

الانصباب التأموري

PERICARDIAL EFFUSION

كريس كومبينه، مايكل ر. جونستون

Chris Compeau, Michael R. Johnston

يتألف التأمور من طبقة خارجية ليفية قاسية ، وطبقة مصلية داخلية وهي التي تنعكس على طبقة ما فوق التأمور (الوريقة الحشوية التأمور) وكذلك تنعكس على الطبقة البرانية adventitia للأوعية الكبيرة. يتم إنتاج السائل التأموري بواسطة الطبقة المصلية ، وهو يمثل العملية الديناميكية للإنتاج (الترشيح المستدق) وإعادة الامتصاص. بشكل طبيعي هناك عادة ١٥-٥٠ مل من السائل التأموري متوضعة داخل الحيز التأموري. من الممكن أن يحدث خلل في وظيفة الغشاء التأموري عند تجمع كمية كبيرة من السوائل داخل التجويف التأموري (الانصباب التأموري) أو يحدث نقص في المطاوعة (مثال: التهاب التأمور العاصر أو المضيق) ، والذي من الممكن أن يغير في ديناميكية الدم في الجهاز القلبي الوعائي ، والذي يتطلب تشخيصاً ومعالجة فورية.

الفيزيولوجية المرضية والسبببات

Pathophysiology and Etiology

يحصل الانصباب التأموري عندما يزيد المعدل الصافي لإنتاج السوائل عن إعادة امتصاصها. يؤدي تراكم السوائل السريع إلى زيادة فرق الضغط عبر عضلة القلب ، والذي يؤدي إلى انضغاط الأذينة والبطين الأيمن. وهذا ما ينتج عنه مبدئياً ارتفاع في الضغط الوريدي المركزي بدون عواقب ديناميكية دموية هامة. مع استمرار تجمع السوائل أكثر ، فإن الامتلاء الانبساطي سوف يقل مما يؤدي إلى انخفاض معدل النفضة القلبية stroke volume ، وحصول الاندحاس القلبي (السطام القلبي cardiac tamponade) وحصول الصدمة قلبية المنشأ.

أسباب خبيثة (٧٥٪): إن الانتقالات من أورام الثدي وسرطانات الرئة تعتبر هي أكثر الأسباب شيوعاً. كذلك من الممكن أن تؤدي الأورام المنتصية إلى غزو مباشر (مثال: اللمفوما ، أو الأورام التوتية ، أو أورام الميزوثيليوما ، أو الأورام المسخية teratoma ، أو الساركوما الوعائية).

أسباب حميدة (٢٥٪): من الممكن أن يكون نتيجة لالتهاب التأمور الحاد (فيروسي، أو مجهول السبب، أو جرثومي، أو درني)، أو نتيجة لأسباب رضية، أو يتبع احتشاء العضلة القلبية، أو بعد المعالجة الشعاعية (والذي من الممكن أن يحصل بعد عدة شهور أو سنوات)، أو أسباب ارتفاع البولة في الدم uremia أو أم دم مسلخة، أو تمزق أم دم، أو نتيجة إعطاء مضادات التخثر.

المظاهر السريرية

Clinical Presentation

تعتمد على معدل تجمع السوائل أكثر مما تعتمد على حجم السائل التأموري. من الممكن أن تكون غير عرضية في البدء. يجب المحافظة على درجة شك عالية عند المرضى الذين لديهم قصة لالتهاب تأمور فيروسي حاد (الأعراض تسبق الإصابة بـ ٣-٧ أيام، حرارة، تعب عام، آلام عضلية، ألم صدري، زلة تنفسية، سعال)، قصة وجود خبائة أو سرطان، أو قصور كلوي، أو وجود تضخم في محيط القلب على صورة الصدر الشعاعية البسيطة. الاندحاس القلبي الحاد acute tamponade: هناك ثلاثية بيكس beck's triad وهي تمدد في أوردة الرقبة، وخفوت أصوات القلب، وانخفاض في الضغط الدموي؛ حيث يستطيع المرضى الذين عندهم انصباب تأموري كبير أن يزيدوا في حصيل القلب فقط بواسطة زيادة معدل ضربات القلب. من الممكن أن يتواجد كذلك سريريا الاحتكاك التأموري والتنبض المتناقض.

