

مقایسه کلینیکی و الکتروکاردیوگرافی مبتلایان به سندرم پرولاپس دریچه میترال اولیه با گروه شاهد (افراد سالم)

(۱) دکتر محمد رضا افراز

خلاصه:

پرولاپس دریچه میترال (MVP) شایعترین اختلال دریچه‌ای قلب در انسان است. وجوه مشترک نشانه‌ها، علائم سمعی و الکتروکاردیوگرافی این سندرم با افراد سالم سبب می‌شود که اکوکاردیوگرافی به عنوان بهترین روش تشخیصی برای تأیید این سندرم مورد قبول همگان باشد.

برای تعیین نشانه‌ها، علائم بالینی و الکتروکاردیوگرافی اختصاص در MVP، تعداد پانصد نفر (۳۰۰ نفر مونث، ۲۰۰ نفر مذکر، بامیانگین سنی (۳۱/۱ سال) از مبتلایان به این سندرم با پانصد نفر (۳۰۰ نفر مونث، ۲۰۰ نفر مذکر بامیانگین سنی ۳/۴ سال) افراد سالم که با انگیزه‌های مشابه اکوکاردیوگرافی شده بودند از جهات گوناگون مقایسه شدند.

درد سینه (۷۰/۶ درصد در مقابل ۵۴/۶ درصد، $P < 0.001$) در گروه شاهد شایع‌تر از MVP بود. تپش قلب (۵۹/۲ درصد در مقابل ۴۷/۴ درصد $P < 0.005$) در MVP شایع‌تر از گروه شاهد بود. شیوع نشانه‌های تنگی نفس، سرگیجه، ضعف، خستگی و سنکوپ (غش) در دو گروه تفاوت بارزی نشان نداد. سابقه فامیلی MVP در بستگان درجه یک در مبتلایان به MVP به طور بارزی از گروه شاهد بیشتر بود (۱۰/۴ درصد مقابل ۲ درصد $P < 0.001$) در حالیکه سابقه فامیلی بیماری کرونری قلب تفاوت بارزی در دو گروه نداشت (۱۹ درصد مقابل ۲۰/۶ درصد $P < 0.5$).

شیوع کلیک میان سیستولی (۵۵/۲ درصد در مقابل ۳/۲ درصد $P < 0.001$) و سوفل پایان سیستولی (۲۸/۲ درصد مقابل ۰/۴ درصد $P < 0.001$) به طور بارزی در گروه MVP شایع‌تر از گروه شاهد بود، در حالیکه سوفل سیستولیک جهشی در گروه شاهد شایع‌تر از گروه MVP بود (۲۴ درصد در برابر ۱۳ درصد $P < 0.001$).

شیوع تغییرات موج T و قطعه ST در الکتروکاردیوگرام استاندارد تفاوتی در دو گروه نداشت (۳۲/۶ درصد در گروه MVP در مقابل ۲۸ درصد در گروه شاهد $P < 0.20$). اکستراسیستول بطنی در گروه MVP شایع‌تر از گروه شاهد بود (۱۱ درصد در مقابل ۷/۴ درصد $P < 0.05$). ولی اکستراسیستول دهلیزی، تاقیکاردی حمله‌ای فوق بطنی، فیبریلاسیون

دهلیزی ، تاکیکاردی دهلیزی و تاکی کاردی بطنی تفاوت بارزی درد و گروه نشان نداد . شیوع WPW ، بلوک دهلیزی بطنی درجه یک ، هیپرتروفی بطن چپ ، LGL ، RBBB درد و گروه تفاوت نداشت .

این بررسی نشان می دهد که در بیماران مشکوک به MVP وجود نشانه تپش قلب ، سابقه فامیلی MVP در بستگان درجه یک ، کلیک میان سیستولی و سوفل پایان سیستولی ، واکستراسیستول بطنی از یافته های بالینی با ارزش برای تشخیص بالینی آن می باشد .

مقدمه :

۶-۱۸ درصد افراد جوان شنیده می شود . بر مبنای ضوابط آنژیوگرافی ، MVP تا ۳۰ درصد موارد گزارش شده است (۲۵). اما در بررسی فرامینگام بر مبنای اکوکاردیوگرافی ام مدو جابجایی دومیلی متری لت های میترا ل ، شیوع آن رادر جمعیت ۵ درصد گزارش کرده اند (۲۶).

