

معرفی یک مورد دیسکشن و انسداد ناگهانی شریان کرونر متعاقب آنژیوپلاستی با گسترش بداخل تنه اصلی کرونر چپ

دکتر فرشاد روغنی*^۱، دکتر علیرضا خسروی**

*استادیار گروه داخلی و مرکز تحقیقات گیاهان دارویی- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، **استادیار گروه داخلی- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۱۰/۲ تاریخ تایید: ۱۳۸۷/۱۱/۲۰

چکیده:

انجام عمل آنژیوپلاستی کرونری از زمان اولین عمل توسط گرونزویک به گونه ای سیر صعودی داشته که در حال حاضر اکثر بیماران با آنژیوپلاستی و یا تعبیه استنت به زندگی روزمره خویش باز می گردند. انجام آنژیوپلاستی با ضریب موفقیت بالای ۹۰٪ و عوارض و خطرات جدی کمتر از ۵٪ همراه است. مهمترین عارضه آنژیوپلاستی کرونری انسداد ناگهانی رگ می باشد. در این مقاله مورد استثنایی از انسداد ناگهانی و دیسکشن شریان قدامی نزولی چپ متعاقب آنژیوپلاستی گزارش می گردد که بداخل تنه اصلی و شریان چرخشی کرونر چپ گسترش یافته و با درمان سریع (تعبیه به موقع استنت در مسیرهای مبتلا و منجمله تنه اصلی کرونر چپ) بیمار از مرگ قریب الوقوع نجات یافته است.

واژه های کلیدی: آنژیوپلاستی، انسداد ناگهانی، استنت تنه اصلی، دیسکشن، کرونر.

مقدمه:

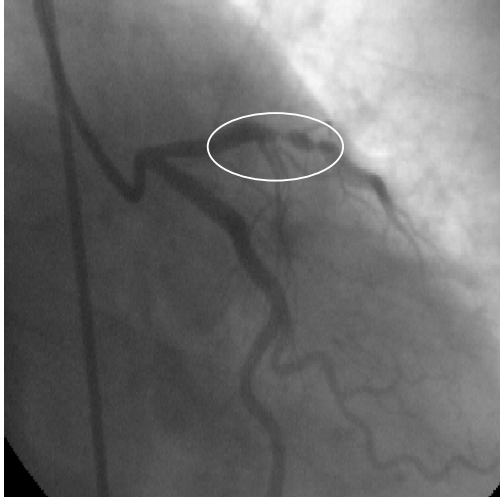
حذف و یا تعدیل عوامل خطر ساز (ریسک فاکتور) و به موازات آن تجویز دارو می باشد که کمتر بیماری از آن بی بهره است. متأسفانه تعداد قابل توجهی از بیماران علیرغم درمان های اولیه همچنان علامت دار بوده و یا اینکه آناتومی ضایعه در آنها با ریسک بالایی از عوارض خطرناک همراه است. در این گروه خاص از بیماران لازمست عمل جراحی باز کردن رگ کرونر (نظیر آنژیوپلاستی-بای پاس و...) انجام شود (۱). از زمان انجام اولین آنژیوپلاستی کرونری توسط آقای گرونزویک نزدیک ۳۰ سال می گذرد. طی این مدت روند انجام این اقدام درمانی به گونه ای سیر تصاعدی داشته که در عمل اکثر بیماران تنگی عروق کرونری با آنژیوپلاستی ساده و یا تعبیه استنت به زندگی روزمره خویش باز می گردند. انجام آنژیوپلاستی با ضریب موفقیت بالای ۹۰ درصد و خطرات جدی (مرگ، سکته قلبی و نیاز به عمل جراحی اورژانسی قلب باز) در کمتر از ۵ درصد همراه است (۱۰-۴). اگرچه

بیماری انسدادی عروق کرونری قلب شایع ترین علت مرگ و میر در دنیا می باشد. بهتر شدن وضعیت اقتصادی جوامع بشری گرایش روز افزون به سمت زندگی ماشینی، تغییرات شیوه زندگی، مصرف بالای غذاهای چرب و کلسترول دار از یکسو و افزایش میانگین سنی جامعه از سوی دیگر و به موازات آن سیر نزولی بیماری های عفونی طی دهه های گذشته با افزایش چشمگیر نسبت عوارض کشنده و غیر کشنده بیماری های کرونری نسبت به سایر بیماری ها همراه بوده است (۱).

