

مورد نگاری

گزارش یک مورد بسیار نادر فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت در بیمار مبتلا به انژین صدری پایدار

تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۱۰

خلاصه

مقدمه

فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت شایع ترین تومور خوش خیم مربوط به دریچه های قلب است و تشخیص آن به صورت کاملا اتفاقی صورت می گیرد. در موارد علامتدار فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت شایع ترین تظاهرات آن حملات ایسکمیک قلبی، اریتمی های دهلیزی و بطنی و عوارض ترومبوآمبولیسم است.

معرفی بیمار

بیمار معرفی شده یک خانم ۶۰ ساله می باشد که به علت آنژین صدری پایدار تحت بررسی قرار گرفت. با توجه به وجود ضایعه علامت دار دریچه ای 1×1 cm دریچه ائورت بیمار با موفقیت تحت عمل جراحی قلب قرار گرفت.

نتیجه گیری

اگرچه در مورد درمان فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت بدون علامت اختلاف نظر وجود دارد ولی برای توده های علامتدار، رزکسیون جراحی برای پیشگیری از عوارض بعدی قویا توصیه می شود.

کلمات کلیدی: تومور قلبی، دریچه ائورت، درد قفسه سینه، فیبروالاستوم

پی نوشت: نویسنده گان بروشنی بیان می دارند که هیچگونه تعارض منافع یا سوگیری قبل و حین مطالعه نداشته اند.

^۱ حمید حسینی خواه

^۲ علیرضا سپهری شاملو

^۳ مهدی وحدتی

^۴ غلامرضا گرگیجی

^۵ علی اصغر معینی پور *

۵، ۱- استاد یار جراحی قلب و عروق، مرکز

تحقیقات پیشگیری از اترواسکلروز، دانشگاه

علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

مشهد، مشهد، ایران

۳، ۴- پرستار و پرئونیست بخش جراحی قلب،

دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* مشهد- بیمارستان امام رضا، بخش قلب،

مشهد، ایران

تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۴۳۰۳۱-۹۸+

email: mooinpoora1@mums.ac.ir

مقدمه

بیمار با اکوکاردیوگرافی فیبروآلاستوم پاپیلری دریچه ائورت و با احتمال کمتر اندوکاردیت بود. در ادامه روند تشخیصی و با توجه به سن بیمار و آئزین صدی پایدار وی، بیمار تحت آنژیوگرافی کرونری قرار گرفت که عروق کرونری طبیعی بودند. با توجه به اندازه ضایعه و از آن مهمتر اینکه این توده علامتدار بود اندیکاسیون عمل جراحی قلبی برای بیمار مذکور گذاشته شد.

اگرچه شایع ترین تومور اولیه قلبی میگزوم دهلیزی است ولی شایع ترین تومور اولیه درگیر کننده دریچه های قلبی فیبروآلاستوم پاپیلری است (۱). دریچه ائورت شایع ترین دریچه گرفتار شده بر اثر فیبروآلاستوم پاپیلری است (۲،۱). این تومور یک توده خوش خیم و پاپیلری و پایه دار و کاملاً متحرک است و قوام بسیار نرم و شکننده دارد. این خصوصیات هیستولوژیک تومور توجه کننده شانس زیاد عوارض قلبی و مغزی بر اثر امبولیزه شدن قطعات تومور است (۲). امروزه با پیشرفت تکنیک های تشخیصی مانند اکوکاردیوگرافی داخل مری موارد کشف شده فیبروآلاستوم پاپیلری دریچه ائورت بیشتر شده است (۲). عمل جراحی خارج کردن فیبروآلاستوم پاپیلری دریچه ائورت در موارد با تظاهرات بالینی باید انجام شود (۳،۲). در این مطالعه، یک خانم ۶۰ ساله با تشخیص بیماری بسیار نادر فیبروآلاستوم پاپیلری دریچه ائورت معرفی می شود که تحت رزکسیون موفقیت آمیز تومور قرار گرفت.

