

بیماری ایسکمیک شدید قلبی در شیرخوار سه ماهه ناشی از منشاء گیری نابجای شریان کرونری چپ از تنه شریان ریوی

حمیدرضا افتخاری: اداره کل پزشکی قانونی استان آذربایجان شرقی: نویسنده رابط

E-mail: Hamid-R-Eftekhari@yahoo.com

بهرام صمدی راد: مرکز تحقیقات سازمان پزشکی قانونی کشور
جابر قره داغی: مرکز تحقیقات سازمان پزشکی قانونی کشور
علیرضا نجفی: اداره کل پزشکی قانونی استان آذربایجان شرقی
آرزو مهرآرا: اداره کل پزشکی قانونی استان آذربایجان شرقی

دریافت: ۸۷/۵/۶، پذیرش: ۸۷/۷/۱۸

چکیده

کشف علل مرگ‌های ناگهانی طبیعی یکی از مشکلات عمده فراروی پزشکان می باشد و بررسی دقیق علل نادر مرگ های طبیعی ضمن کاستن موارد اتوپسی سفید کمک شایانی در اجرای عدالت می نماید. منشاء گیری نابجای عروق کرونری یکی از این موارد نادر می باشد که در شیرخواران منجر به مرگ با علت ایسکمی و نارسایی قلبی دیده می شود و دقت در بررسی منشاء عروق کرونری در اتوپسی نوزادان و شیرخواران در تعیین علت مرگ در این سنین از اهمیت زیادی برخوردار می باشد.

نمونه ارسالی از سالن تشریح مرکز پزشکی قانونی تبریز مورد بررسی و ارزیابی ماکروسکوپی و نیز میکروسکوپی به روش رنگ آمیزی هماتوکسیلین و اتوزین قرار گرفت.

متوفی دختر شیرخوار سه ماهه ای بود که جهت تعیین علت فوت به اداره کل پزشکی قانونی استان آذربایجان شرقی معرفی شده بود درکالبدگشایی و در بررسی منشاء عروق کرونری مدخل شریان کرونری چپ در محل غیر طبیعی بود و از سینوس چپ شریان ریوی منشاء گرفته بود. بررسی های ماکروسکوپی و نیز میکروسکوپی پاتولوژی نیز موید این یافته ها و ایسکمی ناشی از آنومالی مذکور در عضله قلب بود.

با توجه به اینکه منشاء نابجای عروق کرونری می تواند در دوران شیرخوارگی منجر به مرگ طبیعی شود. بررسی دقیق منشاء این عروق در شیرخواران و سایر اجساد جهت تعیین علت فوت از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

واژگان کلیدی: عروق کرونری نابجا، مرگ شیرخوار، ایسکمی، نارسایی قلبی.

مقدمه

ناهنجاری ایزوله بوده و در موارد نادری همراه با سایر ناهنجاری ها از قبیل نقص بین بطنی (Ventricular Septal Defect)، تترالوژی فالوت، باقی ماندن مجرای شریانی (Persistent Ductus Arteriosus) و کوارکتاسیون آئورت گزارش شده است. شیوع آن وابستگی جغرافیایی، توارثی، نژادی و جنسی نداشته و با هیچ یک از سندرم های شناخته شده همراهی ندارد. میزان مرگ و میر بدون دخالت درمانی ۹۰ درصد در سال اول زندگی است و مرگ معمولاً ناشی از ایسکمی یا انفارکتوس قلبی و یا نارسایی دریچه

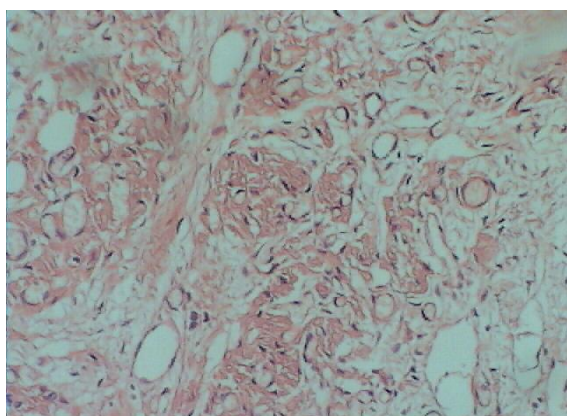
مرگ ناشی از بیماری ایسکمیک قلبی در شیرخواران جزو موارد نادر می باشد. هر چند در این سنین ناهنجاری های عروقی، دریچه ای و دیواره ای مادرزادی از علل شناخته شده مرگ و میر می باشد ولی منشاء گیری نابجای عروق کرونری که معمولاً با مکانیسم ایجاد ایسکمی عضله قلبی منجر به مرگ شیرخواران می شود جزو ناهنجاری های نادر عروقی مادرزادی بوده و در حد گزارش های موردی در مجلات مطرح می شود اولین مورد بالینی در سال ۱۹۳۳ گزارش شده است (۱). این حالت معمولاً یک



شکل ۲: در بررسی ابتدای آنورت مدخل شریان کرونری راست در محل طبیعی خود بود ولی منشاء شریان کرونری چپ در محل طبیعی خود مشاهده نشد.



شکل ۳: پس از برشهای تکمیلی مدخل یک شریان کوچک در محل سینوس چپ در چیه شریان ریوی مشاهده شد.



شکل ۴: در اسلاید میکروسکوپی تهیه شده کانونهای فیروز ناشی از انفارکتوس قبلی و کانونهایی با انفارکتوس اخیر در عضله قلب مشاهده می شود.

