

Case Report

انسداد مزمن تنه اصلی شریان کرونر چپ و گزارش یک مورد از بیمارستان شهید دکتر بهشتی کرمانشاه

نویسندگان: دکتر هاشم کازرانی^۱، دکتر معصومعلی معصومی^۲

خلاصه

انسداد تنه اصلی شریان کرونر چپ یک مورد اورژانسی بیماریهای قلب می باشد. تا به حال ۸۴ مورد انسداد حاد و یا مزمن که تشخیص داده شده و زنده مانده اند، گزارش شده است. بیمار مورد معرفی خانم ۵۶ ساله ای است که به دنبال انفارکتوس حاد سطح قدامی تحت درمان بوده است و بعلت دردهای سینه مکرر و مقاوم علیرغم درمان دارویی آنژیوگرافی شده و انسداد کامل تنه کرونر چپ تشخیص داده می شود. بیماری در بیمارستان شهید دکتر بهشتی کرمانشاه مورد جراحی (CABG) قرار گرفته و بهبود می یابد.

کلید واژه: انسداد مزمن، شریان کرونر چپ، درمان جراحی

مقدمه:

انسداد تنه اصلی شریان کرونر چپ یکی از خطرناکترین چهره های بالینی بیماریهای آترواسکلروتیک عروق کرونراست. این انسداد گر بطور حاد اتفاق افتد تقریباً همیشه باعث مرگ خواهد شد. زنده ماندن بیمار مشروط بر وجود کولترال های مناسب و اقدامات تهاجمی بوری می باشد. اما انسداد مزمن در صورت ایجاد عروق کولترال و سالم بودن شریان کرونر راست با شانس بهتری همراه است.

معرفی بیمار:

بیمار خانم ص. ک. ۵۶ ساله متأهل و ساکن کرمانشاه که با درد سینه به بیمارستان مراجعه نمودند. درد در پشت جناق سینه با انتشار به

ناحیه بین دو کتف و دست چپ بوده است. درد سینه با فعالیت تشدید یافته، و با استراحت و با مصرف قرص نیتروگلیسرین بهبودی یافته است.

بیماران از نظر توان فعالیت در کلاس ۳ New York Heart Association (NYHA) بوده است. یعنی در فعالیتهای معمولی دچار درد سینه می شود. بیماری از ۲ سال پیش شروع شده که به دنبال درد سینه شدید همراه با تهوع و عرق ریزش به بیمارستان قلب شهید بهشتی مراجعه و با تشخیص انفارکتوس حاد قدامی قلب در C.C.U بستری می شود. بیمار چهار روز در C.C.U و یک هفته در بخش داخلی قلب بستری شده و سپس با تجویز داروهای ضد ایسکمی از بیمارستان مرخص می شود. در دو سال گذشته

چندین بار بعلت درد سینه مقاوم و عدم پاسخ کافی به درمان دارویی، با تشخیص آئزین ناپایدار در بیمارستان بستری می شود.

در سابقه بیمار افزایش فشارخون ذکر می شود که با درمان دارویی تحت کنترل نسبی بوده است. همچنین بیمار مدتی بعلت بیماری افسردگی تحت درمان با ایمی پرامین و کلرودیازپوکساید قرار داشته است.

در معاینه بیمار غیر از صدای چهارم نکته غیرطبیعی ملاحظه نشد.

در نوار قلب نکات زیر دیده می شد:

ریتم سینوسی، انحراف محور به چپ، بلوک شاخه چپ ناقص، موج Q در لیدهای V1, V2, V3 و تغییرات ST-T در لیدهای تحتانی V4, V5, V6.

۱-متخصص بیماری های قلب و عروق - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

۲-فوق تخصص جراحی قلب - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

در عکس سینه سایه قلب در حد طبیعی و در اکوکاردیوگرافی افزایش ضخامت بطن چپ و کاهش کسر جهشی همراه با دیسکینزی ناحیه آنتر و آیکال مشهود است.

