

اولسر سوراخ کننده غیر تروماتیک آترواسکلروتیک آئورت توراسیک نزولی

بدون تشکیل هماتوم همراه : گزارش یک مورد

دکتر مریم نباتی*^۱، دکتر سمیرا اسلامی^۲، رازان پیران^۳

۱- متخصص قلب و عروق، استادیار، گروه قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲- متخصص قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

۳- متخصص قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی گیلان.

چکیده

اولسر سوراخ کننده غیر تروماتیکی وضعیتی است که در آن یک ضایعه آترواسکلروتیک آئورت لامینای الاستیک داخلی را به داخل مدیا سوراخ می‌کند. افتراق این زخم از علل دیگر سندرم حاد آئورت مانند هماتوم اینترامورال و دایسکشن آئورت مشکل است. علامت اصلی درد حاد و شدید قفسه‌سینه است که به بین دو کتف تیر می‌کشد و مشابه درد دایسکشن آئورت توراسیک است. در این مقاله یک خانم ۵۲ ساله معرفی می‌شود که درد رترواسترنال طولانی مدت داشت و اولسر سوراخ کننده آترواسکلروتیک آئورت توراسیک نزولی برای وی تشخیص داده شد. برخلاف تابلوی غالب بیماری، در این بیمار هیچ نوع شکل‌گیری هماتوم دیواره آئورت در اکسوی ترانس ازوفازیاال و سی تی آنژیوگرافی مشاهده نشد.

کلید واژه‌ها: سندرم حاد آئورت، پارگی آئورت، هماتوم اینترامورال، اولسر سوراخ کننده آئورت

* نویسنده مسؤول: دکتر مریم نباتی، پست الکترونیکی dr.mr.nabati@gmail.com

نشانی: ساری، بیمارستان حضرت فاطمه زهرا (س)، گروه قلب و عروق، تلفن و نمابر ۰۱۵۱-۲۲۲۴۰۰۲

وصول مقاله: ۹۲/۲/۱۱، اصلاح نهایی: ۹۲/۴/۱۰، پذیرش مقاله: ۹۲/۴/۱۲

مقدمه

الاستیک داخلی به داخل مدیا خوردگی ایجاد کرده و اولسر شده و سبب ایجاد اولسر سوراخ کننده آئورت شوند (۶و۵). علاوه بر دایسکشن آئورت تیپیک علل سندرم حاد آئورت شامل هماتوم اینترامورال آئورت و اولسر سوراخ کننده آئورت نیز می‌شود (۷). اگرچه در شروع تظاهرات کلینیکی این بیماری‌ها مشابه هستند؛ پاتوژنز و یافته‌های تشخیصی آنها متفاوتند؛ اما همه آنها می‌توانند به سرعت دچار عوارض تهدید کننده حیات شوند (۸).

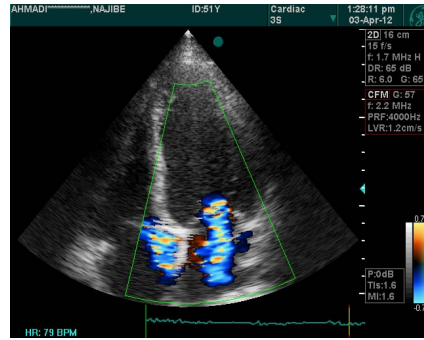
این عارضه بیشتر افراد مسن دچار آترواسکلروز آئورت و بیماری‌های همزمان مانند پرفشاری خون، دیابت ملیتوس، نارسایی قلبی، بیماری انسدادی مزمن ریوی و نارسایی مزمن کلیه را درگیر می‌کند (۸). در این مقاله موردی نادر از اولسر سوراخ کننده غیر تروماتیک آترواسکلروتیک آئورت توراسیک نزولی بدون تشکیل هماتوم همراه گزارش می‌گردد.

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۵۲ ساله بود که با درد سینه رترواسترنال طولانی مدت با انتشار به پشت به بیمارستان حضرت فاطمه زهرا (س) ساری در سال ۱۳۹۲ مراجعه کرد.

