

## KUMTESA

### NJË RAST ME ANOMALI EBSTEIN

(Diagnostikuar në ekzaminimin ekokardiografik)

— KSHM SABIT BROKAJ — MYZAFER JANINA — MIMOZA LEZHA —  
— MUHAMET KONDI — GJIN NDREPEPA — prof. YLLI POPA —

(Klinika e kardiologjisë, Spitali klinik nr. 1 — Tiranë)

Keqformimi Ebstein i valvulës trikuspidale paraqet një çrregullim në zhvillimin e pjesës së derdhjes (hyrjes) në ventrikulin e djathtë (VD). Anomalia kryesore e kësaj patologjie është zhvendosja poshtë vendit normal e valvulës triskupidale të keqformuar në një VD me zhvillim jonormal dhe funksion pompues të dobët (2). Fletët valvulare, septalja dhe e pasmja, janë më shumë të ngjitura me murin e VD sesa me unazën valvulare. Edhe fleta e përparshme triskupidale del e zhvendosur më poshtë se normalisht. Ajo është më e madhe gjatë lëvizjeve merr pamjen e velit (5, 15).

Në tërësi, aparati valvular triskupidal është zhvendosur afër majës së VD. Në këtë mënyrë, një pjesë e VD «atrializohet». Meqenëse zona midis vendit të unazës valvulare dhe bazës së valvulës i kalon atriumit, ai zmadhohet duke përfituar nga hapësira e ventrikulit që zvogëlohet. Zvogëlimi i VD dhe zmadhimi i atriumit të djathtë (AD) shkaktojnë keq-funksionim të ventrikulit, shkalla e të cilit varet nga madhësia e zonës që i kalon atriumit të djathtë. Keqfunksionimi i VD lidhet gjithashtu edhe me anomalinë e valvulës triskupidale dhe kapacitetin e zvogëluar të pjesës pompuese të VD (4). Zakonisht kjo anomali shoqërohet me insuficiensë të valvulës triskupidale (10,11).

#### Paraqitja e rastit

I sëmuri P.T., 48 vjeç, me profesion punëtor, ankohet për dobësi të përgjithshme, lodhet në veprimtari të zakonshme fizike. Në ekzaminimin objektiv konstatohet cianozë e lehtë në buzë. Tonet e zemrës — ritmike 74/minutë, dëgjohet zhurmë sistolike e shkallës 3/6 gjatë buzës së majtë të sternumit, por më e fortë në intervalin midis brinjës 4-5; forcohet gjatë frymëthithjes. PA 140/85.

*Telerontgenograma.* Maja e zemrës e rrumbullakosur, mbi diafrag-

mën zmadhimi i VD. Vizatimi mushkërior — i ulur. Nga ky ekzaminim u supozua prania e anomalisë Ebstein ose atrezia e valvulës triskupidale. EKG: Ritmi sinusal 68/ minutë, bllok i plotë i degës së djathtë (Fig. nr. 1). Në ekokardiogramë: Konstatohen të gjithë të dhënat që karakterizonë në anomalinë Ebstein (Fig. 1a, 1b).

