

گزارش مورد

جدا شدن شریان کرونر اصلی چپ از سینوس والسالوای سمت راست

دکتر بابک باقری^۱، دکتر وحید مخبری^۱، دکتر نگین اکبری^{۲*}، دکتر صمد گلشنی^۱، دکتر ساسان طیبیان^۱
۱- استادیار گروه قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲- دستیار تخصصی قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی مازندران.

چکیده

جدا شدن شریان کرونر اصلی چپ از سینوس والسالوای سمت راست بسیار نادر بوده و انسیدانس ۱-۳٪ درصد در جمعیت عادی دارد. برای مشخص کردن تیپ آنومالی، سی تی آنژیوگرافی بسیار کمک کننده است؛ اما در بسیاری اوقات، نمای آنژیوگرافی در نمای *right anterior oblique* نوع مسیر کرونر را نشان می‌دهد. آنومالی شریان کرونر چپ از سینوس والسالوای سمت راست، ممکن است با انفارکتوس میوکارد یا مرگ ناگهانی قلبی تظاهر کند. به همین علت شناخت آن از اهمیت بالایی برخوردار است. در این مقاله بیماری گزارش می‌شود که به علت آنژین بعد از انفارکتوس میوکارد به منظور آنژیوگرافی کرونر به بیمارستان ارجاع شد و ناهنجاری جدا شدن شریان کرونر اصلی چپ از سینوس والسالوای سمت راست در وی مشاهده گردید.

کلید واژه‌ها: ناهنجاری شریان کرونر، انفارکتوس میوکارد، مرگ ناگهانی قلبی

* نویسنده مسئول: دکتر نگین اکبری، پست الکترونیکی nm_akbari12@yahoo.com

نشانی: ساری، مرکز قلب مازندران، بیمارستان حضرت فاطمه (س)، واحد آموزش، تلفن ۰۱۵۱-۲۲۲۴۰۰۲

وصول: ۹۱/۵/۱۴، اصلاح نهایی: ۹۲/۱/۲۶، پذیرش مقاله: ۹۲/۳/۱۲

مقدمه

ناهنجاری در محل جدا شدن شریان‌های کرونر از سینوس والسالوا نادر بوده و تظاهرات آن در طیف بدون علائم بالینی تا مرگ ناگهانی متغیر است و انسیدانس آن ۱-۳٪ درصد در جمعیت عادی گزارش شده است (۱).

برای مشخص کردن تیپ ناهنجاری، سی تی آنژیوگرافی بسیار کمک کننده است؛ اما در بسیاری اوقات، نمای آنژیوگرافی در نمای RAO نوع مسیر کرونر را نشان داده و به انجام سی تی آنژیوگرافی نیازی نیست (۲). این ناهنجاری ممکن است با انفارکتوس میوکارد یا مرگ تظاهر یابد (۱).

در این مقاله گزارش بیماری مطرح شده است که به علت آنژین بعد از انفارکتوس میوکارد به منظور آنژیوگرافی کرونر به بیمارستان حضرت فاطمه (س) ساری ارجاع شد.

گزارش بیماری

بیمار زنی ۷۹ ساله است که با تشخیص انفارکتوس قدامی میوکارد در مرکز درمانی دیگر پذیرش شده بود و با توجه به آنژین بعد از انفارکتوس به منظور آنژیوگرافی کرونر به بیمارستان حضرت فاطمه (س) ساری در سال ۱۳۹۰ ارجاع گردید. وی سابقه دردهای تیبیک قفسه‌سینه را از ۲ سال قبل از پذیرش ذکر می‌نمود. همچنین به خاطر سابقه ابتلا به بیماری دیابت و پرفشاری خون تحت درمان دارویی قرار داشت. در بدو پذیرش، علائم بالینی بیمار شامل دمای

بدن ۳۷/۱ درجه سانتی‌گراد، تعداد تنفس ۱۶ بار در دقیقه، فشارخون خون ۱۳۰/۸۵ میلی‌متر جیوه و تعداد ضربان قلب ۸۰ بار در دقیقه بود. در معاینه بیمار فشار ورید جوگولار و سمع قلب طبیعی بود و در قواعد ریه‌ها، کراکل مرطوب شنیده شد.

