

Tętniak prawdziwy po bezobjawowym zawale dolnej ściany lewej komory jako podłoże ciężkiej wtórnej niedomykalności mitralnej

A true aneurysm after asymptomatic inferior wall myocardial infarction of the left ventricle as the basis of severe secondary mitral regurgitation

Barbara Zajac¹, Ewa Szymczyk¹, Tomasz Kaszczyński², Jarosław D. Kasprzak¹, Arkadiusz Ammer², Daniel Steter², Tomasz Stanisławski², Paulina Wejner-Mik¹, Piotr Lipiec¹, Grzegorz Religa²

¹Katedra i Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Oddział Kardiochirurgii Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. W. Biegańskiego w Łodzi

Pacjentka w wieku 62 lat, bez wywiadu w kierunku choroby wieńcowej, z objawami niewydolności serca II (okresowo do III) klasy według NYHA, zgłosiła się na oddział kardiochirurgii w celu wyznaczenia planowego terminu operacji istotnej niedomykalności mitralnej (MR, *mitral regurgitation*), zdiagnozowanej miesiąc wcześniej. W badaniu przedmiotowym stwierdzono tachykardię 120/min, głośny szmer skurczowy nad koniuszkiem serca promieniujący do lewej pachy oraz cechy zastoiny w krążeniu płucnym. W EKG ujawniono tachykardię zatokową 120/min, patologiczne załamki Q i ujemne załamki T w odprowadzeniu II, III i aVF.

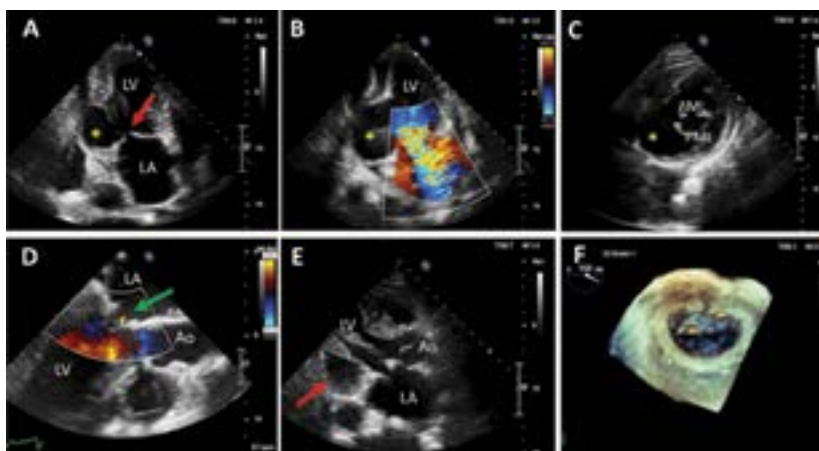
W badaniu echokardiograficznym uwidoczono dyskinetyczny tętniak lewej komory (LV, *left ventricle*), z wrotami o szerokości 28 mm obejmującymi 1/2 podstawnej ściany dolnej (głębokość tętniaka 39 mm) z towarzyszącą skrajnie ciężką MR – IV stopnia (prędkość przepływu przez zastawkę 1,5 m/s, skurczowe odwracanie przepływu w żyłach płucnych, talia fali zwrotnej 10 mm, długość przedniego płatką 28 mm), na tle istotnej restrykcji obu płatków w mechanizmie poszerzenia pierścienia i pociągania aparatu podzastawkowego przez poszerzoną LV (wymiar końcoworozkurczowy LV 60 mm), z frakcją wyrzutową LV 38% – MR typu IIIb według klasyfikacji Carpentiera (ryc. 1A–C). Ponadto stwierdzono cechy ciężkiego nadciśnienia płucnego przy prawidłowej funkcji skurczowej prawej komory (SPAP 85 mm Hg, ACT 67 ms, TASPE 22 mm, S' RV 12 cm/s). Dodatkowo uwidoczono niewielką ilość płynu w worku osierdziowym (rozwarstwienie blaszek osierdzia do 9 mm) oraz umiarkowaną ilość płynu w obu jamach opłucnych.

W koronarografii uwidoczono zamkniętą gałąź tylnoboczną dominującej prawej tętnicy wieńcowej oraz niekrytyczne zmiany miażdżycowe w pozostałych naczyniach wieńcowych.