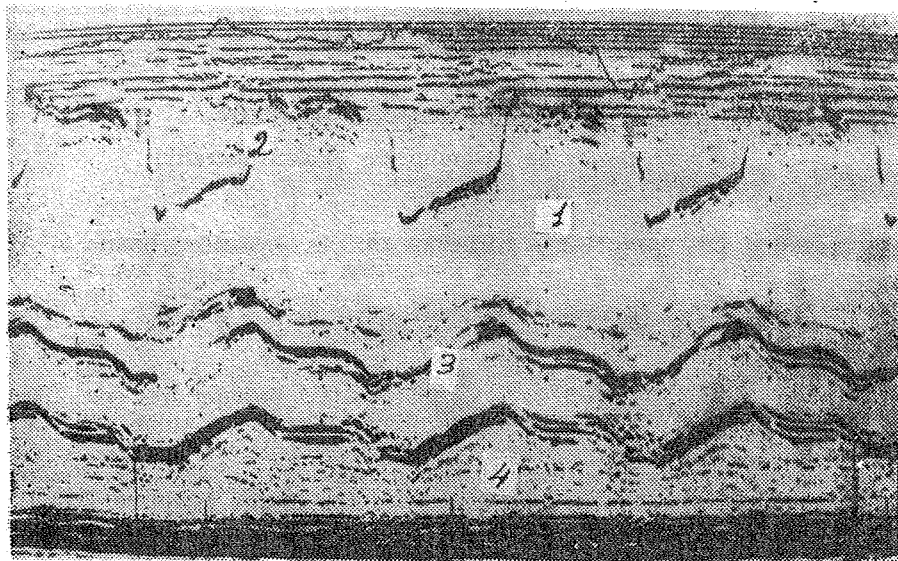


Foto 1a

Aorta dhe traktihedhës i VD. Shihet fleta e përparshme e valvulës triskupidale e madhe dhe me pjerrësi E-F të zvogëluar.

- 1) Traktihedhës i VD
- 2) Fleta e përparshme e valv. triskupidale
- 3) Aorta
- 4) Atriumi i majtë

Në regjistrimin EKO — njëpërmasor (EKO-1P) vërehet fleta e përparshme e madhe, që regjistrohet lehtë dhe pothuajse në çdo pozicion parasternal dhe prekokardial. Pjerrësia diastolike E-F është mjaft e zvogëluar. Ventrikuli i djathtë duket i zmadhuar, veçanërisht në raportin me ventrikulin e majtë. Valvula triskupidale mbyllet 0.11 sekonda pas mbylljes së valvulës mitrale. Në ekokardiogramën dypërmasore (EKO-2P) anomalia e vendosjes së valvulës triskupidale shihet më qartë.

Vërehet fleta e përparshme e madhe, kurse fleta septale e shkurtë. Largësia midis valvulës triskupidale dhe mitrales 1.6 cm. Gjithashtu, bie në sy atriumi i djathtë mjaft i zmadhuar në krahasim me ventrikulin e djathtë dhe atriumin e majtë.

### Diskutim

Keqformimi Ebstein i valvulës triskupidale është një anomali e rrallë. Në gjysmën e rasteve shoqërohet me defekt interatrial tipi *ostium secundum*, më rrallë edhe me keqformime të tjera, si defekt interatrial

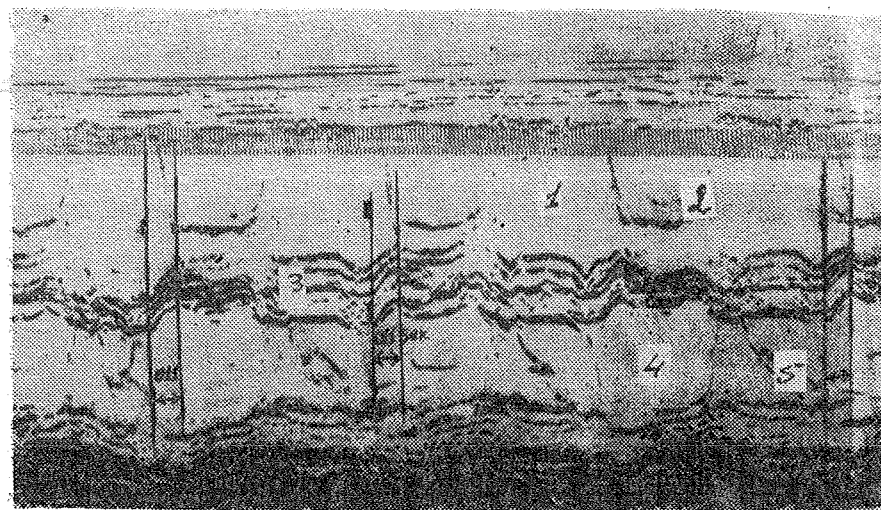


Foto 1b

V.D. i zmadhuar i VM i zvogëluar. Fleta e përparshme triskupidale mbyllet 0.11 sek pas valvulës mitrale. Lëvizjet e septumit interventrikular jo sinkrone.

