

افتادگی دریچه میترال

Mitral valve prolapse (MVP)

مقدمه :

افتادگی دریچه میترال شایع بوده ،شایعترین علت نارسای اولیه میترال در کشورهای پیشرفته میباشد و در تمام طول زندگی همراه بیمار است و اغلب برای بیماران مشکلی را ایجاد نمیکند ولی علیرغم این مسئله معمولاً نگرانی های را برای بیماران و والدین آنها ایجاد میکند ،لذا جهت راهنمای بیشتر مطالبی به زبان ساده ارائه میگردد.افتادگی دریچه میترال شایعترین اختلال دریچه ای میباشد،این اختلال در دخترچه ها شایعتر از پسرها میباشد. بیشتر افراد مبتلا از اختلال دریچه ای خود خبرندارند ولی بعضی از بیماران دچار علایمی میشوند که توضیح داده خواهد شد.

علت :

میدانیم که قلب از چهار دریچه تشکیل شده است و دریچه میترال بین دهلیزچپ و بطن چپ قرار دارد و از دو زائده نازک (leaflet) تشکیل شده است ،در زمان انقباض بطنی (سیستول) این زائدها بصورت نرمال بسته میشوند و از بازگشت خون از بطن به دهلیز جلوگیری میکنند و در زمان انبساط بطنی (دیاستول) دریچه باز میشود و اجازه ورود خون اکسیژنه از دهلیز به بطن داده میشود .در افرادی که MVP دارند کلاژن تشکیل دهنده این دریچه غیرطبیعی بوده و ساختمان دریچه بصورت غیرعادی ضخیم و بزرگ میباشد،بنابراین در زمان انقباض بطنی زائده های معیوب دریچه بداخل دهلیز چپ افتادگی پیدا میکند و در موارد شدیدتر باعث بازگشت مختصری از خون بطن بداخل دهلیز میگردد (mitral regurgitation).

ارث :

زمینه ارثی در این بیماران وجود دارد ، هر چند که علت دقیق آن مشخص نمی باشد.افراد مبتلا در خانواده ممکن است قد بلند ، لاغری بوده و دارای انگشتان و دست های دراز باشند و ممکن است پشت آنها صاف باشد.

شیوع :

میزان شیوع در بزرگسالان 2.5 % می باشد در حالیکه شیوع دقیق آن در کودکان مشخص نیست.

علائم بالینی :

علائم بالینی این بیماری از فردی به فرد دیگر بسیار متفاوت می باشد.درحالیکه اغلب بیماران علامتی را ندارند بعضی از آنها ممکن است یکی یا چند تا از علائم زیر را داشته باشند:
خستگی یک ناراحتی شایع در این بیماران میباشد.بیماران مبتلا به MVP ممکن است اختلال در سیستم اتونوم داشته باشند که آن باعث اختلال در تنظیم ضربان قلب و تنفس شده و در حین ورزش اکسیژن کافی به عضلات نرسیده و باعث خستگی میشود .طپش قلب در اغلب بیماران

پرولاپس میترال طپش قلب خیلی ناراحت کننده نیست ولی بندرت ممکن است شدید باشد و نیاز به اقدام درمانی داشته باشد. درد قفسه سینه در بعضی از بیماران درد قفسه سینه تیز ممکن است وجود داشته باشد و طول بکشد ولی بر خلاف درد ناشی از اختلال خونرسانی قلب معمولا همزمان یا بلافاصله بعد از ورزش نیست و به نیتروگلیسرین جواب نمی دهد. علایمی مثل اضطراب، حملات ترس، سرگیجه و احساس سبکی سر، افسردگی و سردرد میگری ممکن است در این بیماران وجود داشته باشد.

تشخیص:

در معاینه بالینی این بیماران صداهای غیرطبیعی قلب با گوشی شنیده میشود (کلیک و یا سوفل سیستولیک ناشی از MR). اکوکاردیوگرافی مفیدترین و دقیق ترین روش تشخیصی این بیماران میباشد. در حین اینکه این روش هیچ عارضه ای برای بیمار ندارد ولی بدقت میتواند شدت درگیری دریچه و نارسایی احتمالی همراه با دریچه را نشان دهد.