علیرغم پیشرفت های شگرفی که در زمینه پیشگیری و درمان بیماری های قلبی عروقی طی سه دهه اخیر صورت گرفته هنوز این بیماری ها جایگاه خویش را در راس هرم مولد عوارض کشنده و غیر کشنده در جوامع بشری (خصوصاً کشورهای توسعه یافته) حفظ کرده اند (۱، ۲، ۳).

در درمان بیماری های عروق کرونر اولین اقدام

^۱ نویسنده مسئول: شهرکرد - خیابان پرستار - بیمارستان هاجر - گروه داخلی - ۰۲۲۲۰۰۱۶-۲۲۸۱، E-mail: roghani@skums.ac.ir



تصویر شماره ۱: دو تنگی شدید شریانی قدامی نزولی چپ

نظر با بالون (۲۰×۲/۵ میلی متر) متسع و سپس استنت در فاصله زمانی ۳-۲ دقیقه پس از تعبیه استنت انسداد ناگهانی شریان قدامی نزولی چپ مشاهده گردید که علت آن دیسکشن کرومر دستکاری شده با گسترش به قسمت پروگزیمال، تنه اصلی کرومر چپ و تا حدی شریان چرخشی چپ تشخیص داده شد (تصویر شماره ۲).



تصویر شماره ۲: دیسکشن شدید شریان قدامی نزولی چپ با گسترش به تنه اصلی و شریان چرخشی چپ

ارتقای کیفی تکنیک عمل و مهارت های فردی پزشک معالج استفاده از داروهای ضد پلاکتی جدید و ابزارهای درمانی مکمل (نظیر استنت) طی این مدت افزایش داشته است، لیکن به لحاظ انتخاب بیماران مشکل تر و ضایعات پیچیده تر ریسک عوارض همچنان باقی است. مهمترین عارضه آنژیوپلاستی انسداد ناگهانی رگ کرونری است (۱۰۰۰ مرگ و ۶۰۰۰ عمل اورژانسی بای پس در یکسال در آمریکا) (۱۰). انسداد ناگهانی به انسداد (در حد تیمی فلو ۱-۰) رگ دستکاری شده در محل دستکاری و یا نواحی مجاور آن مادامی که بیمار در اتاق کاتترسیم قرار دارد اطلاق می گردد. اگرچه در عمل انسداد ناگهانی رگ کرونری در ساعات اولیه پس از آنژیوپلاستی نیز در این تقسیم بندی گنجانیده می شود. علائم انسداد ناگهانی کرونری عبارتند از: (۱) درد سینه آنژیونی (۲) تغییرات ایسکمیک نوار قلب (۳) افت فشارخون (۴) آریتمی های بطنی (۵) ایست قلبی و ... شایع ترین و مهمترین علت انسداد ناگهانی کرونری در جریان آنژیوپلاستی دیسکشن می باشد (۹،۲،۱). ترومبوس، اسپاسم و جمع شدن رگ در محل ضایعه از سایر علل انسداد ناگهانی رگ کرونری می باشد. در عمل ممکنست ترکیبی از عوامل دخیل بوده و در مورد ضایعات مختلف و نوع وسیله بکار رفته این علل از نظر اهمیت و رتبه متمایز باشند.

گزارش بیمار:

