

افات الدسام الابهري

بدأت جراحة الدسام الابهري مع تطور الدوران خارج الجسم *cpb* عام 1955 باجراء توسيع للدسام ثم توالت الاجراءات الاخرى من تبديل للدسام بدسام صنعي او بيولوجي.

التضيق الابهري:

أسباب عديدة للتضيق اهمها:

1. الدسام ثائي الوريقات الولادى *congenital bicuspid valve*

ويحصل فيه تكليس يبدأ من الوريقات ثم يمتد الى الحلة الدسامية فيحد من حركة الوريقات ويعمل على الحلة من النمو والتتوسع مع العمر . علما ان التضيق ليس النتيجة الحتمية لهذا التشوه الولادى.

2. الرثية: هنا يحصل التصاق الملتقى بين الوريقات ويتشكل لدinya دسام على شكل القمع . الاصابه الرثوية للدسام الابهري اقل نسبة من الاصابه التاجية.

3. التصلب الشريانى *arteriosclerosis* وتحصل غالبا عند المرضى فوق الستين من العمر على شكل تسمى الوريقات الدساميه.

القصور الابهري:

له ايضا اسباب عديده اهمها:

1. الرثية: يحصل فيه انكمash الوريقات في حين نلاحظ عدم وجود التحام الملتقى بين الوريقات.

2. توسيع الحلة *gannular ectasia* والسبب هو تنخر الطبقة الوسطى للشريان الابهري الصاعد *medionecrosis* ويتطور توسيع الابهري الصاعد.

3. داء تصلب الشرايين في منطقة الابهر الصاعد الذي يؤدي او لا الى ام دم ابهر صاعد *ascendens aneurysma*

4. التهاب الشغاف الجرثومي *bacterial endocarditis* ويحصل فيه تنباتات على الورنيقات الدساميه مما يؤدي الى تأكلها وتنخرها.

5. الدسام ثانئي او احادي الورنيقات الولادي يمكن ان يسبب القصور ايضا في حال ترافق مع ضمور هذه الورنيقات الدساميه.

6. التهاب الابهر *aortitis* المجهول السبب والذي يؤدي او لا الى تشكل ام دم ابهر صاعد تؤدي بدورها الى قصور ابهر دسامي.

الاعراض:

ينجم عن تضيق الدسام الابيري ضخامة عضله قلبيه تعمل على تجاوز هذا العائق مع ارتفاع الضغط الانقباضي داخل البطين الايسر يمتد الى الاذينه اليسري ثم الى الدوران الوريدي الرئوي من هنا تبدأ معظم الاعراض.

يتميز التضيق الابيري الدسامي بالثلاثي: زلة جهديه, الم صدرى خنافي, نوب غياب وعي *syncope*

سبب الم صدرى هو زيادة استهلاك الاوكسجين في كتلة عضلة البطين الايسر المتضخم (معدن عضلي)

اما غياب الوعي فيعود الى ان البطين المتضخم يحتاج الى ضغط امتلاء مرتفع وبالتالي فان اي نقص حجم يسبب عدم امتلاء البطين الايسر بالكميه الكافيه للقذف فيحصل توقف قلب مؤقت وقصير كما ان التعب العضلي القلبي يمكن ان يلعب دورا في هذا التوقف الذي يأتي مفاجئا وبدون اي جهد ظاهر.

من علامات ارتفاع التوتر الوريدي الرئوي نوب زلة اضطجاعيه ليليه **paroxysmal nocturnal dyspnea** وذمة رئه

اصغرائيا نسمع نفخه انقباضيه ابهريه يمكن ان تسمع ايضا في قمة القلب وتمتد الى الشرايين السباتيه.

شعاعيا نجد ضخامة بطين ايسر مع وجود تكلسات على الوريفات والحلقه الدساميه.