پیشگیری:

خود بیماری قابل پیشگیری نیست، ولی این بیماران نسبت به جمعیت عمومی استعداد بیشتری برای عفونت قلب (اندوکاردیت) دارند، به این معنی که عفونت های ساده دهان و دندان براحتی میتوانند روی سطح غیر طبیعی دریچه بشینند و باعث عفونت قلب شوند. بنابراین بهداشت دهان و دندان و حتی خودداری از جویدن ادامس در این بیماران توصیه میشود. قبلا برای بیماران MVP همراه با نارسایی دریچه میترال قبل از اقدامات تشخیصی و درمانی داندانپزشکی و سایر جراحی ها آنتی بیوتیک جهت پیشگیری از عفونت قلب داده میشود ولی امروزه اغلب نیاز به آنتی بیوتیک وجود ندارد مگر در موارد خاص مثل تعویض دریچه میترال با دریچه فلزی که بایستی با نظر پزشک مربوطه تعیین شود.

ورزش:

معمولا نیاز به محدود کردن فعالیت ورزشی وجود ندارد و حتی انجام ورزش های هوازی منظم مفید نیز می باشد، مگر در موارد MVP همراه با نارسایی شدید دریچه میترال که در این مورد مخصوصا از انجام ورزشهای ایزومتریک مثل کشتی، وزنه برداری و... باید اجتناب گردد. شرکت در مسابقات ورزشی در موارد نارسای متوسط و شدید دریچه میترال، گشادی بطن چپ یا همراهی با سندرم مارفان توصیه نمی شود.

عوارض:

عفونت قلب (اندوکاردیت)، پیشرفت نارسایی میترال و ایجاد نارسایی قلبی، نامنظمی ضربان قلب (آریتمی)

درمان:

اغلب بیماران نیاز به درمان ندارند و دادن اطمینان کافی از اینکه بیماری آنها خوش خیم می باشد بسیاری از ناراحتی آنها را برطرف میکند. بسیاری از بیماران نیز از تغییر شیوه زندگی از جمله انجام ورزش های هوازی ، خوداری از مصرف محرک ها از جمله کافین و الکل و پرهیز از خستگی بی مورد و استرس سود می برند ، ولی بیماران با پرولاپس شدید ، ضربان غیر طبیعی قلب ، حملات سنکوپ ، طپش قلب شدید ، درد قفسه سینه و اضطراب ممکن است نیاز به درمان داشته باشند .بتا بلوکرها مثل متوپرولول و پروپرانولول داروهای انتخابی هستند . در مواردی که بیمار بتا بلوکرها را خوب تحمل نمی کند می توان از وراپامیل یا دیلتیازم استفاده کرد . در موارد MVP همراه با نارسایی دریچه میترا معمولاً داروهای بیشتری لازم می باشد و حتی در موارد نارسایی شدید دریچه میترا ممکن است تعویض دریچه میترا نیز ضروری باشد .

پیگیری :

در بیماران بدون علامت و بدون نارسای میترا معمولاً ویزیت هر دو تا پنج سال کافی میباشد ، در حالیکه در بیمارانیکه علامت دارند یا نارسای دریچه میترا دارند با توجه به وضعیت بیمار باید ویزیت پزشک زودتر انجام شود .با در نظر گرفتن اینکه MVP یک بیماری با زمینه ارثی می باشد انجام اکوکاردیوگرافی از بستگان درجه یک لازم می باشد .همچنین افتادگی دریچه میترا در بیماریهای بافت همبند شایعتر می باشد لذا ارزیابی این بیماران از نظر مارقان ، اهلردانلوس لازم میباشد.

پیش آگهی :

اغلب بیماران مبتلا پیش آگهی عالی دارند ، اگرچه در بعضی از این بیماران نارسایی دریچه میترا وجود دارد که در دراز مدت میتواند باعث بزرگی قلب ، نارسایی قلبی و نامنظمی قلب گردد که در این بیماران معاینات بیشتر و درمان معمولاً لازم خواهد بود.مرگ ناگهانی بندرت در این بیماران گزارش شده است ولی میزان شیوع و علت دقیق آن مشخص نشده است .