بیمار پس از کنترل درد سینه جهت آنژیوگرافی عروق کرونر ارجاع گردید. نتیجه آنژیوگرافی به شرح ذیل گزارش می شود:

در تزریق بطن چپ بزرگی نسبی بطن چپ و دیسکینزی آنتر و آیکال و کاهش شدید کسر جهش مشهود است. تلاش مکرر جهت ورود کاتتر بداخل کرونر چپ موفق نبوده و تزریق در ریشه آنورت انسداد کامل شریان کرونر چپ در ناحیه Left main ostium را تأیید می کند (Left main ostial occlusion). در فاز تأخیری، قسمت انتهایی شریان قدامی نزولی (LAD) و سیر کومفلکس (LCX) مشاهده گردید.

تزریق در شریان کرونر راست مشکل مهمی در این شریان نشان نداد اما بارز شدن انتهایی شریان های LAD و LCX نشان دهنده انسداد کامل تنه اصلی شریان کرونر چپ بوده است. قسمتهای انتهایی شریان LAD و LCX قطر نسبتاً مناسبی داشتند لذا توصیه شد بیمار مورد عمل جراحی فوری پیوند عروق کرونر قرار بگیرد.

بیمار در تاریخ ۷۵/۴/۱۶ در بیمارستان قلب شهید دکتر بهشتی کرمانشاه تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر قرار گرفت. یک

تا پایان سال ۱۹۹۳ تنها ۸۴ مورد انسداد حاد و یا مزمن، مشابه مورد فوق که تحت درمان قرار گرفته و زنده مانده اند، گزارش شده است (۱).

در صورتیکه انفارکتوس بعلت انسداد حاد تنه اصلی کرونر چپ ایجاد شود، احتمال زنده ماندن بسیار کم است و اغلب بیمارانی زنده می مانند که انسداد بتدریج ایجاد شده و سیستم کولترال رشد کافی کرده باشد.

محققین ژاپنی ۱۱ مورد مشابه را گزارش کرده اند که بیماران تحت درمان CABG قرار گرفته و زنده مانده اند (۲). همچنین چهار مورد مشابه از کشور مالزی گزارش شده است (۳). اکثر بیماران گزارش شده کارایی بطنی مناسبی داشته اند. مورد استثناء در بیمار ما عملکرد بطنی بسیار ضعیف قبل از جراحی می باشد که خوشبختانه عمل جراحی را بخوبی تحمل نمود و علاوه بر بهبود عملکرد قلبی، علائم بیمار نیز برطرف گردید. گرچه عمل جراحی این بیمار با ریسک بالایی همراه می باشد، اما همواره پیوند عروق کرونر برتری قابل توجهی نسبت به درمان دارویی داشته و توصیه می شود بیماران مشابه تحت عمل CABG قرار بگیرند.

پیوند از ورید صافن به شریان اوبتوس مارژینال دوم، و نیز شریان پستانی داخلی چپ (IMA) به LAD پیوند داده شد. بیمار با pump time ۹۷ دقیقه و با داروهای اینوتروپ از پمپ جدا شد. بیمار ۳ روز در I.C.U و ۱۰ روز در بخش جراحی بستری و سپس با حال عمومی خوب مرخص گردید. مراقبت سریایی در فواصل منظم انجام شد. در حال حاضر که چهار ماه از عمل جراحی گذشته است، بیمار بهبود علامتی قابل توجهی پیدا کرده و دز فعالیتهای معمولی و بیشتر از معمولی درد سینه ندارد، اما مختصر تنگی نفس در فعالیت را ذکر می کند.

اکوکاردیوگرافی چهار ماه پس از عمل مختصر بهبود در عملکرد بطن چپ را نشان می دهد (EF=40%). اکثر داروهای ضد ایسکمی قطع شده و بیمار تحت درمان با دیگلوکسین، دیورتیک خفیف و کاپتوبریل می باشد.

بحث:

انسداد کامل اصلی کرونر چپ خطرناکترین چهره بالینی بیماری آرترواسکلروتیک عروق کرونر می باشد که اغلب باعث اختلال شدید همودینامیک یا الکتریکال شده و منجر به مرگ می گردد. شیوع آن نادر بوده و زنده ماندن بیمار بستگی به وجود عروق کولترال وسیع بین سیستم کرونر راست و چپ دارد.

REFERENCES:

1- Cardiac Surgical dep., University of Genova, Italy, Tex. Heart Ins. J., 1993.

2-Kokura Memorial Hosp. Japan., Nippon Kyobu - Geka, 1991, Sept.

3- Dept. of medicine, Malaya, Malasia, Angiology, 1993, Dec.