

Tętniak przedniego płata mitralnego — obraz echokardiograficzny

Aneurysm of the anterior mitral leaflet — echocardiographic description

Włodzimierz P. Bąkała

Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii, Szpital Powiatowy, Koźienice

Abstract

Aneurysm of the anterior mitral leaflet is a rare complication of infective aortic valve endocarditis. The natural history of which is generally its rupture, with subsequent acute and severe mitral regurgitation. We describe a 78 years-old man without history of endocarditis, in whom transthoracic echocardiography was sufficient and transesophageal echocardiography was essential for the diagnosis of this lesion.

Key words: aneurysm of anterior mitral leaflet, TTE, TEE

Kardiologia Polska 2010; 68, 8: 963–964

WSTĘP

Tętniak przedniego płata mitralnego (AAML, *aneurysm of the anterior mitral leaflet*) jest rzadkim powikłaniem infekcyjnego zapalenia wsierdza na zastawce aortalnej. W przebiegu procesu zapalno-infekcyjnego może dojść do perforacji płata, najczęściej u jego podstawy, z wytworzeniem ostrej, ciężkiej niedomykalności mitralnej [1].

Istnieją 2 prawdopodobne mechanizmy powstania AAML: pierwszy jako efekt bezpośredniego szerzenia się procesu zapalnego zastawki aortalnej na płatek mitralny, z wytworzeniem ropnia, z następowym jego opróżnieniem, drugi poprzez uszkodzenie powierzchni płata przez strumień fali zwrotnej aortalnej ze stopniowym ścieńczeniem, rozwarstwieniem, a później uwypukleniem tkanek przedniego płata i uformowaniem tętniaka [1, 2].

Niektórzy autorzy wolą nazywać ten typ uszkodzenia płata mitralnego pseudotętniakami [3]. Echokardiografia przezklatkowa była pierwszą metodą pozwalającą *in vivo* ustalić rozpoznanie. Obecnie uznaje się wyższość echokardiografii przezprzełykowej w rozpoznawaniu AAML z powodu jej większej czułości [2–4]. W przypadku perforacji płata z wytworzeniem ostrej niedomykalności mitralnej, postępowaniem z wyboru jest chirurgiczna naprawa zastawki lub jej

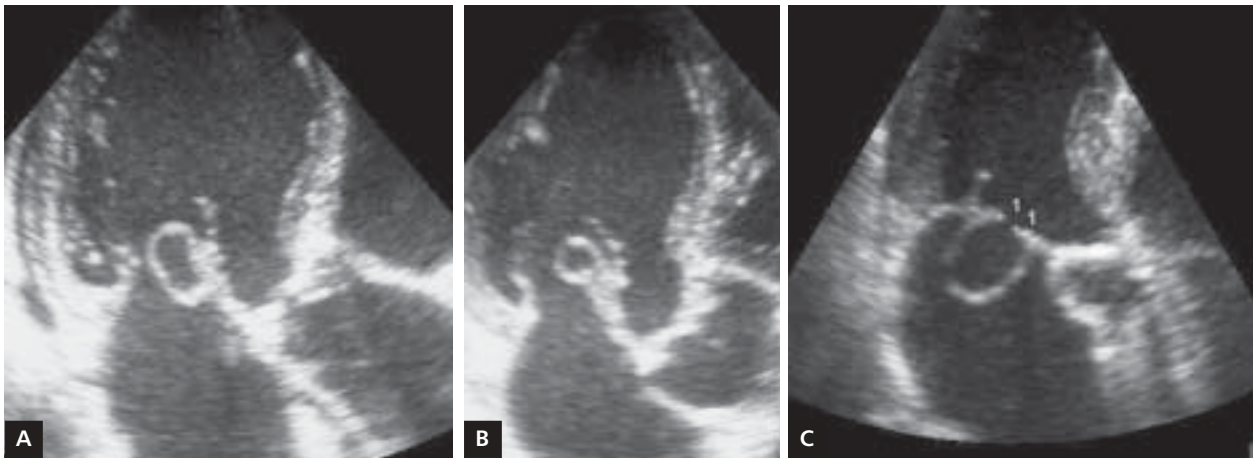
wymiana. W piśmiennictwie istnieją doniesienia o zachowawczej strategii postępowania w AAML.