تشخیص MVP بر مبنای معاینات کلینیکی (بخصوص سمعی) ، اکوکاردیوگرافی ، آنژیوگرافی و Radionuclide Ventriculography می باشد (۹). تشخیص آن بر مبنای ضوابط اکوکاردیوگرافی ام مد مسئله دار است ، بخصوص که باین وسیله شیوع MVP در افراد به ظاهر سالم زیاد خواهد بود . در اکوکاردیوگرافی دوبعدی در 4 Apical chamber view (a4cv) شیوع MVP از Parasternal long axis View بیشتر می باشد ، زیرا زینی شکل بودن حلقه دریچه میترا ل سبب میشود که تشخیص کاذب در a4cv بیشتر باشد (۱۹ و ۲۵). اگر چه کلیک میان سیستولی و سوفل پایان سیستولی مشخصه سمعی و مهمترین علایم بالینی این بیماری می باشد ، اما تعدادی از بیماران دارای علایم سمعی فاقد سایر یافته های تشخیصی منجمله اکوکاردیوگرافی MVP بوده ، از طرفی دیگر در تعدادی از بیماران با معاینه طبیعی قلب و عروق ، اکوکاردیوگرافی نشان دهنده MVP می باشد . بدین ترتیب هیچ کدام از روش های تهاجمی و غیر تهاجمی برای تشخیص MVP کامل نبوده و تشخیص مثبت کاذب به همان نسبت منفی کاذب فراوان است (۱۹).

سندرم پرولاپس دریچه میترا ل اولیه عبارت است از یک سندرم شایع ، متنوع و متغیر که مشخص میشود با کلیک میان سیستولی (Mid-Systolic Click=MSC) ، یاسوفل پایان سیستولی و یا هر دو درسمع ، و بیافته اکوکاردیوگرافیک به صورت حرکت خلفی لت یا لت های دریچه میترا ل به داخل دهلیز چپ ، به شکل پایان و یا تمام سیستولی ، یا بدون نشانه هایی چون درد سینه ، تپش قلب ، خستگی ، سرگیجه ، تنگی نفس ، سنکوپ (غش) ، و اختلالات اضطرابی ، با تغییرات الکترو کاردیو گرافیک ، دیس ریتمی ها و ناهنجاری های استخوانی قفسه سینه و با عوارضی چون نارسایی دریچه میترا ل ، آندوکاردیت عفونی ، آمبولی سیستمیک و مرگ ناگهانی (۱۰ و ۱۸ و ۲۶). پرولاپس دریچه میترا ل شایعترین بیماری قلبی در جهان است . در زنان شایعتر از مردان و در جوانان شایعتر از پیران است (۹). در کشورهای غربی ، این بیماری شایعترین علت نارسایی دریچه میترا ل و عمل جراحی تعویض این دریچه است (۲۰). شیوع پرولاپس دریچه میترا ل و فراوانی عوارض آن به علت فقدان ضوابط و تعریف استاندارد ، در حال حاضر به طور قطع و یقین مشخص نبوده و در گزارشات گوناگون متفاوت می باشد (۲۲). در بررسی های بعد از مرگ (Post-Mortem) تغییرات میگز و ماتوز دریچه میترا ل (یافته ویژه پاتولوژیک این بیماری) در کمتر از ۵ درصد مشاهده شده است ، در حالیکه یافته های سمعی ویژه پرولاپس دریچه میترا ل در

روش کار:

از خرداد ۱۳۶۲ لغایت اسفند ۱۳۷۱، بیمارانی که با احتمال پرولاپس دریچه میترال در یکی از کلینیک های سرپایی بیماریهای قلب و عروق در شهرستان رشت تحت بررسی اکوکاردیوگرافی قرار می گرفتند، از نظر نشانه ها، سوابق شخصی و فامیلی علایم بالینی والکتروکاردیوگرافی در یک مطالعه آینده نگر (مورد-شاهدی) بررسی شدند.

برای حذف پرولاپس دریچه میترال ثانویه، افرادی که سابقه تب روماتیسمی دارند، بیماری قلبی عروقی (روماتیسمی، کرونری، مادرزادی و غیره)، بیماریهای بافت همبند، غدد درون ریز و غیره داشتند از این بررسی حذف می شدند.