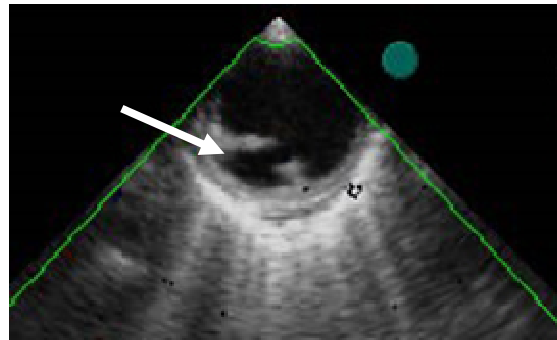
سندرم حاد آئورت اصطلاحی است که دیسکسیون آئورت، هماتوم داخل دیواره و اولسر سوراخ کننده آترواسکلروتیک را دربرمی‌گیرد. انسیدانس آن ۳/۵-۲/۶ مورد در صد هزار نفر در سال است (۱). در مطالعه‌ای ۹ درصد این موارد را اولسر سوراخ کننده تشکیل داده بود (۲). اولسر سوراخ کننده آترواسکلروتیک آئورت توراسیک (penetrating atherosclerotic ulcer: PAU) اولین بار توسط Shennan در سال ۱۹۳۴ توضیح داده شد (۳) و وضعیتی است که در آن یک ضایعه آترواسکلروتیک آئورت لامینای الاستیک داخلی را به داخل مدیا سوراخ می‌کند و اغلب همراه با تشکیل هماتوم در لایه مدیای دیواره آئورت است که به دلیل نفوذ خون به لایه مدیا و ضربه جریان خون به این لایه و ایجاد خونریزی در آن است (۴). این بیماری در بسیاری از مواقع ممکن است بی‌علامت باشد. در صورت علامت دار شدن، علایم کلینیکی اولیه بیماری شبیه پارگی کلاسیک آئورت است. این بیماری جزئی از سندرم حاد آئورت است. بنابراین در تشخیص و درمان آن بایستی دقت شود. پلاک‌های آترواسکلروتیک ممکن است از لامینای

بیمار سابقه دیابت، پرفشاری خون، دیس لیپیدمی و بیماری ایسکمیک قلبی داشت. بیمار ۱۵ سال قبل تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونری قرار گرفته بود. سابقه سکته مغزی دو سال پیش داشت که منجر به فلج هر چهار اندام شده بود. در معاینه علائم حیاتی، فشار خون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و نبض ۷۰ ضربان در دقیقه داشت. سمع قلب سوفل هولوسیستولیک ۳/۶ در آپکس و حاشیه چپ استرنوم داشت. در اکوکاردیوگرافی ترانس توراسیک دیسفاکشن متوسط کارکرد سیستولیک بطن چپ و نارسایی متوسط دریچه میترال و تریکوسپید داشت (شکل یک).



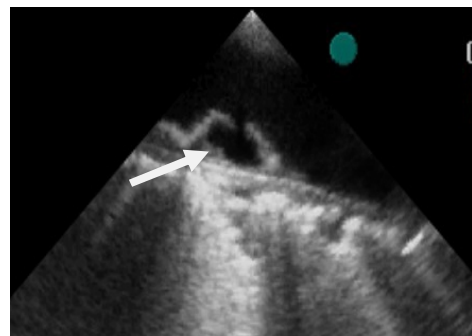
شکل ۱: نارسایی دریچه های میترال و تریکوسپید در اکوکاردیوگرافی ترانس توراسیک

در اکوکاردیوگرافی ترانس ازوفازیاال در بررسی آنورت نزولی یک اولسر سوراخ کننده آتروسکلروتیک در آنورت توراسیک نزولی مشاهده شد؛ ولی هیچ نوع شاهدهی از شکل گیری هماتوم وجود نداشت (شکل های ۲ و ۳).



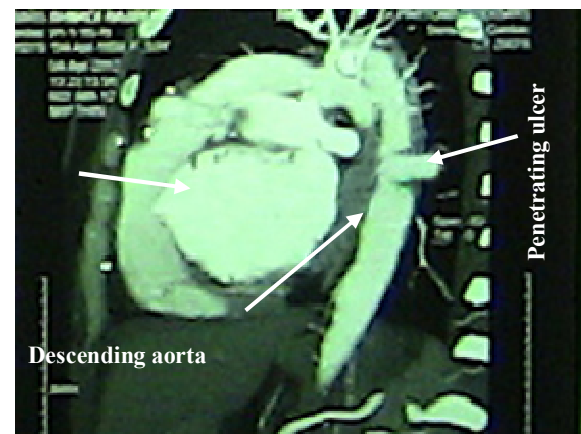
شکل ۲: اولسر سوراخ کننده آتروسکلروتیک آنورت توراسیک نزولی در اکوکاردیوگرافی ترانس ازوفازیاال در نمای عرضی

در سی تی آنژیوگرافی آتروسکلروز پیشرفته در قوس آنورت آنورت نزولی و شکمی با پلاک اولسره در قسمت میانی آنورت توراسیک بدون تشکیل هماتوم و افزایش قطر مشاهده شد. همچنین تنگی قابل توجه در پروگزیمال شریان مزانتریک فوقانی و شرایین کلیوی راست و چپ داشت. مایع در فضای پلورال هر دو سمت نیز دیده شد (شکل ۴).



