

با امتنان و تشکر فراوان از دوکتور اسحاق جواد از معلومات ارزشمند Restrictive cardiomyopathy یا
طبی در بارهٔ کاردیومیوپتی محدود کننده.

ناصر اوریا

کاردیومیوپتی محدود کننده یا ریسترتکریف چیست و چگونه تشخیص می شود؟



مترجم: دکتور اسحاق جواد

کاردیومیوپتی محدود کننده یا ریسترتکریف عبارت از نوع خاص
کاردیومیوپتی است که در آن وظایف دیاستولیک قلب به شدت خراب شده
و در مراحل مقدم وظایف سستولیک قلب خوب است.
از نظر کلینیکی بسیار دشوار است که این نوع کاردیومیوپتی را بتوانیم از پریکاردیت کانسترتکریف تفکیک نماییم.
در سال 1981 شبتای اولین تعریف این نوع کاردیومیوپتی را چنین ارائه کرد: یک نوع مریضی بطینات قلب است
که بصورت نا شناخته و یا سیستمیک ایجاد می شود و از نظر همودینامیک یک منظره کلینیکی مشابه پریکاردیت
کانسترتکریف دارد.

کاردیومیوپتی محدود کننده یا ریسترتکریف به مجموعهٔ از اختلالات ارتشاحی ابتدایی و ثانویه گفته می شود که
عضله قلب را درگیر ساخته و سبب می شود که جوف های قلب نتوانند به درستی مملو از خون شوند و از همین
سبب قدرت خون رسانی قلب تضعیف می شود.
وقتی قلب نتواند درست مملو از خون شود این پیامد روی شش ها، جگر و سایر اعضا نیز تاثیر انداخته و وظایف
آنها را مختل می سازد.
این مریضی در ایالات متحده امریکا کمتر بوده و همچنان موجودیت آن در سایر کشور های صنعتی نیز آنقدر زیاد
نمی باشد. بصورت عموم این مریضی ارثی نیست هرچند اختلالاتی که سبب این مریضی می شود می تواند
بصورت جنیتیک انتقال کند.

تشخیص کاردیومیوپتی محدود کننده

آزمایش های مختلفی می توانند این مریضی را تشخیص کنند از جمله گراف قلب، ایکوکاردیوگرافی، کرونری
آنژیوگرافی، اکسری صدی، سی تی اسکن و ام آر ای.

در میان این آزمایش ها نقش معاینات ایکوکاردیو گرافی بسیار برجسته بوده و یکی از معاینات طلایی جهت
تشخیص این مریضی می باشد.

در معاینه ایکوکاردیو گرافی معیارات یا کرایتیا های مهمی جهت تشخیص این مریضی ارزیابی می شود. توسط این معاینه می توانیم وظایف دیاستولیک و سیستولیک قلب را ارزیابی کنیم. با این معاینه به سادگی مشخص می شود که تناسب بطینات قلبی در مقایسه با دهلیز های قلب برهم خورده طوریکه بطینات نورمال و یا کوچک بوده اما هر دو دهلیز قلب متوسع می باشد. از سوی دیگر توسط این معاینه با سادگی می توانیم انواع مختلف کاردیومیوپتی ها را از هم تفریق کنیم.

از سوی دیگر ایکوکاردیو گرافی به ما کمک می کند که فشار شریان ریوی را ارزیابی نموده و همچنان امتلا یا پرشدن مقدم بطینات در هنگام دیاستول و پر شدن آهسته بطینات در آخر مرحله دیاستول را با کاهش حجم خون بطینات قلبی بررسی نمائیم که از جمله کرایتیا های مهم در ارزیابی این مریضی به حساب می آید. در معاینه کتیترایشن قلب مشخص می شود که فشار بطینات قلب در آخر مرحله دیاستول بصورت غیر نورمال افزایش یافته است.

یکی از معاینات کلیدی و مهم دیگر در ارزیابی کاردیومیوپتی ریسترکتیف (ام-آر-آی) است. این معاینه دارای حساسیت و اختصاصیت بالا بوده بین 88 تا 93 فیصد تشخیص کننده می باشد. به خصوص که به وسیله این معاینه به سادگی می توانیم کاردیومیوپتی ریسترکتیف را از کانسترکتیف پریکاردیت تشخیص بدهیم. اما (ام-آر-آی) یک مشکل دارد و آن اینکه در این معاینه نمی توانیم به درستی موجودیت کلسفیکشن ها را تشخیص بدهیم و از این جهت سی تی اسکن در تشخیص کلسفیکشن ها قدرت بالاتری نسبت به (ام-آر-آی) دارد. در قسمت ایکوکاردیو گرافی نظریاتی وجود دارد که این معاینه هم به تنهایی نمی تواند جوابگوی تشخیص قطعی این مریضی باشد چون محاسبه دقیق ضخامت پریکاردیوم یک سلسله محدودیت های تخنیکی دارد که تحت نام (near-field and far-field effects) یاد میشود.

بصورت MRI ام-آر-آی یک سلسله برتری هایی نسبت به سایر معاینات دارد. یکی اینکه در MRI از این جهت دقیق ضخامت پریکاردیوم محاسبه می شود و از سوی دیگر نشانه هایی از ارتشاح عضله قلب با این معاینه قابل تشخیص است.

در 50 فیصد از حالات مریضی که مصاب پریکاردیت کانسترکتیف شده است تکلس یا کلسفیکشن در پریکاردیوم مریض موجود نیست و از سوی دیگر ضخیم شدن خفیف پریکاردیوم نزد یک تعداد از مریضان کاردیومیوپتی ریسترکتیف دیده می شود که این موارد سبب می شود که تشخیص این مریضی پیچیده تر شود. برای تشخیص این حالت بیوپسی عضله قلب ممد واقع می شود. گاهی چیزی که قضیه را بصورت کامل حل می سازد اجرای عملیات نزد این مریضان است که در آن بصورت واضح تشخیص می شود که آیا مریض دچار پریکاردیت کانسترکتیف بوده و یا کاردیومیوپتی ریسترکتیف؟ اما مشکل آن این است که طی آن باید صدر مریض باز شود که این کار خالی از خطر نخواهد بود.