مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی یزد
دوره سیزدهم، شماره پنجم، زمستان ۱۳۸٤، صفحات ۷٤-۷۱

CASE REPORT

گزارش یک مورد آنوریسم کاذب بطن چپ به دنبال Silent MI در زمان نامشخص

دکتر مصطفی متفکر*[۱]، دکتر سید خلیل فروزان نیا [۲]، دکتر علی اکبر مروتی[۳]، دکتر محمدرضا حاجی اسماعیلی[٤]، دکتر سعید پاکدل[٥]

چکیده

پارگی دیواره آزاد قلب از عوارض خطرناک انفارکتوس میوکارد است که در اکثر موارد با حیات فرد منافات دارد و تا کنون موارد معدودی گزارش شده اند که بیماری پس از انفارکتوس میوکارد و پارگی دیواره آزاد قلب و پیدایش آنوریسم کاذب، بقای طولانی مدتی داشته باشد. در این گزارش مورد نادری از پسودوآنوریسم را معرفی می کنیم که به دنبال Silent MI در خانم دیابتی ۶۰ ساله در زمان نا مشخصی روی داده و تنها شکایت بیمار در زمان مراجعه طپش قلب بوده است و با دخالت به موقع جراحی، بیمار به زندگی طبیعی خود بازگشته است .

واژه های کلیدی : پارگی قلب، انفارکتوس میوکارد، درمان جراحی

مقدمه

آنوریسم کاذب بطن چپ عارضه نادری از انفارکتوس حاد میوکارد است که در نتیجه پارگی دیواره قلب به دنبال بروز سکته قلبی و پوشیده شدن ناحیه پارگی با پریکارد و بافت فیبروز می باشد [۱-۴].

۱۷٪ از بیمارانی که به علت سکته قلبی فوت می کنند پارگی دیواره قلب داشته اند که از بین نواحی مختلف دیواره آزاد بطن چپ در ناحیه خلفی جانبی ۵-۴ بار بیش از سپتوم درگیر می شود و همین ناحیه شایع ترین محل پیدایش پسودو آنوریسم محسوب می شود [۵] در موارد پیدایش پسودو آنوریسم به علت خطر بالای پارگی پسودوآنوریسم و ایجاد تامپوناد و شوک کاردیوژنیک کشنده ، انجام جراحی فوری توصیه می گردد [۶،۴].

تا کنون موارد معدودی گزارش شده اند که بیماری پس از انفارکتوس و پارگی دیواره آزاد و پیدایش آنوریسم کاذب، بقای بدون جراحی طولانی مدتی داشته باشد. در این گزارش، مورد نادری از پسودوآنوریسم را معرفی می کنیم که به دنبال انفارکتوس بدون علامت در خانمی ۶۰ ساله مبتلا به دیابت می باشد که در زمان نامشخصی روی داده و تنها شکایت بیمار در زمان مراجعه طپش قلب بوده است .

معرفی بیمار

بیمار خانم ۶۰ ساله ای بود که با شکایت طپش قلب از حدود۲ هفته قبل به کلینیک مراجعه نمود. طپش قلب بیمار با فعالیت تشدید می یافت . سابقه واضحی از بیماری قلبی نداشت و از حدود ۲۰ سال قبل دیابت نوع II داشته ، تحت درمان با

۱*- نویسنده مسئول : استادیار گروه قلب و عروق،بیمارستان شهید رهنمون یزد
نمابر: ۰۳۵۱ ٦۲٦۸۰۷۰ - تلفن: ۰۹۱۳۱۵۱٤۳۹۷
E mail: mrhe72@yahoo.com
۲- استادیار گروه جراحی قلب و عروق
۳-دستیار فوق تخصص جراحی ترمیمی ، دانشگاه علوم پزشکی تهران – بیمارستان امام خمینی
٤و٥- پزشک عمومی
۲،٤،٥- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
تاریخ دریافت: ۸٤/۳/۳۰ تاریخ پذیرش: ۸٤/۹/۳

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-29]

گلی بنکلامید (روزانه ۲/۵ میلی گرم) بوده، سابقه فشارخون بالاو هیپرلیپیدمی را ذکر می نمود. حدود ۳ ماه قبل بیمار شرح حالی از Chest discomfort مختصر داشت که بدون مراجعه به پزشک و بدون مصرف دارو بعد از چند ساعت بهبود یافته بود .

در معاینه فیزیکی ضربان قلب ۸۴/ min ، تنفس ۱۸/min و فشار خون ۱۵۰/۸۵ mmHg داشت در معاینه قلب PMI در فضای بین دنده ای ۵ خارج خط میدکلاویکولار لمس می شد.Heave بطن نداشت. صداهای قلبی در سمع اندکی – Muffle بود لیکن سوفل و صدای اضافی شنیده نشده ، JVP بیمار برجسته نبود.

در رادیو گرافی قفسه صدری نکته خاصی نداشت و طبیعی گزارش شده بود. در نوار قلب به عمل آمده از بیمار موج T معکوس در لیدهای I ، II ، III ، aVL ، aVF ، V6 ، V4 و نیز موج Q پاتولوژیک در لیدهای III و aVF مشهود بود (تصویر ۱) که حاکی از ....