شکل ۳: اولسر سوراخ کننده آتروسکلروتیک آنورت توراسیک نزولی در اکوکاردیوگرافی ترانس ازوفازیاال در نمای طولی

با توجه به درد قفسه سینه، عدم پیشرفت موج مثبت در لیدهای پره کوردیال در الکتروکاردیوگرام و افزایش آنزیم های قلبی آنژیوگرافی کرونر برای بیمار انجام شد که تنگی های شدید در گرفت های وریدی داشت؛ اما به دلیل بیماری های همراه و پرخطر بودن جراحی بیمار کاندید درمان طبی شد. برای اولسر آنورت و آتروسکلروز پیشرفته نیز برای بیمار درمان طبی توصیه شد که به صورت درمان دارویی کنترل فشارخون با بتابلوکرها (قرص متورال ۵۰ میلی گرم دو بار در روز) و مهارکننده های آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین (قرص کاپتوپریل ۲۵ میلی گرم دو بار در روز) و درمان ضدپلاکتی با آسپرین (۸۰ میلی گرم در روز) و نیترات ها (قرص نیتروکانتین ۲/۶ میلی گرم دو بار در روز) بود.



شکل ۴: تصاویر سی تی آنژیوگرافی اولسر سوراخ کننده آتروسکلروتیک آنورت توراسیک نزولی

بحث

علامت اصلی اولسر سوراخ کننده آتروسکلروتیک آنورت توراسیک نزولی شامل درد حاد و شدید قفسه سینه است که به بین دو کتف تیر می کشد و مشابه درد دایسکشن آنورت توراسیک است. در بیمار ما نیز علائم کلینیکی درد رترواسترنال با انتشار به پشت وجود داشت. این ضایعه در سی تی اسکن و آنورتوگرافی به شکل یک کیسه پر از کنتراست، بدون حضور فلاپ دایسکشن یا لومن کاذب همزمان دیده می شود. ضایعات دژنراتیو و کلسیفیکاسیون وسیع آنورت معمولاً در سایر نواحی دور از اولسر دیده می شوند (۹ و ۱۰). اکوکاردیوگرافی ترانس ازوفازیاال یک

قادر به تحمل جراحی نیستند؛ روش مطلوبی است. بعد از این درمان پیگیری بیمار با سی تی اسکن برای دیدن عوارض احتمالی ضروری است. اولسرهاى آنورت توراسیک نزولی، به دلیل این که احتمال پارگی آنها با روش‌های تصویربرداری زود هنگام قابل ارزیابی نیست؛ باید با جدیت درمان شوند و به ویژه در ماه اول پس از شروع علائم، براساس یافته‌های کلینیکی و رادیولوژیک پیگیری شوند (۱۳ و ۱۴).

با توجه به نظر برخی محققین دو راه برای برخورد با این بیماری (اولسرهاى آنورت توراسیک نزولی شامل درمان محافظه کارانه و ترمیم اندوواسکولار وجود دارد (۱۵). به طور کلی، در بیمار با اولسر آنورت توراسیک نزولی وقتی ضایعه شرایط پایدار دارد؛ درمان محافظه کارانه ارجح است و در صورت بروز نشانه‌های پیشرفت بیماری آنورت مداخله زود هنگام ضروری است. نشانه‌های پیشرفت بیماری شامل درد قفسه سینه پایدار علی‌رغم درمان طبی، افزایش ضخامت جدار آنورت، اولسر با دیامتر بیشتر از ۲۰ میلی‌متر یا با عمق بیش از ۱۰ میلی‌متر، افزایش وسعت هماتوم، برجسته شدن هماتوم، خروج خون از ادوانتیس، پلورال افیوزن افزایش‌یافته اینترا مورال هماتوم در حضور اولسر سوراخ کننده آنورت است (۹ و ۱۶).

بیمار ما به دلیل بیماری‌های شدید همراه با توجه به خطر بالای داوطلب درمان طبی شد. در عین حال درمان اندوواسکولار با استنت-گرافت در دست یک پزشک ماهر، روش مفید و کم خطری است و در صورت رضایت بیمار قابل انجام است (۱۴).