- 1) Ventrikuli i djathtë (VD)
- 2) Fleta e valvulës triskupidale
- 3) Septumi interventrikular
- 4) Ventrikuli i djathtë
- 5) Valvula mitrale

tipi *ostium primum*, stenoze mushkëriore, atrezi mushkëriore, defekt interventrikular etj. Në ekzaminimin ekokardiografik dhe hemodinamik të sëmurit tonë nuk iu konstatua anomali shoqëruese. Shfaqjet klinike janë të ndryshme, veçanërisht për sa i përket shkallës së rëndesës dhe kohës së fillimit të tyre. Natyrisht, ato janë të varura nga anomalië shoqëruese të kësaj patologjie. Ndërsa në një grup të vogël të sëmurësh shenjat e insuficiencës kardiake shfaqen qysh në fëmëni (1). Shumë të sëmurë mbeten pa ankesa deri në moshën 30-40 vjeç, ndërkohë që format e lehta të kësaj anomalie jetëgjatësie mund të jetë normale (2,17). Rreth 50% e tyre e kalojnë moshën 50 vjeç (9).

Të sëmurit tonë ankesat i kanë filluar para disa vjetësh në formën e vështirësisë në frymëmarrje dhe lodhjes gjatë veprimtarisë fizike si dhe, ndonjëherë, të rrahjeve të parregullta të zemrës, por ato nuk kanë pasur ndonjë rëndim ose keqsim gjatë kësaj kohe deri në shtrim. Kjo gjendje patologjike zakonisht shoqërohet me anomali në rrugët e përçimit, të cilat më shpesh karakterizohen me bllok të degës së djathtë ose me prani të rrugëve oberante të përçimit të llojit WPW. Në rastin e fundit të sëmurët vuajnë më shpesh nga takikardia supraventrikulare (9).

I sëmuri ynë paraqet bllok të degës së djathtë, ai herë pas here ankohet për rrahje të parregullta të zemrës, por natyra e tyre nuk është identifikuar, ndërsa gjatë kateterizimit iu shfaq fibrilim atrial, i cili u ndërpre gjatë procedurës.

Më 1969 për herë të parë u provua që ekokardiografia mund të përdoret për diagnozën e anomalisë Ebstein (12), më pas u sugjerua se lëvizja jonormale e fletës së përparshme të valvulës triskupidale mund të shpjegojë disa konstatime në dëgjimin e zemrës në këta të sëmurë (3). Në ekzaminimin e EKO-s të dhënat që flasin për anomali Ebstein janë të shumta, megjithatë ato nuk janë me të njëjtën vlerë për diagnozën. Fleta e përparshme e valvulës triskupidale bie menjëherë në sy, ajo zotëron pamjen ekokardiografike edhe kur e zhvendosim sondën majtas deri në vijën medioklavikulare, ku normalisht nuk shihet kjo strukturë. Ajo hapet me shpejtësi derisa arrin shtrirjen më të madhe të saj, më pas ajo mbetet plotësisht e hapur gjatë gjithë diastolës, ndaj mungon vala «a». Për këtë arsye, zvogëlohet edhe pjerrësia e E-F (Fig. 2a, 2b). Kjo lëvizje karakteristike është konstatimi më i zakonshëm në anomalinë Ebstein (7,13), por nuk është shenjë specifike. Ajo mund të shpjegohet me kompliancën e ulur të VD, pasojë e përmasave të vogla të pjesës funksionale të tij.

Në këto raste, VD mbushet shpejt në fillim të diastolës, por, më tej, meqenëse e arrin shpejt kapacitetin më të madh të vëllimit të tij, shpejtësia e mbushjes diastolike zvogëlohet. Këto dy momente pasqyrohen në lëvizjen e valvulës triskupidale, me hapjen e shpejtë të saj në fillim të diastolës dhe qëndrimin hapur të saj më gjatë se zakonisht. Shenja më bindëse ekokardiografike që merret si kriter për diagnozën e kësaj anomalie është vonesa e mbylljes së valvulës triskupidale në krahasim me mbylljen e valvulës mitrale (6).