معرفی بیمار

بیمار معرفی شده یک خانم ۶۰ ساله است که به علت درد قفسه سینه فعالیتی به مرکز ما مراجعه نمود. با توجه به درد قفسه سینه بیمار که الگوی درد ایسکمیک قلبی را داشت در اولین اقدام برای بیمار الکترو کاردیو گرام درخواست شد که نشان دهنده تغییرات ایسکمیک درلیدهای پره کوردیال AVF-D2-D3 - بود (متاسفانه ECG درمدارک فعلی موجود نیست) سپس بیمار تحت اکو کاردیو گرافی ترانس توراسیک قرار گرفت که تشخیص اندوکاردیت دریچه ائورت و با احتمال کمتر تومور دریچه ائورت برای وی گذاشته شد (تصویر ۱). به منظور بررسی بیشتر بیمار تحت اکو کاردیوگرافی داخل مری (TEE) قرار گرفت که نشان دهنده یک توده کروی، موبایل و هیپو اکو به ابعاد ۱*۱ سانتی متر روی دریچه ائورت بود. این توده کاملاً برجسته و در محل بالای لت غیرکرونری دریچه ائورت قرار داشت. در ارزیابی اکو کاردیو گرافی سایر دریچه های قلبی مسئله ای نداشتند. اندکس کسر تخلیه بطنی بیمار ۶۰٪ بود. با توجه به نمای کارکترستیک ضایعه بیشترین تشخیص مطرح شده برای



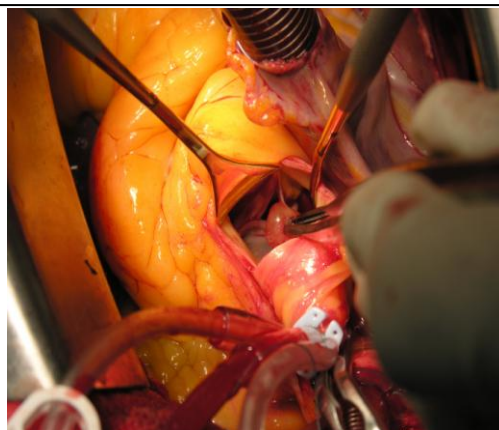
شکل ۱- تصاویر اکوکاردیوگرافی داخل مری از توده روی

دریچه ائورت

اثرات برداشته شد. جدا شدن بیمار از پمپ قلبی ریوی به آسانی صورت گرفت پس از هموستاز کافی استرونوم بسته شد و بیمار به ICU منتقل گردید. مراحل مراقبت‌های پس از عمل و جدا شدن بیمار از ونتیلا تور به خوبی صورت گرفت. بیمار در روز ششم پس از عمل با حال عمومی خوب مرخص گردید. در اکوکاردیو گرافی انجام شده قبل از ترخیص بیمار در بررسی دریچه ائورت وضعیت دریچه ائورت مناسب بود و نشانه ای از توده باقیمانده و یا عود تومور دیده نشد. در بررسی جواب آسیب شناسی نمونه ارسالی وجود فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت تأیید شد. در پیگیری و مراجعات تا دو ماه بعد از جراحی حال عمومی بیمار خوب بود و در اکوکاردیو گرافی انجام شده عود تومور دیده نشد.

بحث

فیبروالاستوم پاپیلری شایع ترین تومور خوش خیم مربوط به دریچه های قلبی که شیوع آن در مراجع مختلف حدود ۱۰٪ از مجموع تومور های خوش خیم قلبی گزارش شده است و از نظر فراوانی دومین تومور شایع پس از میکروم دهلیزی است. شایع ترین دریچه درگیر شده بر اثر فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت است (۲،۱) فیبروالاستوم پاپیلری می تواند منفرد یا متعدد باشد و علاوه بر درگیری دریچه ائورت گسترش آن به صورت یک ضایعه فضاگیر در خروجی بطن چپ و لت قدامی دریچه میترال باشد (۳). اندازه فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت معمولاً بین ۸-۱۲ میلی متر است (۵) اکثریت موارد فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت بدون علائم بالینی بوده و کشف آنها در اتوپسی و در روشهای تصویر برداری و اکوکاردیو گرافی پیشرفته که به دلایل دیگری انجام شده باشد می باشد. ندرتا ممکن است که فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت در حین عمل جراحی قلب دیگر مانند بای پس عروق کرونری یا جراحی دریچه ای قلبی تشخیص داده شود (۴، ۶). از نظر هیستولوژیک فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت یک تومور کاملاً خوش خیم است ولی از آنجا که اتصال این ضایعه بر دریچه ائورت یک اتصال کاملاً سست و نرم است. لذا احتمال شکسته شدن و پیدایش عوارض آمبولیک در آن وجود دارد. شایع ترین بستر های عروقی که بر



