتلا به‌آنوریسم دیسکان حاد ۳۵٪ فوراً و ۳۰٪ ظرف ۲۴ ساعت اول و ۲۷٪ بین ۲۴ ساعت و یکهفته اول فوت کردند. فقط ۷٪ زنده ماندند. درچنین مواردی عمل جراحی فوری لازم است. حتی اتفاق میافتد که بیمار در جریان آزمایشهای مقدماتی دچار خونریزی شده فوت کند. در بعضی از مراکز قلب مثل شهر Huston در ایالت Texas آنژیوگرافی را هم برای تشخیص‌لازم نمیدانند وچنانکه در موارد خاصی از انجام آنژیوگرافی ناگزیرباشند، آنرا از طریق دهلیز راست انجام میدهند که مستقیماً دارو داخل آئورت تزریق وباعث پارگی وخونریزی‌شدید نشود. معالجه این‌بیماران باعمل‌جراحی‌است و درمان طبی با ایجاد هیپوتانسیون، که توسط Wheat در سال ۱۹۶۵ (۸) پیشنهاد شد، امروزه طرفداری ندارد.

آنوریسم مزمن آئورت بالارونده یا نوع دوکی آن فوریت جراحی ندارد بلکه عمل جراحی آن ضرور بشمار میآید. نکته مهم این‌که ضرورت عمل جراحی این‌بیماری بدوعلت زیرمیباشد:

۱ـ پارگی آنوریسم آئورت بعلت‌کشیده شدن و نازك شدن بیش ازحد جدار آنوریسم، بمراتب احتمال بیشتری از نوع آنوریسم آئورت شکم دارد.

۲ـ نارسائی دریچه‌آئورت که بالاخره منجر به‌نارسائی شدید قلب میگردد.

برطبق گزارش Spenser و Bahnson و Cooley درسال ۱۹۶۳ بهترین معالجه برداشتن آنوریسم و پیوند مصنوعی (Synthetic) وتعویض دریچه‌آئورت باروش قلب بازو Coronory perfusion برای حفظ عضله قلب میباشد.

خلاصه:

بعلت درمان وپیشگیری سیفیلیس علت اصلی آنوریسم آئورت بالارونده‌درحال‌حاضر Cystic Medial Necrosis وارتریواسکلروز میباشدکه ممکنست بصورت حاد و بشکل آنوریسم دیسکان بروز و مداخله‌فوری جراحی‌را اقتضاکند، ویا بصورت مزمن بانشانه‌های نارسائی‌قلب ونارسائی‌پیشرونده‌دریچه‌آئورت تظاهر کندکه دراین شکل نیز احتیاج به‌عمل جراحی در موقع مناسب (Elective) دارد وبنحوی‌که شرح داده شد قسمت متسع شده آئورت و دریچه آئورت برداشته وبترتیب پیوند شریانی و دریچه مصنوعی بجای آن گذاشته می‌شود.

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. Bahnson, H. T., and syenser, F. C., Excision of aneurysm of the ascending aorta with prosthetic replacement during cardiopulmonory 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 1670.
4. Ellis P. R., Cooley D. A, Debakey M. E. : Chimical considerations and surgical treatment of Annulo Aortic Ectasia; Journal thoracic cardiovasular Surg. 42:363-370, 1961.
5. Marfan A. B.: un cas de deformation congenitale des quatre membres plus prononcée aux extremimités caracterisee par L'allongement des os aves 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, Hospkins 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.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]