

آنورسم آئورت همراه با دیسفاژی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۱۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۱۹

چکیده

محمدرضا مقصودی^{۱*}

فاطمه سادات مهدوی^۲

مقدمه: دیسفاژی یا مشکل در بلع به معنای تلاش بیشتر برای انتقال جامدات یا مایعات از اوروفارنکس به معده است. دیسفاژی به دو نوع دیسفاژی اوروفارنکس و مری طبقه بندی می شود. آنها می توانند ناشی از انسدادهای مکانیکی یا اختلالات حرکتی عصبی عضلانی باشند.^۱

دیسفاژی مواد جامد که به تدریج در حال بدتر شدن به مایعات است، نشان دهنده یک اختلال مکانیکی است که می تواند ناشی از ضایعات درونی یا فشارهای بیرونی مانند تومورهای مדיاستن و ساختارهای عروقی باشد.^۲

شیوع بالاتر دیسفاژی در سالمندان در مطالعات اپیدمیولوژیک مشاهده شده و به یک مشکل بزرگ مراقبت های بهداشتی تبدیل شده است. به نظر می رسد که دیسفاژی در سالمندان بیشتر ناشی از یک بیماری زمینه ای دیگر است تا تغییرات مربوط به سن در عملکرد بلع.^۳

Dysphagia Lusoria اصطلاحی است که به مشکل در بلع ناشی از ناهنجاری های عروقی اشاره می کند و شایع ترین علت آن ناهنجاری شریان زیر ترقوه راست است.^۴ با این حال، دیسفاژی تدریجی پیشرونده ناشی از آنورسم آئورت به ندرت گزارش می شود.^{۵،۶}

در اینجا مورد یک بیمار مرد ۶۶ ساله که با دیسفاژی پیشرونده به عنوان علامت اصلی به پزشکان مختلف مراجعه کرده بود گزارش می کنیم. او تحت بررسی های متعدد قرار گرفت و اتفاقاً به آنورسم آئورت مبتلا بود.

کلمات کلیدی: آنورسم آئورت، دیسفاژی

۱- استادیار طب اورژانس، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان شهید مدنی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
۲- پزشک عمومی، بیمارستان کوثر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

*نویسنده مسئول: محمدرضا مقصودی، استادیار طب اورژانس، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان شهید مدنی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
تلفن: +۹۸-۲۶-۳۴۵۴۴۰۶۱
ایمیل: fatemehsadatmahdavi@yahoo.com

مقدمه

مرد ۶۶ ساله‌ای که از بلع دردناک رنج می‌برد در اورژانس بستری شد. او از ناراحتی گلو، دیسفاژی و اדיنوفازی با شدت پیش‌رونده حدود سه ماه شکایت داشت که ربطی به غذای سرد یا گرم نداشت. او دیسفاژی را برای مواد جامد در ابتدا توصیف کرد که به سمت مایعات پیش رفت. او در هفته گذشته دچار آبریزش دهان و گرفتگی صدا شد. او برای شروع بلع مشکلی نداشت. اخیراً از نظر خانواده اش خسته و خسته‌تر به نظر می‌رسید. در هفته گذشته، دو بار سنکوپ را بدون بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع، گاز گرفتن زبان یا حرکات تونیک کلونیک، بدون درد قفسه سینه یا ناراحتی اپی گاستر قبل از رویداد توصیف کرد.

از تاخیر یا عدم شروع بلع، نارسایی، سرفه نشان دهنده آسپیراسیون، کاهش وزن، تپش قلب، تب، درد قفسه سینه، تاری دید، دیس آرتری، ملنا رنج نمی‌برد با این حال، اخیراً به سرفه مزمن و خلط خفیف اشاره کرد. به شدت سیگار می‌کشید و اخیراً تریاک مصرف می‌کرد. همچنین سابقه پزشکی قبلی فشار خون بالا داشت. او در تاریخچه خانوادگی خود مدعی شد که پدرش را به دلیل حوادث قلبی عروقی از دست داده است. بیمار در بدو بستری کاملاً هوشیار و همکار بود و در علائم حیاتی فشار خون ۱۳۴/۷۷ میلی‌متر جیوه، ضربان نبض ۷۰ ضربه در دقیقه، تعداد تنفس ۱۸ تنفس در دقیقه و SPO2 معادل ۹۷ درصد گزارش شد. در معاینه فیزیکی در هنگام پذیرش، رنگ پریده یا ایکتریک نبود و هیچ پدیده رینود یا زخمی در پوست دیده نشد. هیچ علامت پاتولوژیک در حفره دهان یا حلق و تحرک و قدرت زبان مشاهده نشد. در معاینه، توده یا لنفادنوپاتی تشخیص داده نشد و اعصاب جمجمه نرمال بود. یافته‌های سمع قلب طبیعی بود و ویز خفیف غالباً در قاعده ریه چپ شنیده می‌شد. شکم نرم و بدون حساسیت بود.