شکل ۲- توده تومورال چسبیده به لت غیر کرونری ائورت



شکل ۳- توده تومورال برداشته شده

با انسزیون استرنوتومی میانی و بعد از تجویز هپارین (۳ میلی گرم/کیلوگرم)، کانولاسیون ائورت صعودی و دهلیز راست به صورت روتین و بدون مشکل انجام شد. پس از قرار دادن کلامپ ائورت و تجویز محلول کاردیو پلژیک در ریشه ائورت و هیپوترمی موضعی و سیستمیک ایست قلبی صورت گرفت. پس از انجام ائورتوتومی در بررسی دریچه ائورت یک توده پایه دار و با قوام نرم روی لت غیر کرونری دریچه ائورت دیده شد (تصویر ۲، ۳). این توده چسبندگی زیادی به لت دریچه ائورت نداشت و با عملکرد دریچه ائورت تداخلی ایجاد نمی کرد. در ارزیابی دریچه ائورت نشانه ای از نارسائی دریچه ائورت دیده نمی شد. توده مذکور به راحتی از دریچه ائورت جدا گردید و این رزکسیون آسیبی به دریچه ائورت وارد نیاورد (تصویر ۲). پس از ترمیم محل برش ائورت صعودی و هواگیری کافی قلب کلامپ

جراحی فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت اتفاق نظر دارند زیرا سیر بالینی فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت علامتدار نامشخص است و مداخله جراحی برای جلوگیری از مرگ ناگهانی و سایر عوارض خطرناک این تومور ضروری است (۱۰،۸). در مورد مصرف ضد انعقاد در فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت تشخیص داده شده و علامتدار هم مورد اختلاف وجود دارد ولی اکثر جراحان از یک دوره ضدانعقاد در زمان قبل از رزکسیون تومور استفاده می کنند. روش جراحی انجام شده برای فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت معمولاً با استر نو تومی مدیان و با حمایت پمپ قلبی ریوی است. به علت اتصال سست به دریچه ائورت معمولاً رزکسیون تومور به اسانی و با حفظ دریچه ائورت قابل انجام است و در موارد بسیار نادری ممکن است نیازمند ترمیم یا تعویض دریچه ائورت باشیم (۱۰). نتایج عمل جراحی فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت معمولاً بسیار خوب و بدون مرگ و میر است. با یک رزکسیون کامل فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت شانس عود تومور بسیار کم می باشد. در یک مطالعه ۳ ساله پس از رزکسیون موفق فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت هیچ موردی از عود تومور مشاهده نشد. (۱۱)

تشکر و قدردانی

از زحمات خانم تقی زاده منشی گروه جراحی قلب آقای محمد روحی گل خطمی و مجتبی رفاهی که در تهیه و ویرایش مقاله نقش داشته اند تشکر و قدردانی می شود

