● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال ششم، شمارهٔ ٤ (پی‌درپی٢٤)، صفحه ٦٦ الی ٧٠، پاییز ١٣٨٣
دریافت:٨١/١١/٢١، پذیرش: ٨٢/٦/٢٧

گزارش یک مورد انفارکتوس مغزی متعدد و انوریسم دیواره بین دهلیزی

دکتر مهرداد ساروی*[1]، دکتر سیدمحمدمسعود حجتی [2]
١- استادیار گروه قلب دانشگاه علوم پزشکی بابل ٢- استادیار گروه مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: مطالعات قبلی ارتباط بین انوریسم دیواره بین دهلیزی و حوادث آمبولیک مغزی را توضیح داده اند. هدف از گزارش ما بیان تظاهرات بالینی از سکته های مغزی متعدد نقش اکوکاردیوگرافی از راه مری در تشخیص سکته های مغزی می باشد.

گزارش موارد: آقای ٤٠ ساله ای بعلت ضعف ناگهانی نیمه راست بدن در بیمارستان بستری شد.بعد از سه هفته دچار دیسفازی ورنیکه و سپس درجاتی از آپاتی ایجاد شد. CT اسکن مغزی چند ناحیه هیپودانس را نشان داد. مطالعه سونوگرافی شریانهای کاروتید، ورتبرال و بازیلار شواهدی از لخته و یا تنگی را نشان ندادند.MRI در نهایت بنفع حوادث عروقی بود. هیچ نوع آریتمی در هولتر دیده نشد. اکوکاردیوگرافی قفسه سینه و از راه مری بیانگر انوریسم دیواره بین دهلیزی همراه با باز بودن سوراخ بیضی ولی بدون لخته بود. وارفارین برای بیمار شروع شد و در مدت پیگیری برگشت بیماری وجود نداشت.

نتیجه گیری: انوریسم دیواره بین دهلیزی احتمالاً علت مهمی برای سکته مغزی می باشد. حادثه آمبولی بعلت حرکت لخته تشکیل شده در انوریسم و یا حرکت از خلال آن می باشد.حرکت زیاد انوریسم و ضخیم بودن آن شانس آمبولی را بیشتر می کند. اکوکاردیوگرافی از راه مری وسیله مفید در تشخیص این ناهنجاری و سکته می باشد.

واژه های کلیدی: *انوریسم دیواره بین دهلیزی، سکته مغزی، اکوکاردیوگرافی از راه مری.*

مقدمه

انوریسم دیواره بین دهلیزی که ناهنجاری شناخته شده قلبی می باشد به اختلال کیسه ای شکل(بیرون زدگی،تورم) در منطقه بیضی دیواره بین دهلیزی گفته می شود(١). در اکثر موارد توسط اکوکاردیوگرافی قفسه سینه و اکوکاردیوگرافی از راه مری تشخیص داده می شود. بعلت شانس آمبولی به اندامها و خطر مکرر بودن حملات و مشخص بودن راههای پیشگیری و درمان شناسایی این بیماری مهم است. در مطالعات متعددی ارتباط بین سکته مغزی و این ناهنجاری گزارش شده است(٨-٢). این بیماری می تواند با دیگر ناهنجاریهای سیستم قلبی همراه باشد(٩و١). بعلت شانس ترومبو آمبولی، ارگانهای مختلف مانندمغز، قلب، اندامها، کلیه و طحال درگیر می شوند(١٠). روشهای تشخیصی مختلفی ارائه شده است. در این بین نقش اکوکاردیوگرافی از راه مری بعلت مشخص نمودن آناتومی محل وضایعه و وجود لخته و ناهنجاریهای همراه، بسیار با ارزش است(١١). از نظر درمانی هم روشهای دارویی و جراحی پیشنهاد گردیده است. هدف از این گزارش مطالعه بیشتر تظاهرات بالینی و نقش مهم اکوکاردیوگرافی از راه مری در تشخیص، تعیین میزان خطر سکته های مجدد و انتخاب روش درمانی صحیح می باشد.

