

Ciężka niedomykalność mitralna w przebiegu tocznia układowego u 24-letniej chorej leczonej operacją wszczepienia mechanicznej protezy zastawkowej

Severe mitral regurgitation as the first symptom of systemic lupus erythematosus in a young women required mitral valve replacement

Anna Nowicka¹, Anna Piątkowska¹, Wojciech Biegalski¹, Rafał Dankowski¹, Marek Michalski¹, Katarzyna Szymanowska¹, Andrzej Szyszka¹, Marek Jemielity², Wojciech Seniuk³, Piotr Sosnowski⁴

¹II Klinika Kardiologii, Katedra Kardiologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań

²Klinika Kardiochirurgii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań

³I Klinika Kardiologii, Katedra Kardiologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań

⁴Zakład Radiologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań

Abstract

Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune disorder resulting in multiorgan inflammatory damage. The heart is frequently involved in SLE. The best known cardiac manifestations are pericarditis and Libman-Sacks endocarditis. Severe valvular impairment is rather rare and occurs in few years and in advanced stage of the disease. In this study we report a case of a young women with SLE and heart failure due to mitral regurgitation as the first manifestation of the disease.

Key words: valvular disease, mitral regurgitation, lupus erythematosus

Kardiol Pol 2012; 70, 4: 421–423

WSTĘP

Toczeń rumieniowaty (SLE) jest układową chorobą tkanki łącznej przebiegającą z zajęciem wielu układów i narządów. W sercu najbardziej powszechnym powikłaniem jest wysiękowe zapalenie osierdzia i zapalenie wsierdzia Libmana-Sacksa. Zajęcie zastawek serca obserwuje się rzadko i ujawnia się zazwyczaj po kilku latach od rozpoznania.

Poniżej zaprezentowano przypadek kobiety, u której pierwszym objawem choroby była ciężka niewydolność serca, spowodowana zniszczeniem i niedomykalnością zastawki mitralnej (MR).

OPIS PRZYPADKU

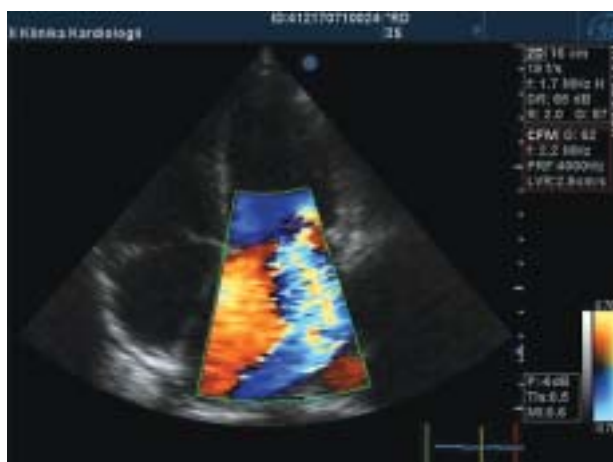
Chorą w wieku 24 lat przyjęto z powodu silnej duszności narastającej od kilku dni (NYHA III). W wywiadzie zanotowano nawracające od 3 miesięcy bóle i obrzęki stawów rąk ustę-

pujące po niesteroidowych lekach przeciwzapalnych, spadek tolerancji wysiłku, utratę masy ciała, wypadanie włosów. W badaniu przedmiotowym stwierdzono tachykardię 140/min, szmer skurczowy nad koniuszkiem, stłumienie odgłosu opukowego i zniesienie szmeru pęcherzykowego obustronnie u podstawy płuc, powiększenie wątroby, limfadenopatię obwodową. Wyniki badań obrazowych potwierdziły obecność płynu w jamach opłucnowych, otrzewnej i osierdziu. W badaniach laboratoryjnych zaobserwowano podwyższenie parametrów zapalnych i eozynofilię. W badaniu echokardiograficznym stwierdzono ciężką MR (talia fali zwrotnej = 9 mm, ERO = 0,49 cm²) z prawidłową powierzchnią otwarcia zastawki (MVA = 4,3 cm²) i powiększeniem lewego przedsionka (ryc. 1). Uwagę zwracało nietypowe pogrubienie ściany lewej komory w okolicy segmentów podstawnych i środkowych, z wyraźnie widoczną warstwą o wzmożonej echogen-

Adres do korespondencji:

dr n. med. Anna Nowicka, II Klinika Kardiologii, Katedra Kardiologii, Uniwersytet Medyczny, ul. Mickiewicza 2, 60–834 Poznań, e-mail: anowicka@ump.edu.pl

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



Rycina 1. Badanie echokardiograficzne (projekcja koniuszkowa 4-jamowa) metoda kolorowego doplera — widoczna fala zwrotna przez zastawkę mitralną



Rycina 3. Badanie echokardiograficzne (projekcja 4-jamowa) — naciek obejmujący ściany lewej komory, aparat podzastawkowy i zastawkę mitralną



Rycina 2. Badanie echokardiograficzne (projekcja przymostkowa w osi krótkiej) — wzmożona echogenność oraz pogrubienie ściany lewej komory

ności od strony wewnątrz, grubości 8–9 mm (ryc. 2). Obraz sugerował rodzaj nacieku, który obejmował wszystkie ściany lewej komory i aparat podzastawkowy płata tylnego, a także sam płatek, powodując znaczne ograniczenie jego ruchomości, będąc prawdopodobną przyczyną MR (ryc. 3). Nie stwierdzono zmian morfologicznych płatków zastawek mogących odpowiadać vegetacjom. Ponadto zaobserwowano łagodną niedomykalność zastawki trójdzielnej (RVSP = 21 mm Hg), bez innych zmian w obrębie prawego serca.