OPIS PRZYPADKU

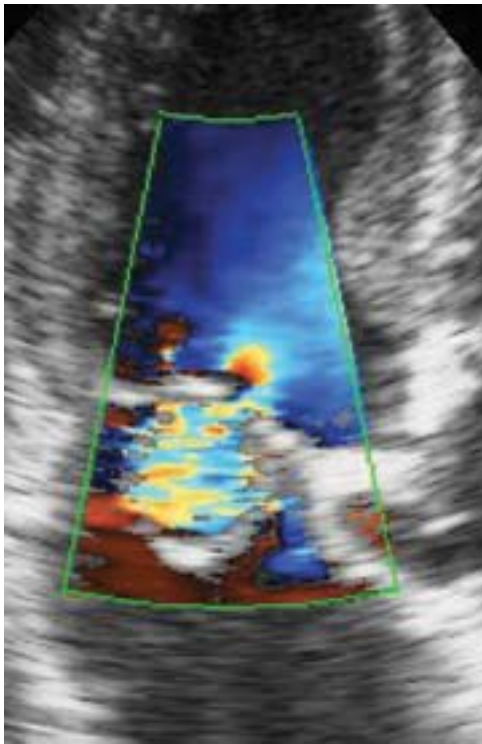
W niniejszej pracy przedstawiono przypadek 78-letniego mężczyzny, z wieloletnim wywiadem wady aortalnej, bez potwierdzonego klinicznie infekcyjnego zapalenia wsierdza w wywiadzie, którego przyjęto do szpitala z powodu duszności wysiłkowej, oligurii, uczucia kołatania serca, obrzęków kończyn dolnych. W badaniu przedmiotowym stwierdzono cechy obukomorowej niewydolności serca, wysłuchano koniuszkowo-pachowy szmer skurczowy i wczesnorozkurczowy szmer w drugiej, prawej przestrzeni międzyżebrowej, przy brzegu mostka. W przezklatkowym badaniu echokardiograficznym uwidoczniło się powiększone w całości serce, zwłókniałą zastawkę aortalną z cechami łagodnego zwężenia lewego ujścia tętniczego i mierną jego niedomykalnością. Na powierzchni przedsionkowej przedniego płata mitralnego zobrazowano cienkościenną, workowatą strukturę o wymiarach 2 × 2 cm, o wrotach 5,6 mm (ryc. 1A–C). W badaniu kolorowym doplerem stwierdzono pełne wypełnienie się tej struktury kolorem, co wskazywało na ciągliwość jej tkanek (ryc. 2) oraz dwa wąskie strumienie fali zwrotnej mitralnej. Ustalono

Adres do korespondencji:

dr n. med. Włodzimierz P. Bąkała, Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii, Szpital Powiatowy w Koźienicach, Al. Sikorskiego 10, 26–900 Koźienice, e-mail: wpb2@o2.pl



Rycina 1. Projekcja koniuszkowa. Obrazy AAML, A i B — w rozkurczu, C — w skurczu; C. „Wrota” tętniaka, 1–1 = 5,6 mm



Rycina 2. Projekcja koniuszkowa, w badaniu kolorowym doplerem — AAML wypełniony całkowicie kolorem; obraz wskazuje na integralność tkanek tętniaka

rozpoznanie AAML, które później potwierdzono w ośrodku referencyjnym w badaniu przezprzetykowym.

Po konsultacji w Punkcie Konsultacyjnym Kliniki Wad Nabytych Serca Instytutu Kardiologii w Aninie chorego zakwalifikowano do leczenia zachowawczego i kontroli w Re-

jonowej Poradni Kardiologicznej, pod opieką której pozostaje od jesieni 2005 roku do dnia dzisiejszego.

OMÓWIENIE

W opisywanym przypadku należy przyjąć, że tętniak przedniego płatką mitralnego powstał w mechanizmie uszkodzenia płatką przez strumień aortalnej fali zwrotnej.

W badaniu echokardiograficznym z Zakładu Diagnostyki Nieinwazyjnej Instytutu Kardiologii w Aninie z 2001 roku zanotowano małe niedomykalności zastawkowe: aortalną, mitralną i trójdzielną, prawidłową wielkość lewej komory, nieco powiększony lewy przedsionek. Brakowało dowodów na przebycie infekcyjnego zapalenia wsierdza w okresie od marca 2001 do lipca 2005 roku. Wybrana strategia postępowania zachowawczego wydaje się słuszna. Chory co prawda był kilkakrotnie hospitalizowany z powodu progresji objawów niewydolności serca, wdrożono u niego profilaktykę przeciwkrzepliwą z powodu utrwalonego migotania przedsionków, jednak ostatnie badanie echokardiograficzne z grudnia 2009 roku nie wskazało progresji stopnia uszkodzenia zastawek ani funkcji skurczowej lewej komory.

Piśmiennictwo

1. Marco-Alberca P, Rey M, Serrano JM et al. Aneurysm of the anterior leaflet of the mitral valve secondary to aortic valve endocarditis. *J Am Soc Echocardiogr*, 2000; 13: 1050–1052.
2. Mollod M, Felner KJ, Flener J. Mitral and tricuspid aneurysm evaluated by transesophageal echocardiography. *Am J Cardiol*, 1997; 97: 1269–1272.
3. Tingleff J, Egeblad H, Gøtzsche CO et al. Perivalvular cavities in endocarditis: abscesses versus pseudoaneurysm? A transesophageal Doppler echocardiographic study in 118 patients with endocarditis. *Am Heart J*, 1995; 130: 93–100.
4. Vandembossche JL, Hartenberg D, Leclerc IL. Mitral valve aneurysm formation Documented by cross-sectional echocardiography. *Eur Heart J*, 1986; 7: 17.