

نکات برجسته این مقاله

۱. مرد ۶۵ ساله ای دچار حمله سنکوپ شده است.
۲. در نوار قلب بیمار فاصله QT افزایش یافته است.
۳. آزمایشات هورمونی نشاندهنده هیپوتیروئیدی، پائین بودن LH, FSH، تستسترون و کورتیزل می باشد.
۴. بیمار سابقه ضعف، کاهش میل جنسی، اختلال در نعوظ و ریزش موهای بدن را ذکر کرد.
۵. MRI بیمار نشاندهنده ماکروآدنوم هیپوفیز می باشد.

ویرایش: حسن شریفی پور عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ایرانشهر، کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی و مدرس مباحث پرستاری قلب و عروق و سی سی یو و مدیر وب سایت پرستاری قلب و عروق

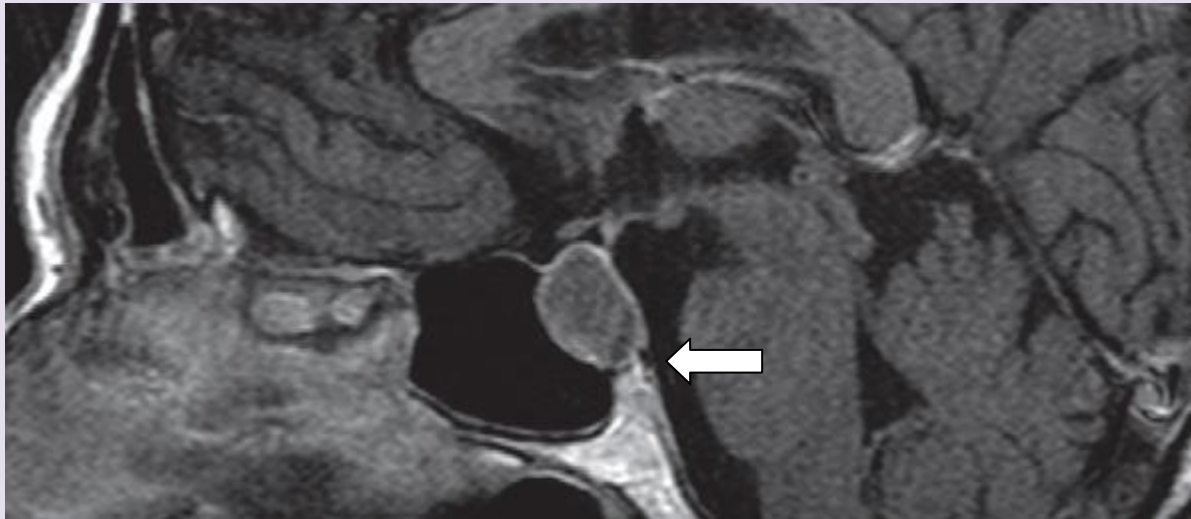


مرد ۶۵ ساله ای به علت یک حمله سنکوپ که در حال استراحت روی داده بود از سوی پزشک عمومی جهت گرفتن نوار قلب به بیمارستان ارجاع داده شد. بیمار لحظه قبل از افتادن احساس سبکی سر داشته، اما علامت دیگری نداشت. نوار قلب نمایانگر ریتم سینوسی با ۶۸ ضربه در دقیقه، همراه با افزایش قابل توجه فاصله QT (محاسبه شده بر اساس سرعت ضربان قلب) در حد ۵۰۳ میلی ثانیه بود. لذا بیمار جهت پایش قلبی و بررسی بیشتر بستری گردید. بیمار سابقه قبلی حملات مشابه، تپش قلب یا درد قفسه سینه نداشت. نیز سابقه پزشکی، خانوادگی یا دارویی مثبتی در بیمار وجود نداشت. بررسی بالینی نکته خاصی نداشت و آزمایشهای بیوشیمیایی روتین سرم طبیعی بودند. اکوکاردیوگرافی کارکرد طبیعی بطن ها و دریچهها را نشان داد. آزمونهای کارکرد تیروئید، هیپوتیروئیدی ثانویه با میزان تیروکسین آزاد پایین (۲/۴ pmol/L) و غلظت تیروتروپین نرمال (۲/۸۷ mIU/L) را نشان میداد.

Na: 139 mmol/L	K: 4.1 mmol/L	Ca: 2.24 mmol/L	Mg: 0.87 mmol/L
----------------	---------------	-----------------	-----------------

در سوالات بعدی بیمار سابقه ضعف، کاهش میل جنسی، اختلال در نعوظ و ریزش موهای بدن را ذکر کرد. آزمایش هیپوفیز پایین بودن غلظت هورمون لوتئینیزه (۰/۱۱ IU/L)، هورمون محرک فولیکولی (۰/۸۱ IU/L)، تستوسترون (کمتر از ۰/۱۱ nmol/L) و کورتیزول (۱۷ nmol/L) را نشان داد. پرولاکتین سرم مختصری بالاتر از ۷۴۰ mIU/L بود.