اثر آن دچار انسداد می شوند علاوه بر عروق کرونری عروق مغزی و عروق چشمی است (۶). به علت نرم و شکننده بودن فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت در مواردی که تشخیص آن از قبل داده شده است انجام آنژیوگرافی عروق کرونری باید بسیار با احتیاط باشد تا خطر آمبولیزاسیون این تومور دریچه ای و عوارض آن به حداقل برسد (۷). همانطور که قبلاً ذکر شد اکثریت موارد فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت بدون علامت بالینی هستند اگر چه طیف آن از کاملاً بدون علامت تا سنکوپ و مرگ ناگهانی متفاوت است (۸). می توان علائم مربوط به فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت به دو گروه علائم قلبی و عوارض ترومبوآمبولیسم تقسیم کرد. تظاهرات قلبی شایع آن شامل آنژین صدری متناوب و سنکوپ و انفارکتوس قلبی و اریتمی های دهلیزی و بطنی و انسداد مجرای خروجی بطن چپ به صورت جزئی یا کامل باشد. شایع ترین عوارض ترومبوآمبولیسم شامل سکنه های مغزی و کوری است. امروزه با پیشرفت روشهای تشخیصی کشف اکثر موارد فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت در دوره قبل از جراحی و در بیشتر موارد با اکوکاردیوگرافی صورت می گیرد (۷، ۸). در اکوکاردیوگرافی این تومور معمولاً به صورت یک ضایعه پاپیلری پایه دار و کاملاً متحرک خود را نشان می دهد و معمولاً نمای کاملاً تشخیصی دارد. اگرچه مداخله جراحی برای فیبروالاستوم پاپیلری دریچه ائورت بدون علامت بالینی و کشف شده به صورت اتفاقی مورد اختلاف است ولی تمام محققان بر اندیکاسیون رزکسیون برای

References:

1. Bossert T, Gummert JF, Battellini R, Richter M, Barten M, Walther T, et al. Surgical experience with 77 primary cardiac tumors. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2005;4(4):311-315.
2. Davoli G, Bizzarri F, Enrico T, Carone E, Muzzi L, Frati G, et al. Double papillary fibroelastoma of the aortic valve. *Tex Heart Inst J* 2004;31(4):448-449.
3. Malik MF, Sagar K, Wynsen JC, Kenny D. Evolution of a papillary fibroelastoma. *J Am Soc Echocardiogr* 1998;11(1):924.
4. Edwards FH, Hale D, Cohen A, Thompson L, Pezzella AT, Virmani R. Primary cardiac valve tumors. *Ann Thorac Surg* 1991;52(5):1127-1131
5. Gowda RM, Khan IA, Nair CK, Mehta NJ, Vasavada BC, Sacchi TJ. Cardiac papillary fibroelastoma: a comprehensive analysis of 725 cases. *Am Heart J* 2003;146(3):404-410.
6. Her AY, Kim YH, Heo JW, Yie K, Lee S. Papillary fibroelastoma of the aortic valve with atypical chest pain: late presentation with acute myocardial infarction and cardiac arrest. *J Card Surg* 2012;27(3):327-330.

7. Bussani R, Silvestri F. Images in cardiovascular medicine. Sudden death in a woman with fibroelastoma of the aortic valve chronically occluding the right coronary ostium. *Circulation* 1999;100(21):2204.
8. Levinsky L, Srinivasan V, Gingell RL, Fisher JE, Pieroni DR, Choh JH, et al. Papillary fibroelastoma of aortic and mitral valves following myectomy for idiopathic hypertrophic subaortic stenosis. *Thorac Cardiovasc Surg* 1981;29 (3):187-191.
9. Joffe II, Jacobs LE, Owen AN, Ioli A, Kotler MN. Rapid development of a papillary fibroelastoma with associated thrombus: the role of transthoracic and transesophageal echocardiography. *Echocardiography* 1997;14(3):287-292.
10. Raju V, Srinivasan M, Padmanaban C, Soundararajan S, Kuppanna PJ. Left main coronary artery embolus: unusual presentation of papillary fibroelastoma of the aortic valve. *Tex Heart Inst J* 2010;37(3):365-367.
11. Westhof FB, Chryssagis K, Liangos A, Batz G, Diegeler A. Aortic valve leaflet reconstruction after excision of a papillary fibroelastoma using autologous pericardium. *Thorac Cardiovasc Surg* 2007;55(3):204-207.