برای همه بیماران اکوکاردیوگرافی ام مد (M-Mode) و دوبعدی (Apical, Parasternal long axis view, four chamber view) انجام می شد. بیمارانی که در اکوکاردیوگرافی ام مد دارای حرکت خلفی ۳ میلی مترو یا بیشتر (لت های) دریچه میترال در زمان سیستول از خط C-D در تمام ویایان سیستول داشتند. با و یا بدون تصویر پرولاپس لت های دریچه میترال در اکوکاردیوگرافی دوبعدی، به عنوان سندرم پرولاپس دریچه میترال اولیه و بقیه به عنوان قلب سالم محسوب می شدند. بدین ترتیب پانصد بیمار مبتلا به MVP انتخاب و با پانصد نفر افراد سالم که بطور پشت سرهم مراجعه کرده بودند. از نظر سن و جنس همانند و سپس از نظر نشانه ها، سوابق فامیلی MVP و بیماری کرونری قلب در بستگان درجه یک، علایم سمعی والکتروکاردیوگرافی مقایسه شدند. برای بررسی های آماری نتایج حاصله از آزمون Chi-Square استفاده شد.

نتایج:

از ۵۰۰ نفر مبتلایان به MVP با میانگین سنی ۳۱/۱

با وجود محدودیتهای اکوکاردیوگرافی ام مد و دوبعدی در تشخیص MVP، من حیث المجموع تاکنون اکوکاردیوگرافی مقبول ترین وسیله تشخیصی برای MVP است و بهبود تکنیکی آن در آینده می تواند سبب افزایش دقت و ارزش تشخیص بوسیله این ابزار برای MVP گردد (۱۰). در نظر گرفتن مجموعه یافته های ام مد و دوبعدی برای بررسی حرکات لت های دریچه میترال حساسیت تشخیصی را افزایش می دهد (۴).

در حال حاضر می توان MVP را با سمع کلیک میان سیستولی و سوفل پایان سیستولی، یا بوسیله انحنای لت های میترال از سطح حلقه میترال در اکوکاردیوگرافی دوبعدی بخصوص در Parasternal long axis view، یا بوسیله یک طرح جابجایی به عقب پایان سیستولیک لت (های) دریچه میترال حداقل به مقدار دومیلی متر و یا حالت ننوی شدن به مقدار سه میلی متر تشخیص داد (۱۶).

با توجه به ابهامات مشروحه در فوق، عملاً تعداد قابل ملاحظه ای از مراجعه کنندگان به مراکز قلب و عروق، بدون ضابطه نسبتاً مشخص بالینی، هر روزه به عنوان تشخیص احتمالی MVP تحت بررسی اکوکاردیو-گرافی قرار می گیرند، در نتیجه تعیین ضوابط بالینی برای تشخیص MVP لازم می باشد. در این راستا تاکنون بررسی هایی در مورد مقایسه بیماران مبتلا به MVP و توده جمعیت سالم انجام شده است (۲۶)، اما مقایسه MVP با گروه شاهد که هر دو گروه با انگیزه نسبتاً مشابه مورد بررسی اکوکاردیوگرافی قرار گرفته اند انجام نشده است. بررسی حاضر برای پاسخ به این سؤال است که آیا مبتلایان به MVP دارای نشانه های خاص، سوابق خانوادگی ویژه، علایم سمعی مشخص و تغییرات منحصر به فرد الکتروکاردیوگرافی نسبت به افراد سالم هستند؟

سال، ۳۰۰ نفر مؤنث بامیانگین سنی ۳۱/۸ سال و ۲۰۰ نفر مذکر بامیانگین سنی ۳۰/۱ سال بودند. از ۵۰۰ نفرگروه شاهد بامیانگین سنی ۳۱/۴ سال، ۳۰۰ نفر مؤنث بامیانگین سنی ۳۱/۹ سال و ۲۰۰ نفرمذکر بآ میانگین سنی ۳۰/۷ سال بودند. (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۲ شیوع و مقایسه نشانه هادردوگروه رانشان می دهد. جدول شماره ۳ شیوع و مقایسه سابقه پرولاپس دریچه میترال و بیماری کرونری قلب رادرستگان درجه یک دوگروه نشان می دهد.