با این تصویر بالینی بسیاری از تشخیص‌های افتراقی مانند دیسفاژی مکانیکی به ویژه کارسینوم، حوادث عصبی (CVA و میاستنی گراویس)، اختلالات حرکتی مری، ازوفازیت و اختلالات انسدادی بیرونی مانند توده‌های مدیاستن و توده‌های التهابی در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در یک دوره سه ماهه آزمایشات و ارزیابی‌های زیادی انجام شد. در تست EKG یا EMG-NCV یافته قابل توجهی مشاهده نشد. در سونوگرافی شکم و لگن، کبد و ورید باب و مجاری صفراوی، طحال، کلیه‌ها در دو طرف و

مثانه کاملاً طبیعی بود. سه بار آندوسکوپي انجام شد و رفلکس ازوفازیت درجه A تشخیص داده شد. رادیوگرافی قفسه سینه شواهدی از اتساع مشخص قوس آئورت و انحراف نای را نشان داد (شکل ۱). تمام آزمایشات به جز هموگلوبین که در روز اول پذیرش ۱۵/۲ گرم در دسی لیتر بود اما سه روز بعد ۱۲/۵ گرم در دسی لیتر شد، نرمال بود. برای ارزیابی بیشتر اکوکاردیوگرافی گرفته شد و ۵۵٪ LVEF و اختلال عملکرد دیاستولیک بطن چپ درجه ۱ گزارش شد. همچنین، اتساع آنوریسمی منحنی آئورت قفسه سینه (۹۶ میلی‌متر × ۸۸ میلی‌متر) حاوی ترومبوز هلالی شکل با کلسیفیکاسیون (۶۶ میلی‌متر × ۸۰ میلی‌متر) که عمدتاً نشان‌دهنده ترومبوز درون آنوریسم است، دیده شد (شکل ۲).

توموگرافی کامپیوتری (CT) اسکن قفسه سینه با تشخیص ما سازگار بود (شکل ۳). سی تی آنژیوگرافی برای اطلاع از تمامی شرایط و تعیین طرح درمان انجام شد (شکل ۴).

با درگیری سه عروقی قلب (تنگی LAD، Major Diagonal و RCA) توصیه به CABG شد. در طول مدت انجام مشاوره‌های لازم و آماده شدن برای عمل، متأسفانه بیمار پس از ۷ روز از پذیرش به دلیل ایست قلبی فوت شد.

بحث و نتیجه‌گیری

دیسفاژی به عنوان یک علامت هشدار دهنده در نظر گرفته شده که نیاز به ارزیابی فوری دارد. شرح حال دقیق در ارزیابی دیسفاژی که معمولاً علت اصلی را در بیشتر موارد آشکار می‌کند، بسیار مهم است^۷. با این حال، بررسی‌های تشخیصی و استاندارد مانند رادیولوژی، آندوسکوپي و مطالعات مانومتريک، به‌ویژه در افراد مسن ضروری است و برای تشخیص سریع و صحیح باید به دقت تفسیر شود^۸.

شیوع دقیق دیسفاژی ناشناخته است و با توجه به جمعیت مورد مطالعه متفاوت است^۹. علل دیسفاژی مری شامل اختلالات عصبی عضلانی (مانند آشلازی و اسکرودرمی)، ضایعات ساختاری درونی (مانند کارسینوم مری، حلقه‌ها و شبکه‌های مری و ازوفازیت ائوزینوفیلیک) و ضایعات ساختاری بیرونی (ضایعات ساختاری و ارگانی) و ضایعات داخلی (مثل ضایعات داخلی مری) است.