Z powodu współwystępującej eozynofilii wysunięto podejrzenie zapalenia wewnątrz Loefflera. Wobec nietypowego obrazu echokardiograficznego (brak cech restrykcji napływu) wykonano rezonans magnetyczny serca, który uwidocznił niewielkiego stopnia asymetryczne pogrubienie mięśnia le-

wej komory od strony bocznej i w rejonie zastawki mitralnej do ok. 2 cm. Opisano jednorodną intensywność sygnału mięśnia, bez zmian ogniskowych i patologicznych wzmocnień kontrastowych. Grubość przegrody międzykomorowej wynosiła ok. 1,5 cm. Stwierdzono również wyraźne powiększenie lewego przedsionka unoszącego lewe oskrzela główne. W badaniach serologicznych zanotowano obecność ANA w mianie 1:320 o homogennym typie świecenia, obecność przeciwciał skierowanych przeciwko antygenom dsDNA, nukleosomom i histonom. Po konsultacji reumatologicznej rozpoznano toczeń układowy. Po zastosowaniu leczenia i włączeniu steroidoterapii (metypred 24 mg/d.) zaobserwowano stopniową poprawę stanu pacjentki (NYHA II). Po miesiącu kobietę ponownie hospitalizowano z powodu zapalenia płuc i nasilenia objawów niewydolności serca (NYHA IV). W badaniu echokardiograficznym stwierdzono nieco mniejszy w porównaniu z poprzednim badaniem „naciek” mięśnia lewej komory, pozostałe szczegóły obrazu pozostawały jak uprzednio. Chorą zakwalifikowano do operacji wymiany zastawki mitralnej i po uzyskaniu poprawy stanu ogólnego wszczepiono protezę mechaniczną zastawki. Przebieg pooperacyjny był powikłany blokiem przedsionkowo-komorowym III stopnia, z powodu którego implantowano dwujamowy stymulator serca.

W badaniach kontrolnych 3 miesiące po wypisie ze szpitala stan pacjentki był dobry. Na podstawie badania echokardiograficznego stwierdzono prawidłową funkcję protezy zastawki mitralnej i jednorodną echogenność mięśnia lewej komory.

OMÓWIENIE

Zmiany w obrębie serca w przebiegu SLE w badaniu echokardiograficznym obserwuje się u ponad 70% pacjentów [1]. Najczęściej dotyczą one zastawki mitralnej, a rzadziej aortalnej. Obejmują vegetacje typowe dla zapalenia wewnątrz

Libmana-Sacksa lub pogrubienie płatków bez wegetacji [2]. Istotna hemodynamicznie dysfunkcja zastawek występuje rzadziej, zaledwie u 18% chorych i zazwyczaj wiele lat od postawienia diagnozy [3]. Chirurgiczne leczenie zmienionych zastawek jest konieczne w wyjątkowych przypadkach [4].

W opisanym przypadku ostra dysfunkcja zastawki mitralnej była pierwszym objawem choroby. Ponadto mechanizm, w jakim doszło do zniszczenia aparatu zastawkowego i dramatycznych objawów niewydolności serca, nie jest do końca jasny. Naciek obserwowany w obrębie mięśnia sercowego, szczególnie wyraźnie w badaniu echokardiograficznym, oraz dynamika zmian mogą sugerować proces zapalenia miokardium. Z kolei nie zanotowano zaburzeń kurczliwości mięśnia lewej komory ani zaburzeń rytmu. Częstość występowania zapalenia mięśnia sercowego w obserwacjach klinicznych wynosi ok. 9%, natomiast w badaniach autopsyjnych liczba ta sięga nawet 57%. Sugeruje to często niemy klinicznie rozwój zmian [1].

Przedstawiony przypadek młodej chorej wskazuje na różnorodność powikłań sercowych w przebiegu toczenia i sku-

teczność leczenia skojarzonego — farmakoterapii oraz leczenia kardiochirurgicznego. Warto podkreślić dużą wartość diagnostyczną echokardiografii, która umożliwiła dokładne uwidocznienie i śledzenie zmian będących przyczyną dysfunkcji zastawki.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Wijetunga M, Rockson S. Myocarditis in systemic lupus erythematosus. *Am J Med*, 2002; 113: 419–423.
2. Moyssakis I, Tektonidou M, Vasiliou V, Samarkos M, Votteas V, Moutsopoulos H. Libman-Sacks endocarditis in systemic lupus erythematosus: prevalence, associations, and evolution. *Am J Med*, 2007; 120: 636–642.
3. Einav E, Gitig A, Marinescu M, Tanaka K, Spevack D. Valvulitis requiring triple valve surgery as an initial presentation of systemic lupus erythematosus. *J Am Soc Echocardiogr*, 2007; 20: 1313.e1–e3.
4. Bouma W, Klinkenberg T, Horst I et al. Mitral valve surgery for mitral regurgitation caused by Libman-Sacks endocarditis: a report of four cases and systemic review of the literature. *J Card Surgery*, 2010; 5: 13.