ECG ۱۲ لید بیمار در حال استراحت صعود قطعه ST و موج Q در لیدهای V2، V3 و V4 را نشان داد. در آزمایشات بیمار تروپونین بالا گزارش شد. در اکوی ترانس‌توراسیک انجام شده LVEF ۲۵ درصد همراه با آکینزی سپتوم و دیس‌کینزی آپکس مشهود بود. با توجه به آنژین بعد از انفارکتوس میوکارد، بیمار تحت آنژیوگرافی کرونر قرار گرفت و جدایی شریان اصلی چپ از سینوس والسالوای راست همراه با تنگی در شریان LAD و LCX مشخص شد (شکل‌های ۱ و ۲).



شکل ۱: جدا شدن شریان اصلی چپ از سینوس والسالوای راست

یافته از مرگ ناگهانی قلبی) توجیه نشده، آریتمی‌های تهدید کننده حیات، سمپتوم‌های ایسکمیک توجیه نشده و یا دیس‌فانکشن بطن چپ که علتی برای آن یافت نشده، اسکرین ناهنجاری‌های کرونر کلاس I است (۶).

ناهنجاری‌های کرونر با خطر افزایش یافته انفارکتوس یا ایسکمی میوکارد و مرگ ناگهانی قلبی همراه است. هرچند مکانیسم مرگ ناگهانی قلبی چندان مشخص نیست؛ ولی شواهدی از گرفتار شدن فشرده شدن کرونر بین آنورت و RVOT یافت شده است. از علل دیگر آن، کورس اینترا آئورتال و زاویه حاده ابتدای شریان است. به نظر می‌رسد بیشترین علت مرگ ناگهانی قلبی، کورس اینترا آئورتال باشد. تشخیص زودرس و درمان جراحی برای این ناهنجاری‌های کرونر مهم است. چون باعث تصحیح آن و ریکاوری کامل می‌شود. اگر کورس شریان کرونر چپ، پوسترئور به آئورت باشد؛ درمان کانزرواتو توصیه می‌شود (۵).

در بیمار ما که با انفارکتوس قدیمی مراجعه نمود؛ سابقه ای از دردهای تیپیک فقسه‌سینه از ۲ سال قبل با FCII وجود داشت. آنژیوگرافی کرونر منشأ غیرطبیعی شریان اصلی چپ از سینوس والسالوای راست از نوع سپتال همراه با تنگی شریان‌های LAD و LCX را نشان داد که با توجه به تیپ ناهنجاری، علت انفارکتوس میوکارد در نتیجه کورس غیرطبیعی شریان نبود و به علت ضایعات آترواسکلروتیک کرونری رخ داده بود. با توجه به مورفولوژی ضایعات و منتشر بودن آنها در عروق و بافت غیرزنده قلب، درمان دارویی به بیمار توصیه شد.

نتیجه‌گیری

برای تشخیص تیپ ناهنجاری کرونر، سی تی آنژیوگرافی بسیار کمک کننده است؛ ولی در بیمار گزارش شده با توجه به نمای آنژیوگرافی، کورس سپتال کاملاً مشخص بود و با توجه به شرایط بالینی کاندید عمل بای پس عروق نبود. لذا انجام سی تی آنژیوگرافی برای تعیین دقیق مسیر کرونر ضرورت نداشت و برای بیمار درمان دارویی با حداکثر دوز انجام گردید.

