

Tętniak rozwarstwiający aorty wstępującej u 80-letniej kobiety

Aortic aneurysm dissection in 80-year-old woman

Agata Popielarz-Grygalewicz¹, Grażyna Snopek¹, Marcin Borys¹, Piotr Hendzel², Marek Dąbrowski³,
Piotr Szałański², Katarzyna Rakowska¹

¹ Kliniczny Oddział Kardiologii, Szpital Bielański, Warszawa

² Kliniczny Oddział Kardiochirurgii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa

³ Zespół Badawczo-Leczniczy Chorób Układu Krążenia, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej, Polska Akademia Nauk, Warszawa

Abstract

We present a case of 80-year-old woman with a history of paroxysmal atrial fibrillation admitted to the cardiology department due to syncope and chest pain with suspicion of pulmonary embolism. In course of further diagnostics the initial diagnosis was excluded and anticoagulant treatment was stopped. The real cause of the above signs and symptoms was aortic dissection. It was diagnosed by echocardiography and confirmed by CT scan. Patient was immediately transferred to the cardiosurgery department and successfully operated. The patient was discharged after 33 days in good condition.

Key words: aortic dissection

Kardiologia Polska 2009; 67: 295-297

Wstęp

Tętniak rozwarstwiający aorty – to stan bezpośredniego zagrożenia życia wymagający ze strony lekarza właściwych i szybkich decyzji diagnostyczno-terapeutycznych. Przyczyną rozwarstwienia jest rozerwanie błony wewnętrznej i środkowej ściany aorty. Do miejsc, gdzie występują największe naprężenia rozciągające i ścinające, czyli najbardziej podatnych na rozwarstwienie, należą aorta wstępująca (36%) i opuszka aorty (25%). Zdecydowanie rzadziej błona wewnętrzna rozwarstwa się w obszarze łuku aorty zstępującej [1]. Poza typowymi czynnikami indukującymi rozwarstwienie (nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, dwupłatkowa zastawka aortalna, zespół Marfana, ciąża, koarktacja aorty) nie należy zapominać o ryzyku jatrogennego uszkodzenia błony wewnętrznej w trakcie zabiegów koronarografii, ablacji oraz kontrapulsacji wewnątrzortalnej [2, 3]. Rokowanie i algorytm postępowania zależą od przebiegu i zasięgu rozwarstwienia.

Rozwarstwienie typu A, które obejmuje odcinek aorty wstępującej, rokuje zdecydowanie gorzej. Pomimo szerokiego dostępu do leczenia chirurgicznego (klasa I zaleceń wg ESC) nadal ten typ rozwarstwienia obciążają wysokie wskaźniki śmiertelności – w okresie 30 dni umiera 25–35% chorych [3, 4]. W diagnostyce rozwarstwienia aorty istotne

znaczenie ma burzliwy i dynamiczny obraz kliniczny, od bardzo silnych bólów, poprzez zasłabnięcie i ubytki neurologiczne, po niestabilność hemodynamiczną [5]. Weryfikując te objawy, należy sięgnąć po kolejne narzędzia diagnostyczne: echokardiografię, tomografię komputerową oraz rezonans magnetyczny (ang. *magnetic resonance imaging*, MRI). Każda z tych metod ma swoje wady i zalety. Tomografia komputerowa, której czułość i swoistość w rozpoznaniu rozwarstwienia aorty wynosi ok. 90%, jest coraz bardziej dostępna i dobrze obrazuje zasięg rozwarstwienia. Nie jest jednak najlepszą metodą detekcji wrót rozwarstwienia oraz jako badanie statyczne nie może odnieść się do istotnego objawu, jakim jest niedomykalność aortalna [4, 5]. Badanie metodą MRI osiągnęło 100% czułości i swoistości w rozpoznawaniu wszystkich typów rozwarstwienia i jego powikłań. Metoda ta bardzo dobrze wizualizuje wrota rozwarstwienia. Jej wadą jest mała dostępność, wysoka cena oraz dłuższy czas trwania badania, co ogranicza przydatność MRI u chorych znajdujących się w złym stanie klinicznym, wymagających niezwłocznej interwencji [4, 5]. Metodą, która łączy w sobie szeroką dostępność, małą inwazyjność, szybką ocenę i niskie koszty, jest przekłatkowe badanie echokardiograficzne [7]. Echokardiografia przezprzełykowa, skądinąd bardzo dobrze weryfikująca choroby aorty i zastawki aortalnej, cha-

