

گزارش یک مورد انفارکتوس حاد قلبی در یک خانم جوان با تنگی شدید دریچه میترا ل و مصرف OCP

لیلی ایرانی راد^{۱*}، عبدالله جعفری^۲

چکیده

زمینه و هدف: انفارکتوس حاد قلبی عارضه نادر تنگی دریچه میترا ل است، که در موارد بسیار نادر در پی مصرف قرص‌های ضد بارداری خوراکی (OCP) رخ می‌دهد.

معرفی مورد: بیمار خانم ۲۸ ساله‌ای است که با شکایت درد قفسه سینه شدید و تپیک ایسکمی به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده بود. الکتروکاردیوگرام؛ ST elevation را در لیدهای II, III, avf و ST Depression را در لیدهای قدامی نشان داد. همچنین تروپونین I تا ۱۶ μg/l افزایش داشت. در این بیمار تشخیص MI سطح تحتانی و لترال قلب داده شد. بیمار سابقه تنگی نفس را بعد از فعالیت فیزیکی در ۲ سال گذشته نیز ذکر کرد، و از بیماری دریچه‌ای خود آگاه بود. همچنین بیمار اظهار داشت در ۳ ماه اخیر قرص ضد بارداری مصرف کرده است. اکوی ترانس توراسیک؛ تنگی شدید دریچه میترا ل (سطح دریچه زیر ۱ cm) و هیپوکینزی شدید دیواره لترال و اینفریور را نشان داد. عروق کرونر در آنژیوگرافی نرمال بود، که به نظر می‌رسید MI حاد در این بیمار با بیماری دریچه‌ای قلب، سابقه مصرف OCP و کرونر نرمال به علت ترومبوآمبولی از ترومبوس دهلیز چپ بوده است.

کلید واژه‌ها: انفارکتوس حاد قلبی؛ تنگی دریچه میترا ل؛ قرص ضد بارداری؛ ترومبوآمبولی.

^۱استادیار بیماری‌های قلب و عروق، مرکز تحقیقات قلب، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
^۲فوق تخصص قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

لیلی ایرانی راد، مرکز تحقیقات قلب، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

l.iranirad@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۶/۱

تاریخ پذیرش: ۹۱/۷/۱۱

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Iranirad L, Jafari A. A Case Report of Acute Myocardial Infarction in a Young Woman with Severe Mitral Stenosis and OCP Use. Qom Univ Med Sci J 2013;7(2):49-51. [Full Text in Persian]

مقدمه

تنگی دریچه میترال در زنان شایع تر است. این بیماری در اغلب مبتلایان تا مدت‌ها نیز بدون علامت است، لذا قابل تشخیص نیست. البته در این بیماری گاه فرد دچار درد قفسه سینه شده که بسیار شبیه الگوی درد ایسکمیک است، ولی اغلب خوش خیم می‌باشد (۱). در موارد نادری گزارش شده است که درد قفسه سینه در این بیماران به علت آمبولی به رگ قلبی بوده است (۲-۱). همچنین در زنانی که قرص‌های ضد بارداری خوراکی مصرف می‌کنند ریسک ترومبوآمبولی شریانی بیشتر است (۳). در این مقاله به معرفی زن جوانی پرداخته شده است که بدون آگاهی از تنگی دریچه میترال و با مصرف ocp دچار انفارکتوس حاد میوکارد شده بود. لذا تشخیص ایسکمیک بودن درد قفسه سینه در این بیمار با توجه به سن پایین، جنس و نداشتن ریسک فاکتور قلبی - عروقی از نظر شروع فوری درمان‌های لازم، امری حیاتی بود.

شرح مورد

بیمار خانم ۲۸ ساله خانه‌داری است که با شکایت درد قفسه سینه (Chest Pain) شدید شبانه و تنگی نفس به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده بود. درد از ۲ ساعت قبل از مراجعه شروع و به پشت و دست چپ وی منتشر شده بود، که همراه با شروع درد، تعریق شدید و استفراغ نیز ذکر گردید. همچنین بیمار از ۲ روز قبل دچار حملات طپش قلب ناگهانی و گذرا شده بود. سابقه تنگی نفس (از ۲ سال قبل) به علت داشتن فعالیت و طپش قلب مختصر را نیز ذکر نمود، که در این مورد به پزشک مراجعه نکرده بود. در ضمن، بیمار اظهار داشت از ۳ ماه قبل قرص ضد بارداری خوراکی مصرف کرده است.

در سمع قلب بیمار، سوفل و صدای اضافه مطرح‌کننده تنگی دریچه میترال بود. در سمع ریه‌ها نیز رال خفیف در قواعد ریه‌ها رؤیت شد، و در اندام تحتانی علائمی به نفع ترومبوز وریدی مشاهده نشد. نوار قلب بیمار ریتم سینوسی با PAC مکرر و ST elevation در لیدهای اینفریور و ST depp را در لیدهای انتریور و لترال نشان داد. همچنین سطح تروپونین سرم بالا بود (۱۶μg/l). با تشخیص Inf pos MI (سکته سطح تحتانی جانبی

قلب)، استرپتوکیناز و درمان آنتی‌ایسکمیک شروع شد و درد قفسه سینه بیمار بهبود یافت. تنگی نفس و رال ریوی با تزریق فوروزماید وریدی کاهش نشان داد. در روز اول بستری بیمار یک‌بار دچار تاکی‌کاردی بطنی مداوم شد، که با تزریق آمیودارون برطرف شد. در اکوی ترانس توراسیک؛ تنگی شدید دریچه میترال (سطح دریچه زیر ۱cm) و نیز هیپوکینزی شدید دیواره اینفریور و پوسترور و لترال مشاهده شد. Ejection Fraction (کسر تخلیه بطن چپ) معادل ۳۵٪ و در اکوی ترانس ازوفاژیتال ترمبوس در گوشک دهلیز چپ مشهود بود. همچنین دریچه مناسب جهت بالون زدن، دریچه از راه پوست (Percutaneous Transluminal Mitral Commissurotomy, PTMC) بود. آنژیوگرافی عروق کرونر بیمار نیز نرمال گزارش شد، که PTMC برای وی انجام شد.