References

1. Carvalho MS, Gonçalves Pde A, Marques H, de Sousa PJ, Calé R, Dorez H, et al. [Anomalous origin of left coronary artery: a malignant interarterial variant with a benign clinical course]. Rev Port Cardiol. 2012 Jun;31(6):455-8. [Article in Portuguese]
2. King S, Yeung A. Interventional Cardiology. 1st. New York: McGraw-Hill Professional. 2006; pp: 1-10.
3. Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 9th. Philadelphia: Saunders Company. 2011; p: 423.
4. Mohammad Khalil K, Riyaz B. Anomalous origin of the left main coronary artery with an intraseptal course identified by transesophageal echocardiography and role of various diagnostic



شکل ۲: تنگی در دو شریان LAD و LCX

شریان LAD دارای run off نامطلوب بود و به همین علت برای رواسکولاریزیشن مناسب نبود. همچنین با توجه به ضایعات منتشر در شریان LCX و وجود دیس کینزی دراگو که نشانه زنده نبودن بافت قلبی بود؛ درمان دارویی با حداکثر دوز توصیه گردید.

بحث

تعداد موارد جدا شدن کرونر چپ از سینوس والسالوای سمت راست بسیار نادر بوده و شامل چهار تیپ است. تیپ A) انتریور (پرپولمونیک): شریان کرونر چپ از قدام شریان پولمونر عبور می‌کند. تیپ B) اینترا آئورتال: شریان کرونر چپ از میان شریان آئورت و پولمونر منشأ می‌گیرد. تیپ C) سپتال: شریان کرونر چپ از میان کریستا سوپرا ترمینالیس می‌گذرد. تیپ D) رترو آئورتیک: شریان کرونر چپ از خلف آئورت حرکت می‌کند (۳).

Hobbs و Yamanaka بزرگ‌ترین سری از ناهنجاری‌های کرونر را به واسطه آنژیوگرافی کرونر منتشر کردند. آنها انسیدانس کورس اینترا آئورتال را نادر گزارش نمودند. در حالی که کورس سپتال، شایع‌ترین شکل آن است (۴). کورس اینترا آئورتال با بدترین پروگنوز و مرگ ناگهانی قلبی بالای ۵۰ درصد همراه است که بیشتر حین یا اندکی بعد از فعالیت اتفاق می‌افتد (۵).

شناسایی ناهنجاری‌های کرونر بسیار وابسته به ظن بالینی است. مطابق گایدلاین ACC/AHA، در بیماران با Aborted SCD (نجات

modalities. Internet J Cardiovasc Res. 2006; 5(1): 50-7.

5. Karamichalis JM, Vricella LA, Murphy DJ, Reitz BA. Simplified technique for correction of anomalous origin of left coronary artery from the anterior aortic sinus. Ann Thorac Surg. 2003 Jul;76(1):266-7.

6. Slim A, Thurlow J, Blevins J, Martinho Sh, Markelz B. Discovery of a symptomatic left anomalous coronary artery from the opposite sinus and postoperative considerations. Case Report in Medicine. 2009; Article ID 509064 (3 pages). Available at : <http://dx.doi.org/10.1155/2009/509064>.

Case Report

Origin of left coronary artery arising from the right coronary cusp

Bagheri B (MD)¹, Mokhberi V (MD)¹
Akbari N (MD)^{*2}, Golshani S (MD)¹, Tabiban S (MD)¹

¹Assistant Professor, Department of Cardiology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. ²Resident of Cardiology, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

Abstract

Anomalous coronary artery origin is a rare clinical entity with varied clinical outcomes ranging from asymptomatic to sudden cardiac death. The incidence of anomalous origin of left coronary artery arising from the right coronary cusp is 0.3-1%. CT angiography is the choice method for coronary anomalies, but often coronary angiography in RAO (right anterior oblique) view shows the coronary course. We present a case that referred to our hospital with post myocardial infarction angina for coronary angiography. A resting 12-lead electrocardiogram showed ST-segment elevation in leads v2, v3, v4. A transthoracic echocardiogram indicated LVEF 25% (Left ventricular ejection fraction), septal akinesia and apical dyskinesia. Coronary Angiography showed an anomalous origin of the left coronary artery from the right coronary cusp and significant stenosis in LAD (left anterior descending) and LCX (left circumflex) arteries with poor run off.

Keywords: Anomalous coronary artery, Myocardial infarction, Sudden cardiac death

* **Corresponding Author:** Akbari N (MD), E-mail: nm_akbari12@yahoo.com

Received 4 August 2012

Revised 15 April 2013

Accepted 2 June 2013