آنوریسم آئورت قفسه سینه یک علت بسیار نادر دیسفاژی است و باید آن را از علل دیگر افتراق داد، زیرا مدیریت صحیح (مانند مداخلات

جراحی فوری در صورت نیاز) می تواند به میزان قابل توجهی از عوارض و مرگ و میر این بیماری بکاهد.^{۱۱}

درمان ديسفاژی ناشی از آنوريسم آئورت بسته به شدت علامت می تواند محافظه کارانه، جراحی یا تسکین دهنده باشد. با مدیریت دقیق، پیش آگهی بیماران تقریباً همیشه خوب است.^{۱۲}

در مقابله با ديسفاژی، اختلالات گوارشی نباید تنها عارضه ای باشد که مورد توجه قرار می گیرد و ديسفاژی را باید به عنوان نشانه نادر آنوريسم در نظر گرفت. گزارش موردی در مورد این علت نادر باید به تشخیص بهتر ديسفاژی آئورت و به طور کلی مشکلات بلع کمک کند.

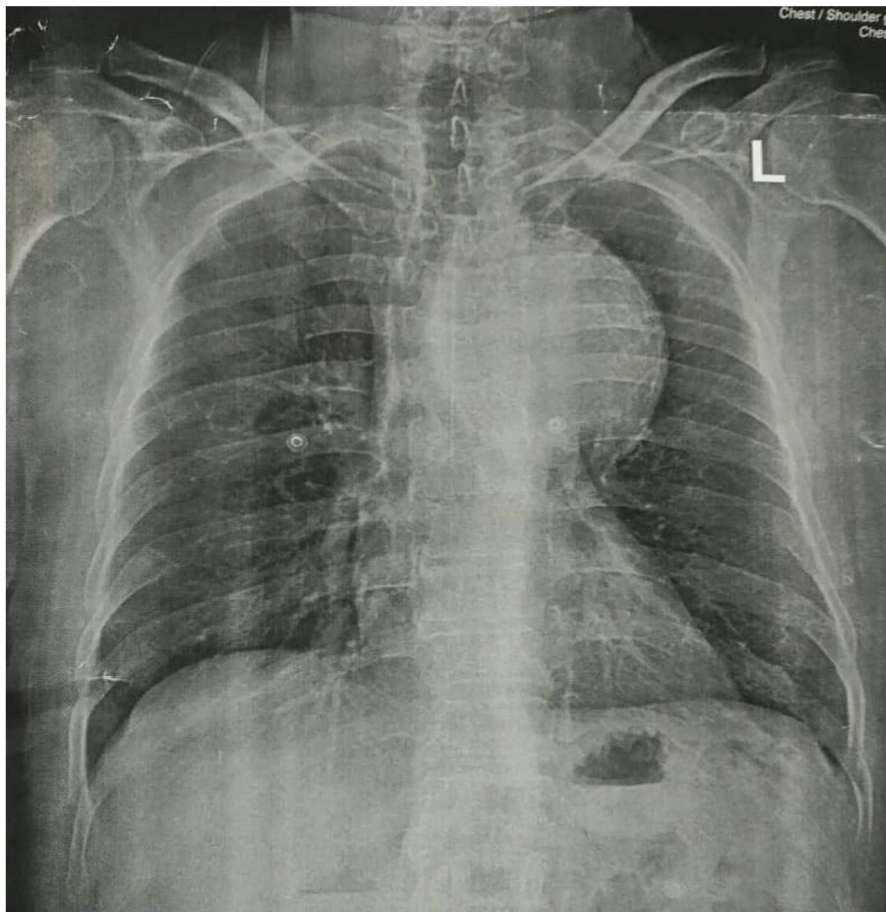
رضایت نامه کتبی آگاهانه برای انتشار گزارش موردی و تصاویر همراه آن اخذ شد.