جدول شماره (۱) - مقایسه جنس و میانگین سنی (سال) مبتلایان به پرولاپس دریچه میترال و گروه شاهد.

Pvalue	گروه شاهد		پرولاپس دریچه میترال		جنس
	میانگین سن	تعداد	میانگین سن	تعداد	
<۰/۶	۳۰/۸+۹/۷۰۲	۲۰۰	۳۰/۱+۱۱/۱۵۷	۲۰۰	مذکر
<۰/۸	۳۱/۹+۸/۳۹۵	۳۰۰	۳۱/۷+۱۱/۵۵	۳۰۰	مؤنث
<۰/۶	۳۱/۵+۸/۹۶	۵۰۰	۳۱/۱+۱۱/۴۲۴	۵۰۰	کل

جدول شماره (۲) - مقایسه درصدنشانه هادرمبتلایان به سندرم پرولاپس دریچه میترال باگروه شاهد.

Pvalue	گروه شاهد	پرولاپس دریچه میترال	نشانه ها
<۰/۰۰۱	۷۰/۶	۵۴/۶	دردسینه
<۰/۰۰۵	۴۷/۴	۵۹/۲	تپش قلب
<۰/۵	۱۰/۲	۱۱/۲	سرگیجه
<۰/۵	۲۰/۶	۲۲/۷	تنگی نفس
<۰/۴	۸/۲	۱۰/۲	خستگی
<۰/۳	۳/۴	۲	سنگوپ(غش)

جدول شماره (۳) - شیوع سابقه پرولاپس دریچه میترال و بیماری کرونری قلب دراستگان درجه یک مبتلایان به پرولاپس دریچه میترال و مقایسه آن باگروه شاهد.

Pvalue	گروه شاهد		پرولاپس دریچه میترال		سابقه فامیلی
	درصد	نفر	درصد	نفر	
<۰/۰۰۱	۲	۱۰	۱۰/۴	۵۲	پرولاپس دریچه میترال
<۰/۵	۲۰/۶	۱۰۳	۱۹	۹۵	بیماری کرونری قلب

پایان سیستمی، ۱۲۰ نفر (۲۴ درصد) سوفل سیستمی جهشی تنها، یک نفر (۲/۰ درصد) سوفل پایان سیستمیک + کلیک میان سیستمی، ۱۵ نفر (۳ درصد) کلیک میان سیستمی تنها، یک نفر (۲/۰ درصد) سوفل پایان سیستمیک تنها و ۳۶۳ نفر (۷۲/۶ درصد) بدون علائم سمعی بودند (جدول شماره ۴).

جدول های شماره ۵ و ۶ شیوع و مقایسه تغییرات قطعه ST و موج T و تغییرات رادارالکتروکاردیوگرافی در دو گروه نشان می دهد. جدول های شماره ۷ و ۸ شیوع و مقایسه دیس ریتمی ها، اختلالات هدایتی و هیپرتروفی بطن چپ رادردوگروه نشان می دهد.

در سمع قلب مبتلایان به MVP، ۲۷۵ نفر (۵۵ درصد) کلیک میان سیستمی، ۱۴۲ نفر (۲۸/۴ درصد) سوفل پایان سیستمی، ۶۵ نفر (۱۳ درصد) سوفل سیستمیک جهشی، ۱۰۲ نفر (۲۰/۴ درصد) سوفل سیستمی + کلیک میان سیستمی، ۱۷۳ نفر (۳۴/۶ درصد) کلیک میان سیستمی تنها، ۶۴ نفر (۱۲/۸ درصد) سوفل پایان سیستمی تنها، ۷۸ نفر (۱۵/۶ درصد) سوفل پایان سیستمی + کلیک میان سیستمی، ۲۴ نفر (۴/۸ درصد) سوفل سیستمیک جهشی + کلیک میان سیستمی، ۴۱ نفر (۸/۲ درصد) سوفل سیستمیک تنها و بالاخره ۱۲۰ نفر (۲۴ درصد) بدون علائم سمعی بودند. در گروه شاهد: ۱۶ نفر (۳/۲ درصد) کلیک میان سیستمی، ۲ نفر (۰/۴ درصد) سوفل

جدول شماره (۴) - مقایسه علائم سمعی در مبتلایان به پرولاپس دریچه میترال با گروه شاهد.