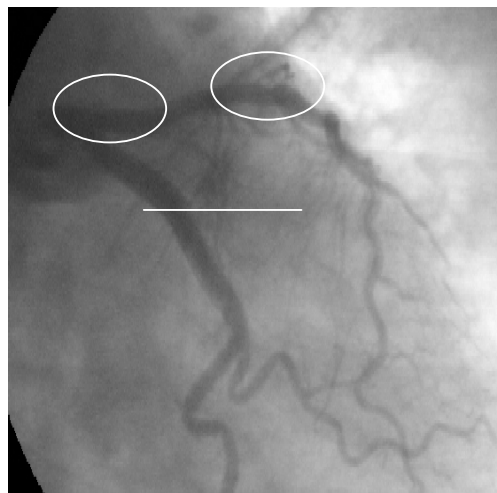
بیمار خانمی ۵۵ ساله بود که بعلت آنژین کلاسیک مقاوم به درمان طبی تحت کرونری آنژیوگرافی تشخیصی قرار گرفت. در آنژیوگرافی دو تنگی شدید در حد ۹۵ درصد در شریان قدامی نزولی چپ گزارش گردید (تصویر شماره ۱). سایر عروق کرومر نرمال و کسر جهشی بطن چپ ۵۵ درصد بود و بیمار جهت آنژیوپلاستی کرونری بصورت الکتیو کاندید گردید. در جریان آنژیوپلاستی ابتدا شریان مورد نظر با بالون ۲۰×۲/۵ میلیمتر میلی متر و سپس استنت ۱۸×۳/۰ میلی متر تعبیه شد.

بحث:

از زمان انجام اولین آنژیوپلاستی کرونری توسط آقای گرونزیک نزدیک ۳۰ سال می گذرد (۳،۲،۱). طی این مدت روند انجام این اقدام درمانی به گونه ای سیر تصاعدی داشته که عملاً اکثر بیماران تنگی عروق کرونری با آنژیوپلاستی ساده و یا تعیبه استنت به زندگی روزمره خویش باز می گردند. انجام آنژیوپلاستی با ضریب موفقیت بالای ۹۰ درصد و خطرات جدی (مرگ، سکته قلبی و نیاز به عمل جراحی اورژانسی قلب باز) کمتر از ۵ درصد همراه است (۱۰،۸،۶). اگرچه ارتقای کیفی تکنیک عمل و مهارت های فردی پزشک معالج، استفاده از داروهای ضد پلاکتی جدید و ابزارهای درمانی مکمل (نظیر استنت) طی این مدت افزایش داشته است لیکن به لحاظ انتخاب بیماران مشکل تر و ضایعات پیچیده تر، ریسک عوارض همچنان باقی است. مهمترین عارضه آنژیوپلاستی انسداد ناگهانی رگ کرونری می باشد. انسداد ناگهانی به انسداد (در حد تیمی فلو ۱-۰) رگ دستکاری شده در محل دستکاری و یا نواحی مجاور تا مادامی که بیمار در اتاق کاتریسم قرار دارد اطلاق می شود. اگرچه در عمل انسداد ناگهانی رگ کرونری در ساعات اولیه پس از آنژیوپلاستی نیز در این تقسیم بندی گنجانیده می شود. درد سینه آنژیینی، تغییرات ایسکمیک نوار قلب، افت فشارخون، آریتمی های بطنی و ایست قلبی از علایم انسداد ناگهانی کرونری می باشد که شایع ترین و مهمترین علت انسداد ناگهانی کرونری در جریان آنژیوپلاستی دیسکشن است (۹،۲،۱).

ترومبوس، اسپاسم و جمع شدن رگ در محل ضایعه از سایر علل انسداد ناگهانی می باشد در عمل ممکنست ترکیبی از عوامل دخیل بوده و در مورد ضایعات مختلف و نوع وسیله بکار رفته این علل از نظر اهمیت رتبه متمایز باشند. جنس زن، دیابت، آنژین صدری نا پایدار از ریسک فاکتورهای انسداد ناگهانی کرونری

بیمار درد شدید آنژیینی، افت شدید فشارخون، ضربانات نابجای بطنی به همراه حملات تاکی کاردی بطنی ناپایدار داشته و در لیدهای مانیتورینگ بالارفتن قطعه اس-تی وجود داشت. جهت بیمار مشاوره اورژانسی جراحی قلب و بیهوشی درخواست و تا آماده شدن اتاق عمل تعیبه استنت مجدد در شریان های قدامی نزولی و تنه اصلی کرونر چپ انجام شد. با اقدامات فوق حال عمومی بیمار بهتر و جریان خون شریان قدامی نزولی بطور معجزه آسا برقرار گردید. پس از آن به لحاظ گسترش وسعت دیسکشن به درون شریان چرخشی چپ و باریک شدن پیشرونده قطر لومن، استنت شریان چرخشی در دو مرحله انجام، که در نهایت نتیجه مطلوب حاصل و بیمار با حال عمومی خوب به بخش مراقبت های ویژه قلب هدایت گردید (تصویر شماره ۳) (عمل جراحی کنسل شد). در جریان بستری چند روزه بیمار به جز افزایش مختصر آنزیم قلبی مشکل دیگری نداشته و کلیه بررسی های غیر تهاجمی پس از ترخیص تا فاصله ۳ ماه کاملاً طبیعی بود. بیمار توصیه به ادامه آسپیرین تا آخر عمر و کلویپدوگرل تا یکسال گردید.