گزارش مورد

آقای ۴۰ ساله ای بدون سابقه بیماری، مصرف دارو و یا

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.6.4.12.8]

بستری شدن در بیمارستان می باشد.او دچارهمی پارزی ناگهانی نیمه راسـت بـدن شد. پس از مدتی دچار دیسفازی ورنیکه شد. که پس از بهبودی علائم یاد شد آپاتی و بی تفاوتی و فراموشی بروز کردند. عکس قفسه سینه و نوار قلبی طبیعی بودند. شواهدی از آریتمی و یا مورد غیرطبیعی دیده نشد. پراکندگی و فاصله QT طبیعی بودند.در هولتر ریتم ۲۴ ساعته آریتمی مشاهده نشد. هموگلوبین، قند، الکترولیتها، کلسیم، فسفروسدیمانتاسیون خون، تستهای کارکرد کبدی ـ کلیوی ـ تیروئیدی سالم بودند. در مورد عفونتها تستهای آزمایشگاهی مشکلی نداشتند. CRP ,R.A.FACTOR ,ANA. ANTI DOUBLE (آزمایشات مربوط به بافت همبند) STRNDANTIBODY ,LE CELL,C3,C4,CH50 در حد نرمال قرار داشتند. در C.T.SCAN مغز نواحی هیپو دانس مشاهده شد. در MRI مغز در حمله اول مسائل عروقی و لنفوم مطرح گردید. در تصویربرداری بعدی بیشتر بنفع ضایعات عروقی و در آخرین MRI فقط ضایعات عروقی مطرح شد و لنفوم رد گردید. در نوار مغزی امواج دیس ریتمیک گزارش شد.

در بررسی سونوگرافیک عروق کاروتید،ورتبرال ـ بازیلار تنگی مشاهده نشد. اکوکاردیوگرافی سطحی(قفسه سینه) بیانگر طبیعی بودن کارکرد بطنها، عدم وجود مشکل دریچه ای(از جمله پرولاپس دریچه میترال) و یا توده داخل قلبی،عدم وجود مایع پریکارد بود. در دیواره بین دو دهلیز انوریسم مشاهده شد.

در اکوکاردیوگرافی از راه مری کارکرد حفرات قلبی، فشار شریان ریوی، دریچه ها (بدون شواهدی از تنگی، نارسایی، ضخیم شدگی، کلسیفیکاسیون، وژتاسیون)، پرده پریکارد طبیعی بودند. توده و یا لخته ای دیده نشد. دیواره بین دهلیزها دچار انوریسم و ضخیم شدگی بدون شواهدی از لخته، نقص بین دیواره ای بود و باز بودن سوراخ بیضی نشان داده شد. ناهنجاری دیگری در سیستم قلبی ـ عروقی دیده نشد. استفاده از سیستم داپلر ـ رنگی و کمک گرفتن از ماده حاجب به نفع وجود جریان خون بین دو دهلیز نبودند. در مطالعه قسمتهای مختلف آئورت (صعودی، قوس و نزولی) شواهدی از تنگی و یا لخته وجود نداشت. برای بیمار داروی وارفارین شروع شد. علائم بیمار بهبود یافتند و در مدت پیگیری، برگشت بیماری و یا مشکلی دیده نشد.

بحث

با توجه به احتمال آمبولی به مغز و دیگر ارگانها، بهتر است انوریسم دیواره بین دهلیزی در تشخیص افتراقی قرار داده شود. گزارشهای مختلفی در ارتباط با آمبولی به مغز و دیگر ارگانها آورد شده است(۱۰-۳). از نظر علائم در دیگر مطالعات هم آمبولیهای متعدد و حتی تغییر رفتاری ذکر گردیده اند(۱۳-۸). ارتباط با دیگر بیماریهای مادرزادی مانند ابشتاین(۱)، نقص دیواره بین دهلیزی(۱۲)، انوریسم سینوس والسالوا(۱۴) و میکسوم دهلیزی (۱۵) و آریتمی های دهلیزی مانند فیبریلاسیون (۱۶-۱۷) می باشد که در این بیمار دیده نشدند. دیگر فاکتورهای خطر برای سکته مغزی مثل دیابت، پرفشاری خون، مصرف سیگار، سابقه فامیلی، وجود ضایعه آترواسکلروتیک و یا هر نوع تنگی در مسیر شریانهای کاروتید، قوس آئورت و یا قسمت صعودی و نزولی آن، لخته در حفرات قلبی و یا قوس آئورت، مشکلات دریچه ای، مشکلات انعقادی خون و میگرن می توانند از علل سکته مغزی باشند که در بیمار یادشده مشاهده نگردیدند. در مطالعه Chammas و همکاران بیماری با سکته های متعدد مغزی در زمینه انوریسم دیواره بین دهلیزی که بر روی آن لخته تشکیل شده بود گزارش گردید. این گروه معتقد هستند که بهترین راه تشخیصی اکوکاردیوگرافی از راه مری می باشد(۲). روش انتخابی در تشخیص این بیماری اکوکاردیوگرافی می باشد که بر اساس در مورد گزارش شده توسط مورتی و همکاران (۱۹) اکوکاردیوگرافی از راه مری به نوع سطحی (قفسه سینه) برتری دارد (۲۲-۱۸) زیرا تعیین دقیقتر شکل ضایعه(۱۸) و وجود سوراخهای متعدد در سطح آن(۲۱)، لخته در محل ضایعه(۲۰-۱۹)، شانت در دو طرف(۲۳)، تعیین ضخامت انوریسم(۲۴)، توده های داخل قلبی، ناهنجاریهای همراه مثل باز بودن سوراخ بیضی، نقص دیواره بین دهلیزها، لخته و یا تنگی در قوس و یا قسمت صعودی و نزولی آئورت با اکوکاردیوگرافی از راه مری بهتر انجام می شود. اکوکاردیوگرافی با ماده حاجب و هارمونیک از دقت خوبی برخوردار هستند(۱۲). مکانیزم آمبولی در این بیماری تشکیل لخته اولیه در داخل انوریسم(۲۵) و آمبولی پارادوکس بعلت ارتباط بین دو دهلیز (۲۶) می باشد. از فاکتورهای خطر در این ناهنجاری برای ایجاد آمبولی می توان از ضخیم تر بودن ضایعه، وجود لخته در آن، حرکت