Ze względu na obraz echokardiograficzny skrajnie ciężkiej MR i postępujące objawy niewydolności serca pacjentkę przyjęto na oddział kardiochirurgii w celu przygotowania do przyspieszonej operacji kardiochirurgicznej. Mimo intensywnej farmakoterapii niewydolności serca w ciągu 48 h od przyjęcia obserwowano narastanie duszności do IV klasy według NYHA. Pacjentkę zoperowano w krążeniu pozaustrojowym, z użyciem kardioplegii. Śródoperacyjnie uwidoczono zastawkę mitralną o nieco poszerzonym pierścieniu i wciągniętych płatkach oraz wrota tętniaka prawdziwego między pierścieniem mitralnym i podstawą tylnego mięśnia brodawkowatego. Worek tętniaka splikowano dwoma paskami teflonu, uzyskując jego istotne zmniejszenie. Następnie wykonano plastykę zastawki mitralnej z użyciem pierścienia *Edwards Lifesciences* 26 mm. W przezprzełykowym śródoperacyjnym monitorowaniu echokardiograficznym i kontrolnym badaniu przezklatkowym potwierdzono dobry efekt zabiegu (ryc. D–F).

Powstanie tętniaka LV jest skutkiem pełnościennego zawału mięśnia sercowego. Wśród tętniaków pozawałowych 98% stanowią tętniaki prawdziwe, a tylko 2% tętniaki rzekome. Tętniaki prawdziwe ściany dolnej są rzadkie i stanowią około 8% wszystkich tętniaków prawdziwych. Często z tętniakiem ściany dolnej LV współistnieje MR. W przypadku istotnej MR preferuje się zabieg naprawy (w większości przypadków ciasną anuloplastykę mitralną z zastosowaniem pierścienia o 2 rozmiary mniejszego niż to wynika z pomiaru długości przedniego płatką zastawki).

Przedstawiony opis przypadku ukazuje nietypowy, bezobjawowy przebieg choroby wieńcowej z wytworzeniem tętniaka prawdziwego LV, powodującego ciężką, przez długi czas skąpoobjawową, MR. Uwagę zwraca również fakt nagłego zaostrzenia objawów niewydolności serca, mimo intensywnego leczenia farmakologicznego i konieczność pilnego leczenia operacyjnego.



Rycina 1A. Badanie echokardiograficzne przezklatkowe (TTE, *transthoracic echocardiography*), projekcja koniuszkowa dwujamowa: tętniak prawdziwy ściany dolnej lewej komory (LV) (gwiazdka), widoczny istotny brak koaptacji płatków mitralnych (czerwona strzałka) i poszerzenie pierścienia mitralnego; B. TTE, projekcja koniuszkowa dwujamowa metodą kolorowego doplera: ciężka niedomykalność zastawki mitralnej, obejmująca cały lewy przedsionek, odwracająca skurczowy przepływ w żyłach płucnych; tętniak prawdziwy ściany dolnej lewej komory (gwiazdka); C. TTE, projekcja przymostkowa w osi krótkiej: tętniak prawdziwy ściany dolnej LK (gwiazdka); D. Przezprzełykowa echokardiografia (TEE, *transesophageal echocardiography*) 3D w trybie kolorowego doplera zastawki mitralnej od strony lewego przedsionka (LA) podczas monitorowania śródoperacyjnego po wszczepieniu pierścienia *Edwards Lifesciences* 26 mm i plastyce tętniaka LV – dobry efekt zabiegu, śladowa niedomykalność mitralna (zielona strzałka); E. Kontrolne pooperacyjne TTE, projekcja przymostkowa w osi długiej: widoczne hiperechogeniczne echa pierścienia mitralnego; widoczny obszar splikowanego tętniaka LV (czerwona strzałka); F. TEE 3D zastawki mitralnej od strony lewego przedsionka podczas monitorowania śródoperacyjnego po wszczepieniu pierścienia *Edwards Lifesciences* 26 mm i plastyce tętniaka LV – widoczne echo wszytego pierścienia oraz szwy; Ao – aorta; AML – przedni płatek mitralny; PML – tylny płatek mitralny

Adres do korespondencji: lek. Barbara Zajac, Katedra i Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. W. Biegańskiego, ul. Kniaziewiczza 1/5, 91-347 Łódź, tel./faks +48 42 251 6216, e-mail: dmbbarazajac@gmail.com