Pvalue	گروه شاهد		پرولاپس دریچه میترال		علائم
	درصد	نفر	درصد	نفر	
<۰/۰۰۱	۳/۲	۱۶	۵۵	۲۷۵	کلیک میان سیستمی
<۰/۰۰۱	۰/۴	۲	۲۸/۴	۱۴۲	سوفل پایان سیستمی
<۰/۰۰۱	۲۴	۱۲۰	۱۳	۶۵	سوفل سیستمیک جهشی
<۰/۰۰۱	۰/۲	۱	۲۰/۴	۱۰۲	کلیک میان سیستمی + سوفل سیستمی

جدول شماره (۵) - مقایسه تغییرات قطعه ST و موج T در مبتلایان به پرولاپس دریچه میترال با گروه شاهد.

Pvalue	گروه شاهد		پرولاپس دریچه میترال		علائم الکتروکاردیوگرافی
	درصد	نفر	درصد	نفر	
<۰/۲	۲۸	۱۴۰	۳۲/۶	۱۶۳	تغییرات موج T و قطعه ST
<۰/۱	۱۳/۲	۶۶	۱۷/۲	۸۲	تغییرات غیراختصاصی موج T و قطعه ST
<۰/۵	۱۱/۸	۵۹	۱۲/۲	۶۱	موج T منفی
-	۵/۲	۲۶	۵/۲	۲۶	سقوط قطعه ST

جدول شماره (۶) - مقایسه محل تغییرات قطعه ST و موج T در الکتروکاردیوگرافی مبتلایان به پرولاپس دریچه میترال با گروه شاهد.

Pvalue	گروه شاهد		پرولاپس دریچه میترال		ناحیه الکتروکاردیوگرافی
	درصد	نفر	درصد	نفر	
<۰/۰۰۵	۲۲/۲	۱۱۱	۳۰/۶	۱۵۳	تحتانی
<۰/۳	۵/۴	۲۷	۷	۳۵	قدیمی طرفی
<۰/۰۵	۴/۲	۲۱	۱/۸	۹	قدیمی دیواره‌ای
<۰/۱	۳/۸	۱۹	۲	۱۰	قدیمی

جدول شماره (۷) - مقایسه دیس ریتمی هادر مبتلایان به پرولاپس دریچه میترال با گروه شاهد.

Pvalue	گروه شاهد		پرولاپس دریچه میترال		دیس ریتمی
	درصد	نفر	درصد	نفر	
<۰/۰۵	۷/۴	۳۷	۱۱	۵۵	اکستراسیستول بطنی
<۰/۴	۴/۲	۲۱	۵/۶	۲۸	اکستراسیستول دهلیزی
>۰/۵	۳/۲	۱۶	۲/۶	۱۳	تاکی کاردی فوق بطنی گهگیر
<۰/۵	۱/۶	۸	۱	۵	فیبریلاسیون دهلیزی
<-	۰	۰	۰/۴	۲	تاکی کاردی دهلیزی
<-	۰	۰	۰/۲	۱	تاکی کاردی بطنی

جدول شماره (۸) - مقایسه اختلالات هدایتی و هیپرتروفی بطن چپ در مبتلایان به پرولاپس دریچه میترال با گروه شاهد.

Pvalue	گروه شاهد		پرولاپس دریچه میترال		
	درصد	نفر	درصد	نفر	
$<0/4$	۰/۶	۳	۰/۲	۱	سندرم ولف - پارکینسون - وایت
$<0/3$	۱/۶	۸	۰/۸	۴	سندرم آل - جی - آل
$<0/5$	۳/۲	۱۶	۴	۲۰	بلوک شاخه راست
$<0/5$	۰/۶	۳	۱	۵	بلوک درجه یک دهلیزی - بطنی
$<0/2$	۲/۸	۱۴	۴/۴	۲۲	هیپرتروفی بطن چپ

بحث :

در حال حاضر به نظر می رسد که پیشنهاد و یا توصیه انجام اکوکاردیوگرافی برای یک بیمار مشکوک به MVP به جز سمع کلیک میان سیستولی و سوفل پایان سیستولی، بر مبنای یافته های دیگری چون سوفل سیستولیک جهشی، نشانه هایی چون درد سینه، تپش قلب، سرگیجه، ضعف، خستگی و سنکوپ بدون علت مشخص، و تغییرات قطعه ST، موج T و دیس ریتمی بدون توجیه در الکتروکاردیوگرافی می باشد.