التشخيص

Diagnosis

- الصورة الشعاعية البسيطة تظهر وجود زيادة في حجم محيط القلب.
- تخطيط القلب الكهربائي يظهر وجود انخفاض في كهربائية QRS، وتغيرات في قطعة ST، وتناوب في كهربائية القلب (في التهاب التأمور الحاد يشاهد ارتفاع قطعة ST، لا يوجد موجات Q، انقلاب موجة T).
- تخطيط صدى القلب: من الممكن أن يظهر وجود سوائيل تأمورية حول القلب، ونقص في الديناميكية الدموية للقلب، وضغط على البطين الأيمن أو الأذينة اليمنى مع وجود حركة حجائية تناقضية، ووهط انقباضي للبطين الأيمن والأذينة اليمنى.

التدبير

Management

- ١- لا يوجد نقص في الديناميكية الدموية للقلب:

• يجب معالجة الحالة المسببة: السبب الفيروسي، يعالج بمسكنات الألم أو الأدوية المضادة للالتهاب غير الستيروئيدية NSAIDs، أما أسباب بعد المعالجة الشعاعية فتعالج بالستيروئيدات؛ وأخيراً إذا كان السبب زيادة البولة في الدم فتعالج بزيادة معدل التحال الدموي.

• من الممكن إجراء بزل التأمور التشخيصي (بالاستعانة بتخطيط صدى القلب).

٢- الاندحاس التأموري الحاد أو وشيك الحدوث:

• يعالج بإعطاء السوائل بشكل كبير عن طريق الوريد، حتى مع وجود ارتفاع في الضغط الوريدي المركزي وذلك لزيادة حجم الامتلاك الانبساطي والضغط الأذيني الأيمن أكثر من الضغط داخل التأمور.

• بزل التأمور: وذلك من أجل التشخيص؛ كمعالجة نهائية أو مؤقتة. من الممكن أن تجرى عن طريق التخدير الموضعي باستخدام طريق أو مدخل بجانب القص أو تحت الذيل الخنجري (الرهايبي). من الممكن أن ترشد الإبرة عن طريق تخطيط صدى القلب، أو في غرفة الأشعة أو عن طريق وصل الإبرة بأسلاك توصيل تخطيط القلب الكهربائي (حيث يحدث انحراف في تخطيط القلب إذا حصل تماس مع العضلة القلبية). من الممكن وضع قسطرة تصريف باستخدام تقنية سيلدينغر Seldinger technique. إذا أظهر فحص الخلايا النسجي وجود خلايا خبيثة، أو إذا حصل نكس في تشكل الانصباب، عندها من الممكن استخدام عناصر مصلبة دوائية.

٣- إزالة الضغط الجراحي للتجويف التأموري. تستطب الجراحة في حالات وجود دم متخثر في التجويف التأموري، أو في حالات الرضوض، أو في التهاب التأمور القيحي، أو الانصباب التأموري الموضع ذي الحجب، أو في الانصبابات الناكسة، أو لإجراء خزعة تشخيصية لغشاء التأمور. من الممكن إجراء فتحة أو نافذة في غشاء التأمور عن طريق مدخل تحت الذيل الخنجري باستخدام التخدير الموضعي من خلال إجراء شق جراحي صغير علوي على الخط المتوسط. يستأصل جزء صغير من غشاء التأمور وذلك من أجل التشخيص والفحص النسجي، ومن ثم تسحب السوائل وترسل إلى المزرعة الجرثومية ومن ثم يوضع أنبوبة تصريف صدرية صغيرة ذات زاوية قائمة داخل التجويف التأموري. يحتاج التداخل الجراحي عن طريق فتح الصدر الأمامي الأيسر أو عن طريق جراحة تنظيف الصدر بالاستعانة بالفيديو VATS إلى تخدير عام. يتم إجراء نافذة في غشاء التأمور عن طريق استئصال جزء من الغشاء التأموري أمام العصب الحجابي الأيسر. ومن ثم يتم تصريف السوائل إلى داخل التجويف الجنبى الأيسر. يعتبر هذا التداخل جيداً خاصة عند المرضى الذين لديهم انصباب جنبى أيسر عرضي. إن استئصال الغشاء التأموري الكامل يحتفظ به فقط وذلك عند وجود التهاب تأمور عاصر أو مضيق constrictive pericarditis. وأفضل تدخل جراحي يتم عن طريق فتح القص الناصف ومن ثم استئصال كل الغشاء التأموري أمام العصبين الحجابيين.

للمزيد من القراءات

Further Reading

- Girardi LN, Ginsberg RJ, Burt ME. Pericardiocentesis and intrapericardial sclerosis: effective therapy for malignant pericardial effusions. *Annals of Thoracic Surgery*, 1997; 64: 1422.
- Hancock EW. Neoplastic pericardial disease. *Cardiology Clinic*, 1990; 8: 673.
- Press OW, Livingstone R. Management of malignant pericardial effusion and tamponade. *Journal of the American Medical Association*, 1987; 257: 1088.