در اکوکاردیوگرافی به عمل آمده پارگی دیواره آزاد بطن چپ و پریکاردیال افیوژن مشاهده گردید و برون ده قلب بیمار در حد ..... برآورد گردید (تصویر ۲)

در کاتتریزاسیون و آنژیوگرافی انجام شده علاوه بر آنوریسم کاذب دیواره آزاد بطن چپ Tripple vessel disease برای بیمار تشخیص داده شد و مجموعاً بیمار کاندید جراحی ترمیم آنوریسم کاذب بطن چپ و نیز CABG اورژانسی شناخته شد و ۲ روز بعد تحت عمل جراحی قرار گرفت .

عمل جراحی با انجام مدین استرنوتومی شروع گردید و در بررسی انجام شده پریکارد چسبندگی شدید به قلب داشت لذا ابتدا پریکارد از آئورت و دهلیز راست جدا شد و پس از تزریق هپارین کاردیو پولمونری بای پاس برقرار گردید و سپس چسبندگی های پریکارد به قلب آزاد شد . در سطح پوسترولترال قلب جدار بطن پارگی داشت که توسط چسبندگی به پریکارد محصور شده بود و شکل آنوریسم کاذب بطن چپ داشت که پس از دبریدمان بافتهای نکروتیک جدار بطن چپ با گذاشتن پچ و وارد کردن Gel sealed ترمیم گردید و علاوه بر آن بای پاس عروق کرونری با گرافت شریانهای LAD و OM و PD صورت گرفت. در پایان بیمار با استفاده از ۱۰ mg/kg/min دوپامین از پمپ جدا گردید و در طی مدت بستری در ICU و بخش مشکل خاصی نداشته و در روز هفتم پس از عمل با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص گردید و در حال حاضر پس از یک سال زندگی طبیعی دارد.

بحث

پارگی قلب شامل پارگی دیواره بین بطنی ، عضله پاپیلری یا دیواره آزاد بطن چپ تقریباً ۲۴-۴٪ عوارض Acute MT را تشکیل می دهد[۲]. پارگی دیواره آزاد بطن در اکثر موارد پارگی دیواره قلب رخ می دهد که معمولاً با مرگ ناگهانی قلبی به علت هموپریکارد و تامپوناد ناشی از آن همراه می باشد[۷].

این ضایعه ناخوشایند معمولاً طی هفته نخست بعد از سکته قلبی حاد رخ می دهد. اکثر موارد پارگی دیواره آزاد بطن در ناحیه midlateral wall رخ می دهد و معمولاً عارضه انفارکتوس Infropostro lateral و در واقع انسداد left circomflex coronary artery محسوب می گردد.

فاکتورهای چندی ، پارگی قلب به دنبال سکته حاد قلبی در ارتباط هستند که برخی از آنها شامل جنس مؤنث ، دهه ۶ زندگی و بعد از آن ، عدم وجود سابقه آنژین صدری ، وجود علایم پریکاردیال سابقه پر فشاری خون، نخستین نوبت انفارکتوس ترانس مورال ، انحراف سگمان ST یا موج T یا هر ۲ از Pattern معمول ، عدم وجود عروق collateral در ناحیه انفارکته و شروع درمان ترومبولیتیک بعد از ۷ ساعت از شروع درد سینه می باشد[۸،۱۰].

گاهی پارگی قلب توسط بافت فیبروز و قسمتی از پریکارد محدود می شود که تحت عنوان پسود و آنوریسم خوانده می شود که اوایل براساس مطالعات پاتولوژیک دپارتمان Gesse Edwords از مطالعه بر روی بیمارانی که مدتی پس از انفارکتوس میوکارد با تابلوی تامپوناد قلبی و Electero mechanical Dissociation فوت شده بودند مطرح گردید[۱۱،۱۲،۱۳].

پیش از این تشخیص پسودوآنوریسم براساس کاتتریزاسیون قلبی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-29]

صورت می گرفت لیکن طی سالهای اخیر اکثراً از طریق Cross section Echocardiography شناسایی می شود[۶].

بقای بیماری که به دنبال انفارکتوس میوکارد حاد دچار پسودوآنوریسم بطن چپ شده نادر است و Lewis علت این پدیده را دیواره نازک ساختمان پسودوآنوریسم و نیز عدم وجود organized می داند[۱۴].

در سال ۱۹۶۳، Hurst و همکاران بیماری را گزارش کردند که ۶ سال پس از پیدایش پسودوآنوریسم ناشی از سکته قلبی حاد Postrolateral زنده بود[۱۵].

از سوی دیگر Bolognesi و همکارانش مرد ۷۰ ساله ای را گزارش کردند که ۱۲ سال پس از تشخیص پسودوآنوریسم بطن چپ زنده بود لیکن معلوم نشد که آیا پسودوآنوریسم مذکور ناشی از Acute MI بود یا نه ؟[۱۶].

Mc Burg نیز موردی از پسودوآنوریسم بطن چپ با بقای یک ماهه را ذکر نموده است [۲].