بحث

آمبولی به کرونر از عوارض نادر تنگی دریچه میترال است (۴، ۵). همچنین در افرادی که قرص ضد بارداری خوراکی مصرف می‌کنند ریسک ترومبوآمبولی کرونر و انفارکت میوکارد دو برابر بیشتر است (۳). با توجه به فقدان ضایعه اترواسکلروتیک و لیز شدن ترمبوس در هر دو گروه (MI در پی مصرف ocp و MI همراه با تنگی دریچه میترال)، آنژیوگرافی کرونر بعد از مرحله حاد درد، نرمال خواهد بود و این بیماران در گروه انفارکت میوکارد با کرونر نرمال قرار می‌گیرند، البته در یک مورد حین درد قفسه سینه همراه با تنگی دریچه میترال، آنژیوگرافی انجام و آمبولی به RCA مشاهده شد که با درمان آنتی‌پلاکت و ترومبولیتیک رفع گردید (۵). در مطالعه‌ای ۱۰۰۴ مورد با تشخیص MI جهت انجام آنژیوپلاستی عروق کرونر (PCI) آنژیوگرافی شدند، که در نتیجه در ۲۶ مورد عروق قلبی نرمال بود، از این تعداد در ۱۹ مورد از ابتدا، تشخیص MI اشتباه بود، ولی ۷ مورد نیز MI واقعی داشتند، که متأسفانه به علت انجام آنژیوگرافی بعد از مرحله حاد درد، علت انفارکت نامشخص ماند (آمبولی یا اسپاسم) (۶). همچنین در بررسی روی ۹۱ بیمار نرمال، آنژیوگرام به علت MI در ۱۵/۵٪ اسپاسم، ۱۲/۸٪ اختلال انعقادی، ۲/۲٪ آمبولی و

قابل قبول است (۸،۶)، و به همین علت در این شرایط پروگنوز خوبی دارند، ولی در صورت وجود LV Dysfunction پروگنوز مطلوب نیست (۷). در این بیمار بالا رفتن شدید تروپونین و Severe Lv Systolic Dysfunction (نشانه وسعت بالای اینفارکت) رخ داده بود، که پروگنوز خوبی نداشت. به نظر می رسد اخذ شرح حال دقیق و انجام بررسی در صورت شک بالینی قبل از شروع ocp، با توجه به وسعت مصرف آن می تواند منجر به کاهش بروز این عوارض خطرناک شود.

۲/۲٪ بیماری کلاژن واسکولر بوده است (۷). بیمار ذکر شده از دو جنبه (تنگی دریچه میترال و مصرف ocp) در معرض ترومبوآمبولی قرار داشت. از جمله کنتر اندیکاسیون های مصرف ocp، وجود بیماری دریچه ای قلب عنوان شده است، ولی این case از تنگی دریچه میترال خود آگاهی نداشت، لذا این اولین مورد گزارش شده از همراهی ocp و تنگی میترال در ایجاد MI در یک بیمار محسوب می شود. در اکثر موارد MI، نرمال کرومر ساینز اینفارکت کوچک و LV Function

References:

1. Martin-Noël P, Grunwald D, Denis B, Rival M, De Courten J. Coronary Emboli in Mitral stenosis. Arch Mal Coeur Vaiss 1975;68(3):289.
2. Fouchard J, Lazarus A, Py A, Lombard E, Guerin F. Coronary Embolism Revealing Mitral Valve Stenosis. Presse Med 1994;23(1):35.
3. Baillargeon JP, McClish DK, Essah PA, Nestler JE. Association between the Current Use of Low-dose Oral Contraceptives and Cardiovascular Arterial Disease: A Meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab 2005;90(7):3863-70.
4. Bajraktari G, Kastrati S, Manaj R, Berisha I, Thaqi S, Beqiri A, et al. Acute Myocardial Infarction in a Patient with Severe Unrecognized Mitral Stenosis. Med Sci Monitor: Inter Med J Experiment Clin Res 2006;12(3):CS24.
5. Liang M, Kelly D, Puri A, Devlin G. Mitral Stenosis as a Risk Factor for Embolic Myocardial Infarction-Anticoagulation for Some Patients, Individual Treatment for All. Heart Lung Circ 2011;20(11):728-30.
6. Widimsky P, Stellova B, Groch L, Aschermann M, Branny M, Zelizko M, et al. Prevalence of Normal Coronary Angiography in the Acute Phase of Suspected ST-elevation Myocardial Infarction: Experience from the PRAGUE Studies. Can J Cardiol 2006;22(13):1147.
7. Da Costa A, Isaaz K, Faure E, Mourot S, Cerisier A, Lamaud M. Clinical Characteristics, Aetiological Factors and Long-term Prognosis of Myocardial Infarction with an Absolutely Normal Coronary Angiogram; a 3-year follow-up Study of 91 Patients. Eur Heart J 2001;22(16):1459-65.
8. Pathé M, Baron B, Gharib A, Marchand X, Rocha P, Zannier D, et al. editors. Myocardial infarction with Normal Coronary Angiography. Apropos of 9 Cases. A Retrospective and Comparative Study. Ann Cardiol Angeiol (Paris). 1996 Jan; 45(1):12-7.