Në normë, valvula triskupidale mbyllet në më pak se 0.03 sekonda pas valvulës mitrale. Diagnoza e anomalisë Ebstein për disa autorë (16) mund të vihet kur mbyllja vonon mbi 0.06 sekonda, ndërsa për ndonjë tjetër mbi 0.08 sekonda (13). Në të sëmurin tonë intervali midis mbylljes së dy valvulave doli 0.16 sekonda. Konstatimi i një flete të përparshme të valvulës triskupidale më të madhe se normalisht, së bashku me vonesën në mbylljen e saj merren si shenjë specifike për diagnozën e anomalisë Ebstein. Vonesa e mbylljes së valvulës triskupidale shpjegohet jo vetëm me uljen e kompliancës së VD, por edhe me lokalizimin poshtë të valvulës triskupidale. Ky pozicion i valvulës e vonon çastin e fillimit në rritjen e presionit gjatë sistolës VD. Për rrjedhojë, do të vonohet edhe mbyllja e valvulës triskupidale. Ndërsa hipoteza se për këtë është përgjegjës vonimi i depolarizimit duket se nuk qëndron, pasi i njëjti turbullim hemodinamik ndodh edhe kur anomalia Ebstein shoqërohet me WPW, e cila karakterizohet nga depolarizimi i shpejtë i VD (4).

EKO 2p është ekzaminimi më i saktë për diagnozën e kësaj anomalie. Aty duket qartë anomalia bazë e kësaj patologjie, zhvendosja e valvulës triskupidale poshtë, afër majës së VD. Normalisht largësia midis valvulës mitrale dhe triskupidale është pak milimetra; në anomalinë Ebstein ajo është gjetur 1.4 deri 3.2 cm (5). Në rastin tonë u gjet 1.6 cm. Gjithashtu, shihet fleta e përparshme e valvulës triskupidale me të gjitha veçoritë që e karakterizojnë atë në këtë anomali.

Përmasat e zgavrave të zemrës dhe raportet midis tyre janë mjaft karakteristike por jo patognomonike. Atriumi i djathtë me përmasa të mëdha është veçoria kryesore. Ai e zhvendos atriumin e majtë, i cili duket mjaft i vogël, VD është i vogël në krahasim me atriumin e dja-

htë, por më i madh se ventrikuli i majtë, që duket i shtypur nga zgavrat e djathta (8,15). Lëvizjet e septumit intraventrikular janë si në të gjitha rastet e mbingarkesës vëllimore të VD, pra lëvizje paralele me murin e pasëm të ventrikulit të majtë. Rrallë lëvizjet e septumit mund të jenë joaktive, të dobëta.

Dorëzuar në redaksi më 3.7.1987

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Boucek R.J. and coll.: Spontaneous resolution of massive resolution of massive congenital tricuspid insufficiency. *Circulation*, 1976, 54, 795.
- 2) Braun Wald E.: Congenital heart disease in the adult. *Heart disease*, 1984, 56, 1041.
- 3) Crew T.L.: Auscultatory and phonocardiographic findings in Ebstein's anomaly: Correlation of first heart sound with ultrasonic records of tricuspid valve movement. *Br. heart J.*, 1972, 341, 681.
- 4) Farooki Z.Q. and coll.: Echocardiographic spectrum of Ebstein's anomaly of the tricuspid valve. *Circulation*, 1976, 53, 63.
- 5) Feigenbaum H.: *Echocardiography*, New York, 1981, 352.
- 6) Friedeald V.: *Textbook of echocardiography*, 1957, 199.
- 7) Gussenhoven W.J. and coll.: Echocardiographic criteria for Ebstein's anomaly of tricuspid valve. *Br. heart J.*, 1980, 43, 31.
- 8) Hirschlau M.J. and coll.: Cross-sectional echocardiographic features of Ebstein's anomaly of tricuspid valve. *Am. J. cardiol.*, 1977, 40, 400.
- 9) Kastor J.A. and coll.: Electrophysiologic characteristics of Ebstein's anomaly of tricuspid valve. *Circulation*, 1975, 52, 987.
- 10) Kotler M.M. and coll.: Tricuspid valve in Ebstein's anomaly. *Circulation*, 1974, 49, 194.
- 11) Kotler M.N.: Two — dimensional echocardiography. *Am. J. cardiol.*, 1980, 45, 1072.
- 12) Lundstrom N.R.: Echocardiography in the diagnosis of Ebstein's anomaly of tricuspid valve. *Circulation*, 1975, 47, 597.
- 13) Milner S. and coll.: Mitral and tricuspid valve closure in congenital heart disease. *Circulation*, 1976, 53, 513.
- 14) Perloff J.K.: *Congenital heart disease. Cecil textbook of medicine*, New York 1982, 177.
- 15) Ports T.A.: Two — dimensional echocardiographic assessment of Ebstein's anomaly. *Circulation*, 1978, 58, 336.
- 16) Tajik A.J.: Echocardiogram in Ebstein's anomaly Wolf — Parkinson — White preexcitation syndrome type B. *Circulation*, 1973, 47, 813.
- 17) Watson H.: Natural history of Ebstein's anomaly of tricuspid valve in childhood and adolescence: An international cooperative study of 505 cases. *Br.heart J.*, 1974, 36, 417.