آنچه گزارش ما را از موارد فوق متمایز می سازد عدم وجود سابقه آشکاری از ناراحتی قلبی و نیز آنژین صدری است که مطرح کننده وجود یک پروسه ایسکمی خاموش(Silent) در زمان نامشخصی درگذشته می باشد که با در نظر گرفتن سابقه ابتلا به دیابت نوع II قابل توجیه است چرا که مطالعات قبلی نشان داده اند Silent MI در بیماران دیابت تیپ II شایع است[۱۷].

به علاوه علایم آشکاری از نارسایی قلبی ، عدم وجود JVP برجسته و نیز EF نسبتاً خوب بیمار علیرغم ناحیه انفارکتوس نسبتاً وسیع بطن چپ جالب توجه می باشد.

درخصوص پیوند عروق کرونر نیز اگر چه نقش آن در میزان بقای مبتلایان به پارگی دیواره آزاد بطن چپ نامشخص است لیکن مواردی از بقای طولانی مدت بیماران پس از انجام پیوند عروق کرونر وجود دارد[۱۸].

نهایتاً براساس مطالب فوق و مورد معرفی شده پیشنهاد می شود که در مبتلایان به دیابت نوع II با توجه به معمول بودن وقایع قلبی – عروقی خاموش پیگیری ها و غربالگری لازم درخصوص بیماری قلبی صورت پذیرد و براساس تجربیات موجود بر انجام جراحی ترمیمی و پیوند عروق کرونر در متلایان به پسودوآنوریسم می تواند حیات بخش باشد.

References

1- Treasure T. fels. ***Aneurysm of the lilt ventricle (editorial).*** Heart 1998; 80: 7-8.

2- Hung MJ. Wong CH, Chaeng WJ. ***Un ruptured left ventricular pseudo aneurysm – following myocardial infarction.*** Heart 1998; 80: 94-7.

3- Vlodouer Z, Coe JI, Edwards JE. ***True and false left ventricular aneurysm. Propensity for the letter to rupture .*** Circulation 1975; 51: 567 – 72.

4- Komeda M, David TE. ***Surgical treatment of post infarction false aneurysm of the left ventricle.*** J thoracic cardiovascular surgery 1993; 106: 1 189-91.

5- Dellborg M, Held P, Swedberg k, et al. ***Rupture of the myocardium occurrence and Risk factors.*** Br Heart J 1985; 54:11-16

6- Carherwood E , Miniz GS , Kotler M, et al. ***Two dimensional echocardiographic recognition of left ventricular Pseudo aneurysms.*** Circulation 1980, 62: 564-303.

7- Bates RJ, Beutler S, Resnekovcl et al. ***Cardiac***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-29]

rupture challenge in diagnosis and management. Am J of Cardiol1977; 40: 426-37.

8- Pojola. Sintonen S , Muller JE , Stone Ph ,et al. ***MILIS study group. Ventricular septal and free wall rupture complicating acute myocardial infarction: Experience in the multi center investigation of limitation of infarct size.*** Heart J 1989; 117: 809-18

9- Honan MB, Hanell FE, Reimer KA, et al.

Cardiac rupture, mortality and timing of thrombolytic therapy: A Meta analysis. J Am Col cardio 1990; 16: 359-67.

10- Oliva PB, Hamill SC, Edwards WD. ***Cardiac rupture, a clinically predictable complication of acute myocardial infarction: report of 70 cases with clinico pathologic correlation.*** J Am Col cardio 1993; 22: 720-6.

11- Chesler E, Korns ME, Semba T, et al. ***False aneurysms of the left ventricle following myocardial infarction.*** J Am Cardio 1969; 23: 76 –82.

12- Van tassel Na, Edwards's JE. ***Rupture of the heart complicating Myocardial infarction. Analysis of 40 cases including mine example of left ventricular false aneurysms.*** Chest 1972; 61: 104-18.

13- Zlodaver Z, Coe JI, Edwards J. ***True and false ventricular aneurysms propensity for the latter to rupture.*** Circulation 1975; 51: 56-73

14- Lewis AJ ,Burchell HB, Titus JL , et al. ***Clinical and pathological features of post infarction cardiac rupture.*** Am Cardiol 1969; 23: 43-53.

15- Hurst CO, Fine G, Keyes JW. ***Pseudo Aneurysms of the heart. Report of a cases and review of literature.*** Circulation 1963; 28: 427-36.

16- Bolognesi R, Cucchini F, Lettieri C, et al. ***Left ventricular False aneurysm an unusually prolonged natural history.*** Cather Cardiovasc Diag 1995; 36: 46-50.

17- Davis TM, Fortun P, Mulder J, et al. ***Silent myocardial infarction and its prognosis in a community- based cohort of type 2 diabetic patients: The Fremtle Diabetic study.*** Diabetologia 2004 Mar; 47(3): 395-9.

18- Pifarre R, Sullivan HJ , Crieco J, et al. ***Management of left ventricular rupture complicating myocardial infarction.*** J Thorac Cardiovasc Surg 1983; 86: 441-3

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-29]