تشکر و قدردانی

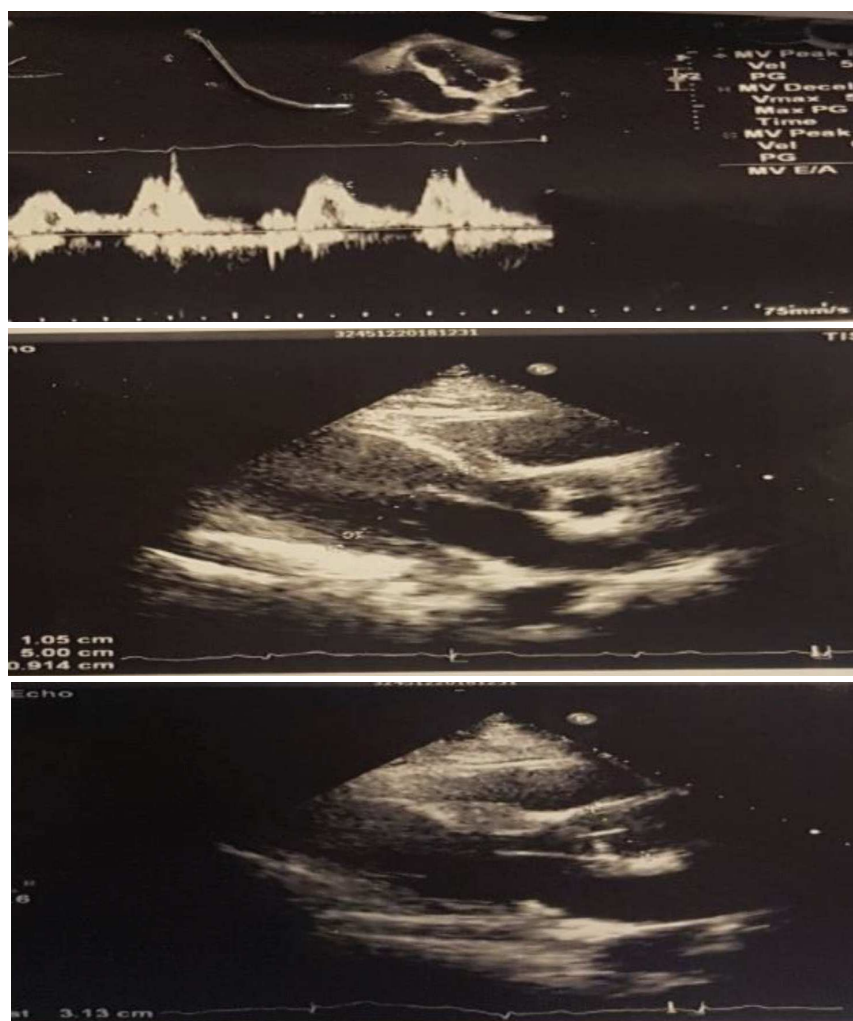
نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند از همکاری و مساعدت واحد توسعه تحقیقات بالینی شهید مدنی (ریاست، کارشناس و اپیدمیولوژیست واحد) تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

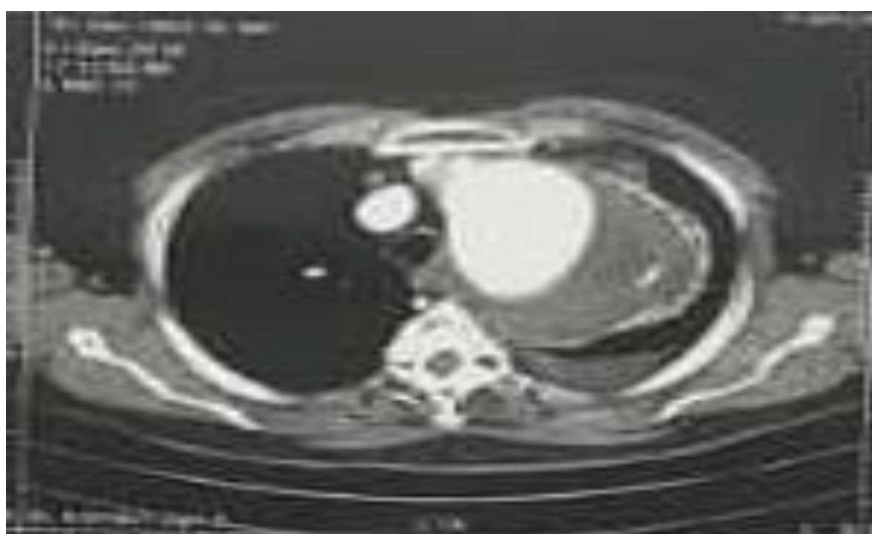
نویسندگان اعلام می کنند که در رابطه با انتشار این مقاله هیچ تضاد منافی ندارند.