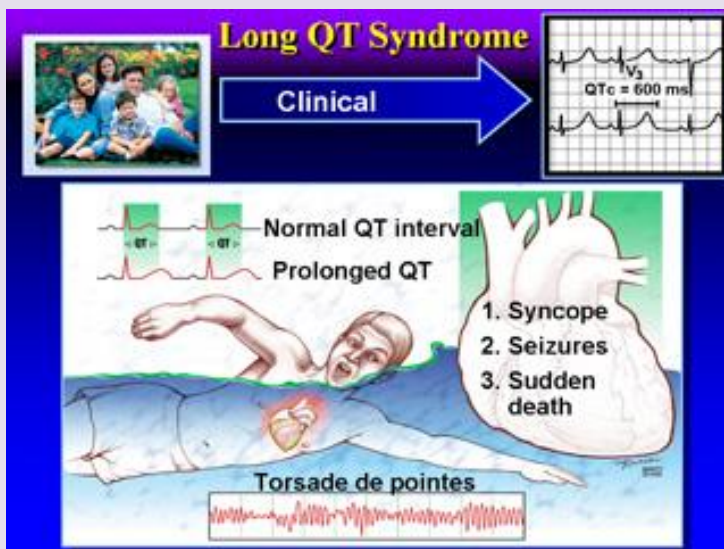
تشخیص کم کاری کامل هیپوفیز گذاشته شد و درمان با هیدروکورتیزون و بعد از آن لووتیروکسین شروع شد. تصاویر MRI سر وجود یک توده کاملاً گرد که نواحی سلار و سوپراسلار را دربر گرفته بود و به سلارترسیکا هم رسیده بود (شکل ۱).



شکل ۱ : مقطع سائیتال MRI از سر نشان دهنده توده ای است که مناطق Sellar و بالای Sellar اشغال کرده است.

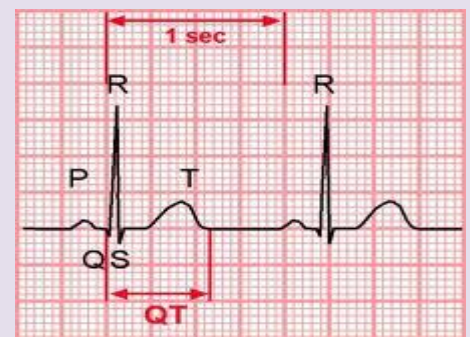
در طی ۵ روز مانیتوزینگ قلب، هیچ آریتمی قلبی دیده نشد و بیمار با درمان جایگزین برای کم کاری هیپوفیز ترخیص شد. در معاینه مجدد ۲ هفته بعد، فاصله QT طبیعی (۴۳۰ میلی ثانیه) بود و حمله سنکوپ دیگری رخ نداده بود. در نهایت بیمار تحت عمل جراحی برداشتن ماکروآدنوم هیپوفیز موفقیت

آمیز قرار گرفت و در پیگیری ۱۲ ماه بعد علایم خاصی نداشت.



فاصله QT در نوار قلب که بر اساس فرمول بازت (Bazett) اصلاح شده باشد نشان دهنده دیپلاریزاسیون و رپلاریزاسیون بطنی است. این فرآیندها به دلیل جریان یونهای سدیم، پتاسیم، کلسیم و کلراید از طریق کانالهای غشایی سلولهای قلبی به وجود می آیند. طولانی شدن

این فاصله با افزایش احتمال آریتمی تورسادی پوینت همراه است که امکان دارد باعث سنکوپ یا مرگ بشود. سندرم QT طولانی (LQTS) به علت نقص ذاتی در کانالهای یونی میوسیتها به وجود می آید و یکی از علل شناخته شده مرگ ناگهانی است و می تواند کاشت یک فیبریلاتور - کاردیوورتر (ICD) را لازم الاجرا کند. با این حال QT طولانی



می‌تواند بخاطر دلایل مختلفی مثل اختلالات الکترولیتی و میوکاردیت یا ثانویه به مصرف داروها باشد.

هیپوتیروئیدی یکی از علل شناخته شده برادی‌کاردی سینوسی و تاخیر هدایت دهلیزی - بطنی و داخل بطنی است، با این حال تغییرات ریلاریزاسیونی در نوار قلب مثل طولانی شدن QT و تورسادی پوینت نیز در نتیجه این اختلال ایجاد می‌شوند.

سایر نقایص هورمونی نیز می‌توانند در این میان نقش داشته باشند به عنوان مثال هیپوگنادی با طولانی شدن QT همراهی داشته است و ایست قلبی ناشی از کمبود کورتیکوتروپین و کورتیکواستروئیدها گزارش شده است.

امکان دارد در بیمار ما سنکوپ به دنبال آریتمی بطنی ناشی از طولانی شدن فاصله QT قابل توجه و آریتمی تورسادی پوینت روی داده باشد و از آنجا که بررسی شرح حال، معاینه و آزمون‌های خونی اولیه طبیعی بودند، به LQTS مشکوک شدیم. بررسی‌های بعدی مطرح کننده احتمال وجود یک علت ثانویه بودند و اصلاح سریع ریلاریزاسیون مشخص کرد که کمبود هورمونی مسوول بروز علائم بوده است. این مورد نشان می‌دهد که بررسی دقیق فاصله طولانی QT می‌تواند نیاز به انجام درمان‌های تهاجمی مثل درمان با ICD را برطرف کند. **پیشنهاد می‌شود آزمون‌های عملکرد تیروئید و هیپوفیز برای جلوگیری از انجام درمان‌های تهاجمی برای چنین بیمارانی انجام بگیرد.**

رفرنس: **Lancet 2012; 379: 1922**