بحث

آنومالی منشأگیری شریان کرونری چپ از شریان ریوی حدود نیم درصد ناهنجاری های مادرزادی را تشکیل می دهد (۱) و غالباً پدیده ای کشنده در شیرخوارگی است و نوزادان مبتلا در زمینه ایسکمی میوکارد فوت می کنند (۲). این ناهنجاری در مورد گزارشی ما در شیرخوارگی منجر به فوت شده است ولی در موارد

میترال و نهایتاً نارسایی احتقانی قلب (Congestive Heart Failure) ناشی از نارسایی میترال می باشد (۱). گاهی احتمال زنده ماندن تا سنین بزرگسالی وجود دارد (۲) لذا بررسی این امر در بزرگسالان نیز حائز اهمیت می باشد.

شرح مورد

مورد معرفی شده شیرخوار (دختر) سه ماهه ای بود که با تابلوی مرگ ناگهانی با علت ناشناخته و جهت تعیین علت فوت به پزشکی قانونی تبریز ارجاع شده بود. در کالبدگشایی یافته ظاهری و یا بیماری غیرقلبی که توجیه کننده علت فوت باشد یافت نشد. در بررسی به عمل آمده قلب بزرگتر از حد طبیعی بوده (به وزن ۱۲۰ گرم) و در سطح قلب پتشی های پراکنده مشاهده شد، مجرای شریانی بسته بوده و در برشهای کلاسیک انجام شده، حفرات بطنی بخصوص بطن چپ گشادتر از حالت طبیعی و ضخامت میوکارد نیز افزایش یافته بود. کانونهای تغییر رنگ کرمی پراکنده (مشابه رگه های فیروز) در جدار بطن چپ در بررسی ماکروسکوپی جلب توجه می نمود (تصویر شماره ۱). در بررسی ابتدای آنورت مدخل شریان کرونری راست در محل طبیعی خود بود ولی منشاء شریان کرونری چپ در محل طبیعی خود مشاهده نشد (تصویر شماره ۲). پس از برشهای تکمیلی مدخل یک شریان کوچک در محل سینوس چپ در چیه شریان ریوی مشاهده شد (تصویر شماره ۳) که پس از رد کردن پروب مشاهده شد که شریان شروع شده از این محل در مسیر طبیعی شریان کرونری چپ با انشعابات مربوطه می باشد. بعد از فراوری بافتی، برش و رنگ آمیزی هماتوکسیلین و ائوزین (۳) اسلایدهای میکروسکوپی تهیه شد و در مطالعه آنها کانونهای فیروز ناشی از انفارکتوس قبلی و کانونهایی با انفارکتوس اخیر در عضله قلب مشاهده شد (تصویر شماره ۴). با توجه به این موارد و عدم یافته دیگر ظاهری و یا بیماریهای داخلی دیگر توجیه کننده علت فوت، نارسایی قلبی و بیماری ایسکمیک قلبی بدلیل ناهنجاری مادرزادی (عروق کرونری با منشاء نابجا) به عنوان علت فوت تعیین گردید.



شکل ۱: کانونهای تغییر رنگ کرمی پراکنده (مشابه رگه های فیروز) در جدار بطن چپ که در بررسی ماکروسکوپی قابل مشاهده می باشند.

وجود آنها و نیز محل قرارگیری در تعیین علت فوت احتمالی بسیار حائز اهمیت می باشد و در صورت فقدان یکی از مداخل در محل طبیعی باید به جستجوی آن در شریان ریوی توجه داشت.

تقدیر و تشکر

مولفین از آقای فریدی، کارشناس ارشد آزمایشگاه اداره کل پزشکی قانونی تبریز به خاطر زحمات فراوان ایشان در ویرایش و قالب بندی نوشته حاضر تشکر و قدردانی می نمایند.

نادری اگر خونرسانی جانبی کافی باشد تا بزرگسالی بدون علامت باقی می ماند (۲). در یافته های ۴۶ مورد گزارش شده در مقالات که منشأگیری نابجای عروق کرونری از شریان ریوی داشته اند، ۴ تا ۱۷ درصد از موارد آنومالی های قلبی اضافی داشته اند، که تقریباً هر نوع آنومالی قلبی می تواند همراه آن باشد (۴). هیپرتروفی بطنی یافت شده در این مورد، طبق بررسی مقالات یافته ای فوق العاده نادر است (۵). در مرور مقالات به این آنومالی بیشتر از جنبه تشخیصی درمانی و علی الخصوص مواردی که تا بزرگسالی زنده مانده اند پرداخته شده است.

نتیجه گیری

بنظر می رسد در بررسی ماکروسکوپی قلب بخصوص در اطفال توجه به مداخل عروق کرونری در ابتدای ائورت از نظر

References:

1. Mancini MC, Weber HS. Anomalous left coronary artery from the pulmonary artery, 2006, <http://emedicine.com/PED/topic2484.htm> (Accessed Feb. 2008).
2. Luna L. *Histopathological Methods and Color Atlas of Special Stains and Tissue Artifacts*, Downers Grove, IL: Johnson Printers, 1992; PP: 67, 73, 77 - 78.
3. Jacob JLB, Salis FV. Anomalous left coronary artery from the pulmonary trunk in a 45-year-old woman. *Arq Bras Cardiol* 2003; **81**(2): 189-195.
4. Böning U, Sauer U, Mocellin R, Meisner H, Schumacher G, Bühlmeier K. Anomalous coronary drainage from the pulmonary artery with associated heart and vascular abnormalities. Report on three patients and review of the literature. *Herz* 1983; **8**(2): 93-104.
5. Gelernter-Yaniv L, Lorber A. Anomalous origin of the main stem of the left coronary artery from the pulmonary trunk presenting with left ventricular hypertrophy. *Cardiol Young* 2007. **17**(1): 78-83.