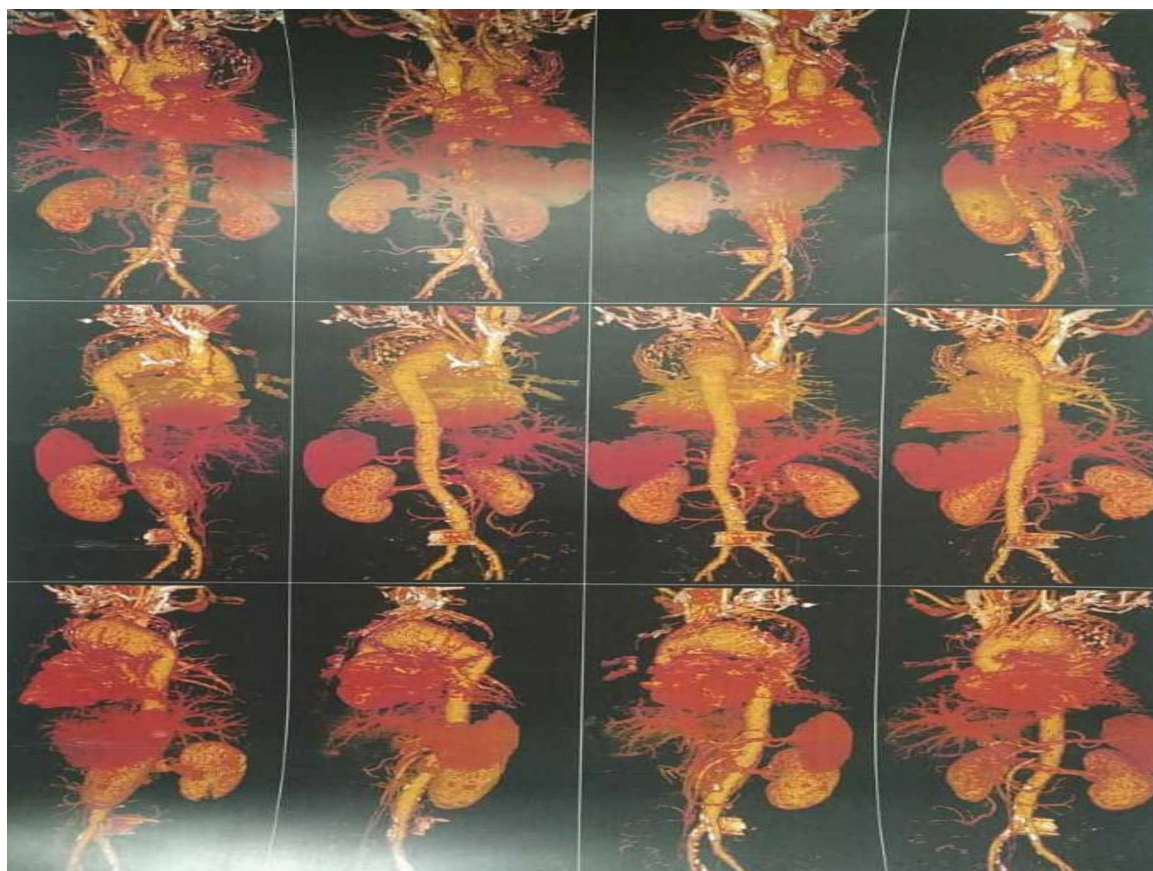
شکل ۱: رادیوگرافی قفسه سینه شواهدی از اتساع مشخص قوس آئورت و انحراف نای را نشان می دهد.



شکل ۲: اکوکاردیوگرافی اتساع آنوریسمی منحنی آئورت قفسه سینه حاوی ترومبوز فرم هلالی همراه با کلسیفیکاسیون را نشان می‌دهد.



شکل ۳: توموگرافی کامپیوتری قفسه سینه که جابجایی و فشرده شدن مری را توسط یک آنوریسم بزرگ آئورت قفسه سینه نشان می‌دهد.