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.6.4.12.8]

زیاد آن، سوراخهای متعدد و ارتباط دو دهلیز (نقص بین دیواره ای و باز بودن سوراخ بیضی) نام برد(۲۸-۲۷). شانس حملات مکرر آمبولی به مغز و دیگر ارگانها وجود دارد.

دو نوع درمان پیشنهادی استفاده از داروهای ضد انعقاد و جراحی می باشند(۳۰و۲۹). افراد مبتلا به این ناهنجاری و سابقه سکته مغزی از داروهای ضد لخته بمدت طولانی استفاده نمایند(۲۵). ولی در صورت وجود ضایعه و ناهنجاری قلبی دیگر، دیده شدن لخته در محل ضایعه و تکرار حوادث مغزی علیرغم درمان مناسب با داروهای ضد انعقادی، جراحی(برای برداشتن ضایعه) پیشنهاد می گردد(۳۱و۶). مسیر تشخیصی و درمانی در این بیمار مشابه اکثر موارد یاد شده می باشد. در نتیجه در موارد سکته مغزی باید این ناهنجاری را در تشخیص افتراقی علل قرار داد. اکوکاردیوگرافی از راه مری روش مناسب تشخیصی می باشد. در ضمن در انتخاب نوع درمان و تعیین شانس آمبولیهای مجدد بسیار کمک کننده می باشد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از زحمات همکاران محترم در بخش اکوکاردیوگرافی بیمارستان مرکز قلب تهران تشکر می گردد.

****

References

1. Moro E, Mantovan R, Marcon C, et al. An aneurysm of interatrial septum associated with Ebstein anomaly: a case report.G Ital Cardiol 1992; 22(7): 859-62.

2. Chammas E, Trinca M, Goullard L, et al. Multiple cerebral infarcts associated with an atrial septal aneurysm.Superimposed thrombus detected by transesophageal echocardiography. Angiology 1995 46(4): 327-31.

3. Sanchez Fuentes D, Barragan Casas JM, Martin Casado M, et al. Aneurysm of interatrial septum and cerebral infarction. Med Clin (Barc) 1993; 101(16): 638-9.

4. Tramarin R, Torbicki A, Franchini M, et al. Transesophageal echocardiography in the definition of intracardiac sources of emboli in patients with recent ischemic storke. G Ital Cardiol 1990; 20(8): 713-9.

5. Somody E, Albucher JF, Casteignau G, et al. Anomalies of the interatrial septum and latent atrial vulnerability in unexplained ischemic stroke in young adults. Arch Mal Coeur Vaiss 2000; 93(12): 1495-500.

6. Garnier P, Convers P, Comtet C, et al. Aneurysms of the intra-atrial septum complicated by cerebral ischemia in young subjects, 4 cases. Press Med 1994; 23(11): 518-21.

7. Bellotti G, Fragasso G, Pizzetti G, et al. An aneurysm of the interatrial septum and cerebral embolic events: a clinical case and review of the literature. G Ital Cardiol 1993; 23(9): 915-20.

8. Hashimoto Y, Terazaki T, Hara Y, et al. Cerebral embolism due to lone atrial septal aneurysm. Rinsho Shinkeigaku 1997; 37(9): 851-3.