نشانه ها و شکایاتی چون درد سینه، تپش قلب، تنگی نفس، سرگیجه، خستگی، سنکوپ (غش) و اضطراب، در مبتلایان به MVP شایع می باشد (۱ و ۲ و ۷ و ۲۶). اما همه این نشانه ها ممکن است در افراد با قلب سالم نیز وجود داشته باشد. در بررسی فرامینگام (Framingham) تفاوتی از نظر شیوع درد سینه، تنگی نفس و سنکوپ در مبتلایان به MVP و گروه شاهد وجود نداشت. در بررسی حاضر فقط تپش قلب به میزان ۵۹/۲ درصد (شایع ترین نشانه)

در مبتلایان به MVP به طور بارزی از گروه شاهد شایع تر بود. درد سینه (اغلب غیر آئزینی و آتیبیک) در گروه شاهد شیوع بیشتری نسبت به گروه MVP داشت (جدول شماره ۲).

پرولاپس دریچه میترال اولی یک عارضه ارثی است و به صورت Autosomal dominant منتقل می شود (۸ و ۱۵). شیوع فامیلی آن را از ۱۳ تا ۷۳ درصد گزارش کرده اند (۱۳ و ۱۴). در بررسی حاضر شیوع MVP در بستگان درجه یک مبتلایان ۱۰/۴ درصد و به طور بارزی از گروه شاهد بیشتر بود، در حالیکه بعنوان مقایسه تفاوت بارزی در شیوع بیماری کرونری قلب در بستگان درجه یک دو گروه وجود نداشت (جدول شماره ۳). سمع قلب مهم ترین بخش معاینه بالینی بیمار مبتلا به MVP است و کلیک میان سیستولی با و یا بدون سوفل قلبی و سوفل پایان سیستولی از ویژگی های اصلی و با اهمیت در تشخیص این سندرم می باشد (۲۶). سمع کلیک میان سیستولی در امتحان فیزیکی میتواند با احتمال زیاد با تشخیص MVP در بررسی اکوکاردیوگرافی همراه باشد (۲۴). کلیک میان

QT (۲۳) ، دیس ریتمی ها (۱۸ و ۳۰) اختلالات هدایتی (۲۱) و سندرم های WPW, LGL (۶) رابه عنوان یافته ها و علائم الکتروکاردیوگرافی سندرم پرولاپس دریچه میترا ل گزارش می کند. دربررسی فرامینگام، مبتلایان به MVP تفاوت بارزی از نظر شیوع تغییرات قطعه ST و موج T، و دیس ریتمی ها با گروه شاهد نداشتند (۲۶ و ۲۷)، اما در بعضی از بررسی ها شیوع اکستراسیستول بطنی در MVP شایع تر بود (۱۲). دربررسی حاضر شیوع اکستراسیستول بطنی، تغییرات غیراختصاصی قطعه ST و موج T، و بروز این تغییرات در اشتقاق های تحتانی و قدامی دیواره ای درگروه MVP از نظر آماری، شایع تر از گروه شاهد بود. (جداول شماره ۵ تا ۸)

این بررسی نشان می دهد: ۱- از نظر بالینی با وجود یک یا چند نشانه و علائم مانند تپش قلب، کلیک، سوفل پایان سیستولی، سابقه فامیلی MVP در بستگان درجه یک و اکستراسیستول بطنی، می توان احتمال MVP را مطرح کرد. ۲- اکثر نشانه ها و علائم موجود در MVP را ممکن است با شیوع کمتری در افراد سالم نیز مشاهده کرد، و بعضی از افراد مبتلا به MVP نیز بدون نشانه و علامت بالینی هستند.