شکل ۴: سی تی آنژیوگرافی که بیماری سه رگ را نشان می دهد (تنگی ۱۰۰٪ LAD، ماژور دیانگونال و RCA)

Reference:

1. Lind CD. Dysphagia: evaluation and treatment. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2003;32(2):553-75.
2. Cichero JA, Murdoch BE. *Dysphagia: foundation, theory and practice*: John Wiley & Sons; 2006.
3. Achem SR, DeVault KR. Dysphagia in aging. *Journal of clinical gastroenterology*. 2005;39(5):357-71.
4. Rivera P, Ferrer L, Tuset J, Pamos S, López JM, Lujan M, et al. Non-aneurysmatic aortic Dysphagia . *Gastroenterologia y hepatologia*. 1999;22(7):345-8.
5. Taylor C, Sinha A, Nightingale J. Dysphagia and thoracoabdominal aneurysm. *Postgraduate medical journal*. 2001;77(906):257-8.
6. Kim J-H, Jang S-W, Kim D-B, Lee H-J, Kim J-G, Kwon B-J, et al. A patient with dysphagia due to an aortic aneurysm. *Korean circulation journal*. 2009;39(6):258-60.
7. Castell DO, Donner MW. Evaluation of dysphagia: a careful history is crucial. *Dysphagia*. 1987;2(2):65-71.
8. Wilkinson J, Euinton H, Smith L, Bull M, Thorpe J. Diagnostic dilemmas in dysphagia aortica. *European journal of cardio-thoracic surgery*. 1997;11(2):222-7.
9. Wilkins T, Gillies RA, Thomas AM, Wagner PJ. The prevalence of dysphagia in primary care patients: a HamesNet Research Network study. *J Am Board Fam Med*. 2007;20(2):144-50.
10. Gasiorowska A, Fass R. Current approach to dysphagia. *Gastroenterol Hepatol*. 2009;5(4):269-79.
11. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, De Bonis M, Hamm C, Holm PJ, et al. 2017 ESC/EACTS guidelines for the management of valvular heart disease. *European heart journal*. 2017;38(36):2739-91.
12. Yuan S-M. Cardiovascular dysphagia—anatomical and clinical implications. *Folia morphologica*. 2014;73(2):113-21 .

Aortic aneurysm with dysphagia

Received: 8 Feb 2023; Accepted: 8 Apr. 2023

Mohammadreza Maghsoudi^{1*},
Fatemehsadat Mahdavi²

1 . Assistant Professor of Emergency
Medicine , Department of Emergency
Medicine , School of Medicine , Clinical
Research Development Unit of Shahid
Madani Hospital , Alborz University of
Medical Sciences
2 .General Physician , Kausar Hospital,
Alborz University of Medical Sciences,
Karaj, Iran

Corresponding author:
Mohammadreza Maghsoudi ,
Assistant Professor of Emergency
Medicine , Department of Emergency
Medicine , School of Medicine ,
Clinical Research Development Unit
Shahid Madani Hospital , Alborz
University of Medical Sciences .
Phone: +9826- - 34209028
Email: fatemehsadatmahdavi@yahoo.com

Abstract

A 66-year-old male suffering from dysphagia with progressive severity of about three months' duration was admitted to the Emergency department. During the last week, he had drooling and hoarseness. In the past week, he described two times of syncope. And he indicated chronic cough and mild sputum recently. An incidental chest radiography showed evidence of marked dilation of the aortic arch and deviation of trachea. Echocardiography revealed LVEF of 55% and a grade 1 left ventricular diastolic dysfunction. Also, aneurysmal dilation of thoracic aortic curve containing crescentric form thrombosis with calcification mostly suggestive of thrombosis within aneurysm was seen. With 100% stenosis of LAD, Major Diagonal and RCA, he was recommended for CABG. Aneurysm of the thoracic aorta is a very rare cause of dysphagia and it must be differentiated from other causes, since proper managements can significantly reduce the morbidity and mortality of this disease.

Discussion: Etiologies of esophageal dysphagia include neuromuscular disorders (such as achalasia and scleroderma), intrinsic structural lesions (like esophageal carcinoma, esophageal rings and webs and eosinophilic esophagitis) and extrinsic structural lesions (like mediastinal lesions and vascular compression). Aneurysm of the thoracic aorta is a very rare cause of dysphagia and it must be differentiated from other causes, since proper managements (like urgent surgical interventions if needed) can significantly reduce the morbidity and mortality of this disease. Treatment of dysphagia caused by aortic aneurysm can be conservative, surgical or palliative depending on the severity of the symptom. By accurate management, prognoses of the patients are almost always good. In coping with dysphagia, gastrointestinal disorders should not be the only complications that is payed attention and dysphasia must be considered as a rare sign of aneurysms. The case report on this rare cause should contribute to better diagnosis of dysphagia aortica and swallowing difficulties in general.

Keywords: Aortic aneurysm, Dysphagia