## Summary

## A CASE OF EBSTEIN ANOMALY

A case is presented of Ebstein's anomaly. In addition to the detailed description of the case, the paper discusses the principal signs and symptoms that characterize the anomaly, particularly with regard to the criteria of the echocardiographic diagnosis.

## Résumé

## UN CAS AVEC ANOMALIE D'EBSTEIN

Il est décrit un cas présentant une anomalie d'Ebstein. Après avoir décrit les signes cliniques, l'auteur met l'accent sur les critères échocardiographiques pour déterminer le diagnostic.

MBYLLJA PARËSORE E PLAGËS PERINEALE NË HEQJEN  
ABDOMINO — PERINEALE TË REKTUMIT

— ADELINA MAZREKU — AGIM KARAJ —

(Instituti Onkologjik)

Në mjekimin kirurgjikal të kancerit të rektumit nëpërmjet heqjes abdomino-perineale, deri në vitet 60 mbyllja parësore e plagës konsiderohej e pamundur. Përpjekjet e kirurgëve për mbylljen parësore të plagës perineale dualën me sukses fillimisht në trajtimin e prolapseve të avancuara të rektumit nëpërmjet të prerjeve korrigjuese të cilat treguan edhe për rezistencën e jashtëzakonshme të regjionit perineal ndaj kontaminimit të përkohshëm bakterial. Në vitet 70 mbyllja parësore e plagës perineale filloi të bëhet me sukses dhe në heqjet abdomino-perineale të kryera në të sëmurët me kancer të rektumit dhe sot kjo metodë përdoret në 60-90% të rasteve (1).

Nëpërmjet rastit që po paraqesim, do të theksojmë ato momente të teknikës kirurgjikale që bëjnë të mundur mbylljen parësore të plagës perineale.

## Paraqitja e rastit

Pacienti Q.S., 65 vjeç, shtrohet në repartin e kirurgjisë të Institutit të Onkologjisë më 3.12.1986, me diagnozën karcinomë rektale. Në ekzaminimin rektal konstatohet: masë ekzofite e ulceruar që zë 3/4-ën e cir-konferencës, 3 cm mbi marzhin anal; lumeni i rektumit i ngushtuar, lëvizshmëria e mukozës e kufizuar në paretin e përparmë. Ekzaminimi histologjik: adenokarcinomë infiltrative e rektumit.

Përgatitja paraoperative u bë gjatë disa ditëve me dietë hiperkalorike me mbeturina të pakta dhe laksativë të lehtë, ndërsa në 24-orëshin para operimit me dietë hidrike, klizma pastruese dhe antibiotikë per-os (7 gram neomicinë 1.5 gram eritromicinë). Në mëngjesin e ditës së operimit regjioni perineal u la për 10 minuta me ujë të ngrohtë dhe sapun dhe u lye me tinkturë jodi. Heqja abdomino-perineale u krye me dy ekiye të njëkohshme më 9.12.1986.

Po përshkruajmë ato momente të teknikës operative që ndihmojnë mbylljen parësore të plagës perineale.

Gjatë fazës abdominale, peritoneumi në nivel të mezozigmës e pjesës rektosigmoidale u pre në afërsi të zorrës, duke krijuar kështu lembo