ظهور درمان اندوواسکولار چشم‌انداز جدیدی در درمان سندرم آنورت حاد درگیر کننده آنورت نزولی گشوده است که می‌تواند باعث تغییر سیر بیماری و بهتر شدن عاقبت آن شود. این بیماری علی‌رغم پیشرفت‌های تشخیصی و درمانی در دهه‌های اخیر، همچنان دارای مرگ و میر بالایی است. فهم بیشتر سیر طبیعی و پیش‌آگهی این بیماری در انتخاب استراتژی‌های درمانی مناسب کمک کننده است.

نتیجه‌گیری

بیمار گزارش شده، فرم نادری از اولسر سوراخ کننده آنورت را نشان داد که بدون شکل‌گیری هماتوم و اتساع دیواره آنورت بود که ممکن است نشانگر مرحله حاد بیماری باشد. پیش‌آگهی و عاقبت مشابه با فرم‌های غالب بیماری در بیمار و نیز علت عدم تشکیل هماتوم نامشخص بود.

References

1. Sabnis GR, Trivedi TH, Kamath SA, Moulick ND, Deshmukh H, Rathod K. Acute aortic syndrome--penetrating atherosclerotic ulcer with contained rupture managed by endovascular stent-grafting. J Assoc Physicians India. 2011 Jan;59:59-61.
2. Coady MA, Rizzo JA, Elefteriades JA. Pathologic variants of thoracic aortic dissections. Penetrating atherosclerotic ulcers and intramural hematomas. Cardiol Clin. 1999 Nov;17(4):637-57.

اولسر شبیه دهانه آتشفشان با لبه‌های دنداندار را نشان می‌دهد که معمولاً با آترومای وسیع آنورت همراه است؛ اما فلپ اینتیمال یا لومن کاذب دیده نمی‌شود که مشابه تظاهر اکوی ترانس ازوفاژیال در بیمار ما بود.

در مورد تاریخچه اولسر سوراخ کننده آترواسکلروتیک آنورت اطلاعات کمی در دست است. همچنین اکثر نویسندگان معتقدند که این بیماری پروگنوز بدتری نسبت به دایسکشن کلاسیک آنورت دارد (۹ و ۱۰)؛ اما Harris و همکاران گزارش داد که پیشرفت این بیماری آهسته است و شیوع پارگی حاد یا سایر عوارض تهدید کننده حیات، کم است (۱۱). در مطالعه Stanson و همکاران ۱۳ مورد از ۱۶ بیمار درد پشت یا قفسه سینه داشتند (۴)؛ اما در مطالعه Harris و همکاران فقط ۴ مورد از ۱۸ بیمار این علائم را نشان دادند (۱۱).

درد یکی از مهم‌ترین عوامل اندیکاسیون جراحی است (۵). درمان ایده‌آل برای این بیماری بالقوه کشنده به خوبی شناخته شده نیست. اولسر سوراخ کننده آترواسکلروتیک آنورتی که آنورت صعودی را درگیر کند؛ نادر است و معمولاً پاره می‌شود و اغلب کشنده است. بنابراین درمان اورژانسی جراحی توصیه می‌شود. بیماران با اولسر سوراخ کننده آترواسکلروتیک آنورت توراسیک نزولی را می‌توان مانند دایسکشن آنورت نزولی در ابتدا به طور محافظه کارانه درمان کرد و با یک درمان طبی شدید و نظارت مداوم پیگیری نمود. به هر حال، اولسر سوراخ کننده آترواسکلروتیک آنورت و هماتوم اینترا مورال بسیار کشنده‌تر از دایسکشن کلاسیک آنورت هستند (۹).

به دلیل این که اولسر سوراخ کننده آترواسکلروتیک آنورت معمولاً افراد مسن را درگیر می‌کند که آترواسکلروز وسیع و سایر بیماری‌های همزمان نیز دارند؛ بیماران با اولسر سوراخ کننده در آنورت نزولی کاندیداهای خوبی برای عمل جراحی نیستند. به دلیل موربیدیتی‌های جراحی، درمان اندوواسکولار روش جایگزین جذاب‌تری در بیماران پرخطر است (۱۰ و ۱۲). بیمار ما نیز آترواسکلروز منتشر آنورت و دیابت و سابقه سکتة مغزی و بیماری شدید عروق کرونری داشت.