سیستولی شایع ترین علامت فیزیکی (سمعی) MVP است (۱ و ۳ و ۱۷). شیوع کلیک و سوفل در بررسی های مختلف از ۳ تا ۱۰۰ درصد گزارش شده است (۱۱ و ۱۸ و ۲۶). این علائم سمعی در افراد با قلب سالم (۲۶)، بیماری های روماتیسمی قلب (۲۹) و کرونری قلب (۲۸) نیز وجود دارد. اما قابل مقایسه با کثرت شیوع آن در MVP نمی باشد. در بررسی حاضر شیوع کلیک میان سیستولیک، سوفل پایان سیستولی و کلیک سیستولی همراه با سوفل سیستولی بطور بارزی درگروه MVP شایع تر از گروه شاهد بود، در حالیکه سوفل سیستولیک جهشی درگروه شاهد بطور بارزی درگروه MVP شایع تر از گروه شاهد بود (جدول شماره ۴).

شیوع بیشتر سوفل سیستولیک جهشی درگروه شاهد، ممکن است نشان دهنده این مسئله باشد که با شنیدن چنین سوفلی بطور اشتباه احتمال MVP برای افراد داده می شود، در حالیکه علامت سمعی کلیک میان سیستولی، یا سوفل پایان سیستولی، و یا مجموعه آنها در ۶۷/۸ درصد مبتلایان به MVP در مقایسه با ۳/۴ درصد گروه شاهد، نشان دهنده ارزش سمعی این علائم بالینی در تشخیص MVP می باشد.

تغییرات قطعه ST و موج T (۱ و ۲۶)، طولانی شدن فاصله

REFERENCES:

- ۱- دکتر محمد رضا افراز: بررسی کلینیکی و الکتروکاردیوگرافی در هزار بیمار مبتلا به سندرم پرولاپس دریچه میترا ل اولیه در استان گیلان. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی. سال اول، شماره ۴، صفحه ۲۵۲ - ۲۴۵ بهار ۱۳۷۰
- ۲- دکتر محمد جعفر مدبر نیا، دکتر محمد رضا افراز، دکتر محمد علی دربندی، زهرا یزدان دوست، سید حسین موسوی خندان: شیوع اختلالات روانی در سندرم پرولاپس دریچه میترا ل، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان. سال اول شماره ۳ صفحه ۱ تا ۱۰، پائیز ۱۳۷۱.
- 3- Arfken CL, et al: Mitral Valve Prolapse: associations with symptoms and anxiety. *pediatrics*. 85:311, 1990.

- 4-Avgeropoulou cc,et al :Reliability of M-Mode ,Two -dimensional and Doppler echocardiography in diagnosing a flail mitral valve leaflet .J Am Soc Echocardiogr.1:433,1988.
- 5 - Barlow JB ,Pocock WA : Mitral valve billowing and prolapse:perspective at 25 years ,Herz .13:227 ,1988
- 6- Bjerregaard p, petersonn ELC :Type A WPW and Mitral valve prolapse (Letter) .Circulation 56:136 ,1977.
- 7- Boudoulas H,et al :A diagnostic classification and pathogenesis of symptoms .Am Heart J ,118,796,1989.
- 8-chen WWC et al :Familial Occurence of mitral valve prolapse, is this related to the straight back syndrome ? Br Heart J.50 :97,1983.
- 9- Cheng To:Mitral valve prolapse :an overview .J cardiol Suppl 21:3,1989.
- 10- cohen MV,Spindola Franco H:Correlation between left Ventriculography ,auscultation ,and M-mode and two -dimensional echocardiography in mitral valve prolapse.Herz,13:293 ,1988.
- 11- Darsee JR,et al :prevalence of mitral valve prolapse in presumably healthy young men .circulation 59:619 ,1979.
- 12- Demaria AN,et al :Inheritance of mitral valve prolapse: Autosomal dominant with reduced expression in children and adult males (Abstr.).Clin Res.29 :412 ,1982 .
- 13- Devereux RB,et al :Inheritance of mitral valve prolapse: Autosomal dominant with reduced expression in children and adult males (Abstr.).Clin Res .29: 412 ,1981
- 14-Deverux RB,et al :Mitral valve prolapse syndrome ? Clin Res 30 :480a ,1982.
- 15- Deverux RB ,et al :Interitance of mitral valve prolapse: Effect of age and sex on gene expression .Ann Intern Med 97:826,1982.
- 16-Devereux RB ,et al :Mitral Valve prolapse:Causes ,clinical manifestations ,and management .Ann Intern Med .111:305,1989.
- 17-Igarashi T et al :Follow - up in mitral valve prolapse by phonocardiography ,M-mode and two -dimensional echocardiography and Doppler echocardiography .Am J Cardiol .65:349 ,1990.
- 18-Kumar UK,Sahasranam KV:Mitral valve prolapse syndrome and associated thoracic skeletal abnormalities .J Assoc physicians,India .39:536,1991.
- 19- Levine RA,et al :Three -dimensional echocardiography: techinques and applications.Am J Cardiol .69:121H ,discussion 131H,1992.