9. Marullo AG, Sabik JF. Right coronary artery and interatrial septal aneurysm. Ann Thoracic Surg 2002; 73(3): 969-70.

10. Shinohara T, Kimura T, Yoshizu H, et al. Three-years follow up of an atrial septal aneurysm. Ann Thorac Surg 2001;71(5):1672-3.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.6.4.12.8]

11. Bogousslavsky J, Garazi S, Jeanrenaud X, et al. Stroke recurrence in patients with patent foramen ovale, the Lausanne study. Neurology 1996; 46(5): 1301-5.

12. Pugliese M, Paoletti V, Rinaldi E, et al. Harmonic echocardiography of tissue in the diagnosis of aneurysms of the interatrial septum. Minerva Cardioangiol 2000; 48(10): 297-301.

13. Imperadore F, Ferro A, Graffigna A.Transesophageal echocardiography diagnosis of ruptured aneurysm of the valsalva sinus associated with aneurysm of the interatrial septum. Ital Heart J 2002; 3(1): 102-4.

14. Karavidas A, Matsakas E, Foukarakis M, et al. Ruptured aneurysm of sinus of valsalva associated with an atrial septal aneurysm. Echocardiography 2000; 17(8): 733-6.

15. Kolvekar SK, Keal R, Spyt T. Unusual presentation of an atrial septal aneurysm with atrial myxoma: a case report.Int J Cardiol 1997; 59(2):197-8.

16. Livneh A, Langevitz P, Vered Z. Atrial septal aneurysm and paroxysmal atrial fibrillation. Harefuah 1994:126(80): 441-2.

17. Mattioli AV, Castellani ET, Casali E. Transesophageal echocardiography in the assessment of patients with atrial fibrillation and stroke. Cardiologia 1994; 39(2): 101-5.

18. Schneider B, Hofmann T, Meinertz T, et al. Diagnostic value of transesophageal echocardiography in atrial septal aneurysm. Int J Card Imaging 1992; 8(2): 143-52.

19. Moorthy SS, Dierdorf SF. Significance of atrial septal aneurysm: report of a case. J Clin Anesth 1996; 8(7): 595-7.

20. Dressler FA, Labovitz AJ. Systemic arterial emboli and cardiac masses. Assessment with transesophageal echocardiography. Cardiol Clin 1993; 11(3): 447-60.

21. Burstow DJ, McEniery PT, Stafford EG. Fenestrated atrial septal aneurysm: diagnosis by transesophageal echocardiography. J Am Soc Echocardiogr 1990; 3(6): 499-501.

22. Pearson AC, Nagelhout D, Castello R, et al. Atrial septal aneurysm and stroke: a transesophageal echocardiographic study. J Am Coll Cardiol 1991; 18(5): 1223-9.

23. Antonielli E, Pieroni P, Pizutti A. Paradoxical embolism in a patient with aneurysm of the interatrial septum.G Ital Cardiol 1994; 24(7): 877-82.

24. Devuyst G, Bogoussiavky J. Status of patent foramen ovale, atrial septal aneurysm, atrial septal defect and aortic arch atheroma as risk factors for stroke. Neuroepidemiology 1997; 16(5): 217-23.

25. Schneider B, Hanrath P,Vogel P, Meinertz T. Improved morphological characteristics of interseptal aneurysm by echocardiography: relation to cerebrovascular events. J Am Coll Cardiol 1990 ;16(4):1000-9.

26. Foniakin AV, Geraskina LA, Suslina ZA. Echocardiographic changes associated with risk of developing embolic complications in patients with ischemic stroke. Ter Arkh 2002; 74(11): 71-4.

27. Marazanof M, Roudaut R, Cohen A, et al. Atrial septal aneurysm. Morphological characteritics in large population: pathological associations. Int J Cardiol 1995; 52(1): 59-65.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.6.4.12.8]

28. Ginon I, Mestrallet C, Barthelet M, et al. A closed interatrial septum aneurysm, filled with blood mimicking a tumor in the right atrium. Eur J Echocariogr 2000; 1(4): 289-90.

29. Lin JM, Hwang JJ, Chiu IS. Cerebral embolism from the thrombus in the atrioventricular septal aneurysm. Cardiology 1995; 86(5): 441-3.

30. Jansen BP, Pasteuning WH, Schellens RL, et al. Atrial septal aneurysm and brain infarct: a causal connection? Ned Tijdschr Geneeskd 1995; 139(7): 338-441.

31. Wos S, Bachowski R, Domaradzki W, et al. Surgical treatment of atrial septal aneurysm. J Cardiovasc Surg 1996; 37(6): 139-42.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید یحیی نژاد، بخش قلب، تلفن: ۷-۲۲۲۳۵۹٤-۰۱۱۱.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1383.6.4.12.8]