بالتخطيط الكهربائي ضخامة بطين ايسر واحيانا حصار غصن ايسر وحتى حصار قلب تام ناجم عن امتداد التكلس حول الحلقة الدساميه الى حزمة هيس كما ان ارتفاع الضغط الانقباضي داخل البطين الايسر بحد ذاته يمكن ان يؤدي الى اذية الحزمة بحرمانها من الترويه اللازمه.

الايكو دوبلر القلبي كاف لوضع التشخيص والاستطباب الجراحي اللازم ونحتاج للفتقرة القلبية فقط بعد سن الاربعين لتصوير الشرايين الاقليلية في حال تقررت الجراحه.

اما في حالة القصور الدسامي الابهري فان الاعراض يمكن ان تتأخر في الظهور اكثر من حالة التضيق لأن البطين الايسر يتحمل القصور اكثر من التضيق و الاعراض تبدأ بالظهور بعد مرور عشرات السنين احيانا .الاعراض غالبا بسبب ارتفاع التوتر الوريدي الرئوي بعد ارتفاع الضغط في الاذينه اليسرى على شكل زلة تنفسية وانتصابية ونوب زلة اضطجاعيه ليلية وحتى وذمة رئة في الحالات المتقدمة للمرض. بالفحص السريري عند قياس الضغط الزندي هناك فارق كبير بين الضغط الانقباضي والانباطي (مثلا 170/30 الطبيعي عادة 120/70)

اصغائيا نسمع نفخه انبساطيه في البوره الابهرية تمتد الى قمة القاب

شعاعيا نشاهد توسع بطين ايسر
بالخطيط ايضا ضخامة بطين ايسر
الايكو دوبлер القلبي كاف لوضع التشخيص والاستطباب ولا نحتاج
للقطرة الا بعد سن الأربعين لتصوير الشرايين الاكيليليه في حال
تقررت الجراحه.

الداء الابهرى:

ضخامة وتوسيع في البطين الايسر مما يسرع في حصول
الاعراض وشدتها volume and pressure overload فيحصل لدينا اضطراب في الوظيفه الانقباضيه(توسيع) والوظيفه
الانبساطيه (ضخامة عضليه) للبطين الايسر(القلب البكري)

استطبابات الجراحة:

بالنسبة للتضيق:

1. ممال عبر الابهريزيد عن 50ملم ز
2. نوب غشي او فقدان وعي syncope
3. نوب زلة اضطجاعيه ليلا

بالنسبة للقصور :

1. درجة قصور تزيد عن 4/3
2. تنباتات على الصمام
3. نوب زلة اضطجاعيه ليلا او حالة وذمة رئه مثبته.

العمليات الجراحية:

توسيع الدسام بفتح الملتقى مابين الوريفات وخاصة في حال التضيق الولادي ثم تبديل الدسام باخر صنعي او بيولوجي كما توجد عملية اخرى وهي عملية ROSS وتقوم على استئصال وريقات الدسام الابهري المصايب ونزرع مكانه الدسام الرئوي الذاتي autograft (للمريض نفسه) ونزرع مكان الرئوي دسام رئوي بشري homograft (من انسان متوفي اخر). هذه العملية تجرى لدى الاطفال لتوفر عليهم عمليات جراحية لاحقة في حال زرعنا دسام بيولوجي صغير الحجم وغير قابل للنمو.

نسبة الوفيات في جراحة الدسام الابهري عامة يجب ان لا تتعذر 5% في حين ان مخاطر الجراحة المهمة هي:

-صمات دماغيه هوائيه او خثرية

-حصار قلب تام ناجم عن اذية حزمة هيس

-انحلال دم نتيجة تكسير كثيف للكريلت الحمر على وريقات الدسام الصنعي

-التهاب الشغاف التالى لزرع دسام صنعي او بيولوجي علما ان هذه الاصابه تحدث بشكل اكبر في حال كان الدسام المزروع معدنيا.

-ام دم ابهري صاعد في مكان خياطة اغلاق الابهري.