- 20-Luxereau P ,et al :Aetiology of surgically treated mitral regurgitation .Eur Heart J.12 suppl B:2,1991.
- 21- Malcolm AD:Mitral Valve Prolapse associated with other disorders, causal coincidence ,common link,or fundamental genetic disturbance? Br Heart J 53:353,1985.
- 22- Marks AR, et al : Identification of high -risk and low risk subgroups of patients with mitral valve prolapse ,N engl J Med -320:1031,1989.
- 23-Meyers DG, et al : Repolarization abnormalities in mitral valve prolapse ,Am Heart J.113:1414,1987.
- 24- Olive KE,Grassman ED: Mitral Valve prolapse : Comparison of diagnosis by physical examination and echocardiography .South Med J.83: 1266,1990
- 25- Sanfilippo AJ,et al : The problem of echocardiographic detection of mitral valve prolapse and determination of its true prevalence .Herz 13:284,1988.
- 26- Savage DD,et al : Mitral valve prolapse in the general population .2. clinical features: The framingham study .Am Heart J 106:577,1983.
- 27-Savage population Do et al :Mitral valve prolapse in the general population .3.Dysrhythmias :The framingham study .AM heart J. 106:282,1993 .
- 28- Steelman RB: et al :Midsystolic Clicks in arteriosclerotic heart disease.Circulation ,44:503,1971.
- 29-Steinfeld L,et al :late systolic murmur of rheumatic heart diseasse .circulation ,44:503,1971.
- 30 - Stoian I ,et al : Arrhythmias in patients with mitral valve prolapse ,Rev Med Interna.42:59,1990.

Clinical and Electrocardiographic comparison of patients with primary Mitral Valve Prolapse Syndrome and control group.

Afraz M.R MD

ABSTRACT:

Mitral Valve Prolapse (WVP) in one of the commonest cardiac abnormalities. Echocardiography has generally been accepted as the diagnostic modality of choice. To assess the characteristic symptoms ,signs and electrocardiographic abnormalities of MVP ,results of prospective 500 age and sex matched healthy subjects without echocardiographic MVP (control subjects).

The diagnostic criteria used were : Pansystolic or late leaflets of the mitral valve in M-Mode echocardiography with or without two - dimensional echocardiographic criteria (severe bowing of leaflet(s) on the parasternal long axis and four- chamber view). A history of MVP in first degree relatives was more common in subjects with echocardiographic MVP (10.4%Vs 2%, $P<0.001$).

Mid -systolic click (55.2% vs 3.2%, $P<0.001$) and late - systolic murmur(28.2% vs 0.4% , $P<0.001$) were more common in subjects with as compared to those without echographic MVP but ,Systolic ejection murmur was common in contral group (24% vs 13% , $P<0.001$).

ST segment and wave changes ,supraventricular premature depolarization ,Paroxysmal supraventricular tachycardia atrial fibrillation ,atrial tachycardia ,ventricular tachycardia, WPW syndrome ,first degree A-V block ,Left ventricular hypertrophy LGL syndrome ,and RBBB occurred with similar ventricular hypertrophy with and without echocardiographic MVP on the resting 12-lead ECG,but ventricular premature depolarization was common in MVP (11% vs 7.4%, $P<0.05$)

These results indicate that most patients with echocardiographic evidence of MVP have very high incidence of clinical features include symptome such as palpitation , auscultatory findings include mid -systolic click and late systolic murmur ,dysrhythmia such as ventricular premature and a history of MVP in first degree relatives.