تصویر شماره ۳: رفع دیسکشن شریان قدامی نزولی و تنه اصلی و برقراری کامل جریان خون

نتیجه گیری:

آنژیوپلاستی و استنت تنه اصلی شریان کرونری
چپ اقدامی قابل انجام و در موارد اورژانسی می تواند
بیمار را از مرگ حتمی و عمل جراحی اورژانس قلب
رہایی بخشد.

می باشند (۳-۱۰). درمان انسداد ناگهانی کرونری
شامل تعیبه استنت در محل دیسکشن و نواحی مرتبط با
آن، استفاده مناسب از داروهای ضد انعقاد، ضد پلاکت،
ضد اسپاسم و در موارد مقاوم بای پاس اورژانسی
کرونری می باشد در این بیمار خاص با وجود وسعت
درگیری کرونری، استنتینگ تنه اصلی کرونری چپ با
موفقیت انجام شد که علاوه بر نجات بیمار از مرگ
حتمی و نیاز به عمل جراحی بای پاس نیز مرتفع گردید.
انجام آنژیوگرافی تشخیصی در فاصله زمانی ۶ ماه
منطقی بنظر می رسد (۵).

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از کلیه همکاران و پرسنل بخش CCU
بیمارستان هاجر^(س) شهرکرد که با ما همکاری صمیمانه
داشتند تشکر و قدردانی می گردد.

منابع:

1. Braunwald E, Zipes DB, Libby P, Bonow R. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 7th ed. Boston: Saunders Company; 2005. p: 75-80.
2. Topol EJ, Jacobs JJ. Textbook of interventional cardiology, 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1999. p: 188-96.
3. Ellis SG, Holmes DR Jr. Strategic approaches in coronary intervention. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2000. p: 489-500.
4. Safian RD, Freed MS. Manual of interventional cardiology, 3rd ed. Baltimore: Jones & Bartlett Publishers; 2001. p: 387-95.
5. Marco J, Serruys P, Biamino G, Fajadet J, de Feyfer P, Morice MC, et al. Euro PCR. Paris: Course Co; 2002. p: 173-81.
6. Holmes DR Jr, Holubkov R, Vlietstra RE, Kelsey SF, Reeder GS, Dorros G, et al. Comparison of complications during percutaneous transluminal coronary angioplasty from 1977 to 1981 and from 1985 to 1986: the national heart, lung and blood institute percutaneous transluminal coronary angioplasty registry. J Am Coll Cardiol. 1988 Nov; 12(5): 1149-55.
7. Goldbaum T, DiSciasico G, Cowley MJ, Vetrovec GW. Early occlusion following successful coronary angioplasty: clinical and angiographic observations. Cathet Cardiovasc Diagn. 1989 May; 17(1): 22-7.
8. Simpfendorfer C, Belardi J, Bellamy G, Galan K, Franco I, Hollman J. Frequency management and follow-up of patients with acute coronary occlusions after percutaneous transluminal coronary angioplasty. Am J Cardiol. 1987 Feb; 59(4): 267-9.
9. Soward AL, Essed CE, Serruys PW. Coronary arterial findings after accidental death immediately after successful percutaneous transluminal coronary angioplasty. Am J Cardiol. 1985 Nov; 56(12): 7945.
10. Lincoff AM, Popma JJ, Ellis SG, Hacker J, Topol EJ. Abrupt vessel closure complicating coronary angioplasty: clinical angiographic and therapeutic profile. J Am Coll Cardiol. 1992 Apr; 19(5): 926-35.