اخیراً روش‌های درمانی اندوواسکولار با استنت-گرافت برای دایسکشن آنورت و زخم‌های سوراخ کننده آنورت به طور موفقیت‌آمیزی انجام شده است (۱۲). این روش برای بیمارانی که

3. Shennan T. Dissecting Aneurysms. Medical Research Council, Special Report Series No 193. 1934.

4. Hayashi H, Matsuoka Y, Sakamoto I, Sueyoshi E, Okimoto T, Hayashi K, et al. Penetrating atherosclerotic ulcer of the aorta: imaging features and disease concept. Radiographics. 2000 Jul-Aug; 20(4):995-1005.

5. Stanson AW, Kazmier FJ, Hollier LH, Edwards WD, Pairolero PC, Sheedy PF, et al. Penetrating atherosclerotic ulcers of the thoracic aorta: natural history and clinicopathologic correlations. *Ann Vasc Surg.* 1986 May;1(1):15-23.
6. Cooke JP, Kazmier FJ, Orszulak TA. The penetrating aortic ulcer: pathologic manifestations, diagnosis and management. *Mayo Clin Proc.* 1988 Jul;63(7):718-25.
7. O'Gara PT, DeSanctis RW. Acute aortic dissection and its variants. Toward a common diagnostic and therapeutic approach. *Circulation.* 1995 Sep;92(6):1376-8.
8. Movsowitz HD, Lampert C, Jacobs LE, Kotler MN. Penetrating atherosclerotic aortic ulcers. *Am Heart J.* 1994 Dec;128(6 Pt 1):1210-7.
9. Coady MA, Rizzo JA, Hammond GL, Pierce JG, Kopf GS, Elefteriades JA. Penetrating ulcer of the thoracic aorta: what is it? How do we recognize it? How do we manage it? *J Vasc Surg.* 1998 Jun;27(6):1006-15.
10. Baikoussis NG, Apostolakis EE, Kalogeropoulou C, Dougenis D. Endovascular stent: grafting in penetrating atherosclerotic ulcer of the thoracic aorta. *J Card Surg.* 2009 Nov-Dec;24(6):725-6.
11. Harris JA, Bis KG, Glover JL, Bendick PJ, Shetty A, Brown OW. Penetrating atherosclerotic ulcers of the aorta. *J Vasc Surg.* 1994 Jan;19(1):90-8.
12. Brittenden J, McBride K, McInnes G, Gillespie IN, Bradbury AW. The use of endovascular stents in the treatment of penetrating ulcers of the thoracic aorta. *J Vasc Surg.* 1999 Nov;30(5):946-9.
13. Tittle SL, Lynch RJ, Cole PE, Singh HS, Rizzo JA, Kopf GS, et al. Midterm follow-up of penetrating ulcer and intramural hematoma of the aorta. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2002 Jun;123(6):1051-9.
14. Baikoussis NG, Apostolakis EE. Penetrating atherosclerotic ulcer of the thoracic aorta: diagnosis and treatment. *Hellenic J Cardiol.* 2010 Mar-Apr;51(2):153-7.
15. Lansman SL, Saunders PC, Malekan R, Spielvogel D. Acute aortic syndrome. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2010 Dec;140(6 Suppl):S92-7.
16. Coady MA, Rizzo JA, Elefteriades JA. Pathologic variants of thoracic aortic dissections. Penetrating atherosclerotic ulcers and intramural hematomas. *Cardiol Clin.* 1999 Nov;17(4):637-57.

Case Report

Non traumatic penetrating atherosclerotic ulcer of the thoracic descending aorta without associated intramural hematoma:a case report

Nabati M (M.D)¹, Eslami S (M.D)², Piran R (M.D)³

¹Assistant Professor, Department of Cardiology, Fellowship of Echocardiography, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. ²Cardiologist, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

³Cardiologist, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Abstract

Penetrating atheromatous ulcer is the condition in which ulceration of an aortic atherosclerotic lesion penetrates the internal elastic lamina into the media. Differentiation of penetrating atheromatous ulcer from other causes of acute aortic syndrome such as intramural haematoma and aortic dissection is difficult. The main symptom is a severe, acute chest pain radiating to the inter-scapular area, similar to classical acute aortic dissection of the thoracic aorta. In present article a case of a 52 years old woman with long- standing retrosternal chest pain and with penetrating atherosclerotic aortic ulcer in descending aorta was reported. Unlike the predominant picture of this disease, associated intramural hematoma was not seen.

Keywords: Acute aortic syndrome, Aortic dissection, Intramural hematoma, Penetrating aortic ulcer

* **Corresponding Author:** Nabati M (M.D), E-mail: dr.mr.nabati@gmail.com

Received 1 May 2013

Revised 1 July 2013

Accepted 3 July 2013