Adres do korespondencji:

dr n. med. Grażyna Snopek, Kliniczny Oddział Kardiologii, Szpital Bielański, ul. Cegłowska 80, 01-809 Warszawa, tel./faks: +48 22 569 02 92, e-mail: snopek@mp.pl

Praca wpłynęła: 31.08.2008. Zaakceptowana do druku: 22.10.2008.

rakteryzująca się wysokimi wskaźnikami czułości i swoistości w tej grupie chorób, jest badaniem zwiększającym ryzyko potencjalnie śmiertelnych powikłań, takich jak pęknięcie aorty i tamponada serca. Dlatego też nie może być badaniem referencyjnym u chorych z podejrzeniem rozwarstwienia aorty [8, 9].

Przedstawiony przypadek tym różni się od typowych, że obraz kliniczny był bardzo niejednoznaczny, a przyłożone badanie echokardiograficzne wykonane podczas dyżuru szybko i jednoznacznie zweryfikowało wątpliwości.

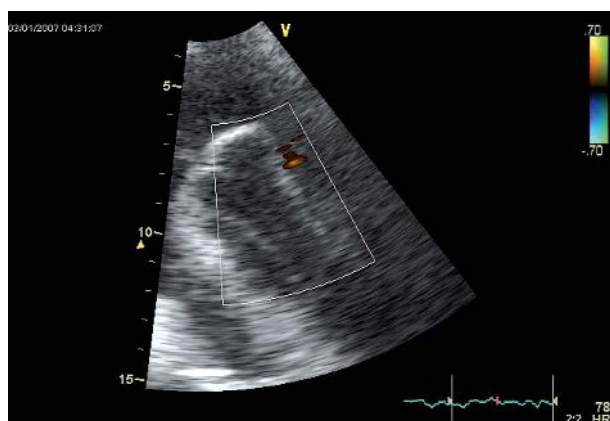
Opis przypadku

Kobieta 80-letnia, z wieloletnim wywiadem napadowego migotania przedsionków, została przyjęta do sali ratunkowej z powodu kilkunastogodzinnego bólu zamostkowego z towarzyszącym zasłabnięciem i dusznością. W wywiadzie sprzed miesiąca – przemijający, bolesny obrzęk prawego podudzia wskazujący na możliwość przebytej zakrzepicy żył głębokich. Ciśnienie tętnicze wynosiło 100–110/50–60 mmHg i było symetryczne na obu kończynach górnych. W badaniu przedmiotowym: bez jawnych cech niewydolności serca, z odchył

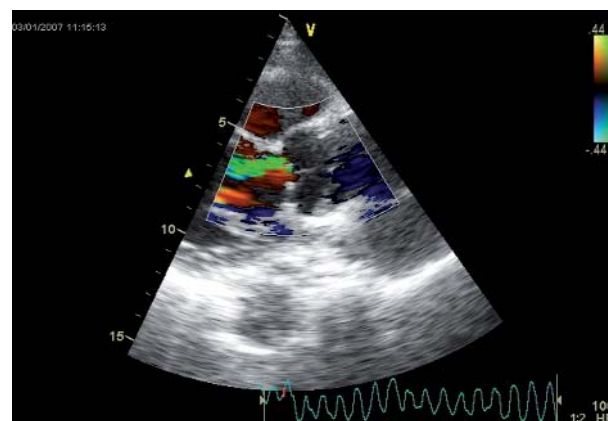
stwierzono szmer niedomykalności trójdzielnej oraz głośny szmer nad tętnicami szyjnymi. W dodatkowych badaniach biochemicznych – znamienne podwyższone wartości D-dimerów (powyżej 3 tys.), obniżone wartości płytek (do 116 tys.), bez wzrostu markerów martwicy mięśnia sercowego.

W sekwencyjnych badaniach EKG rejestrowano początkowo migotanie przedsionków 30–40/min, następnie rytm zatokowy 50–55/min, niewielkie obniżenia odcinka ST. Postawiono rozpoznanie wstępne zatorowości płucnej, jednak wobec nie do końca spójnych objawów, w celu pełniejszej weryfikacji rozpoznania wykonano przyłożone badanie echokardiograficzne.

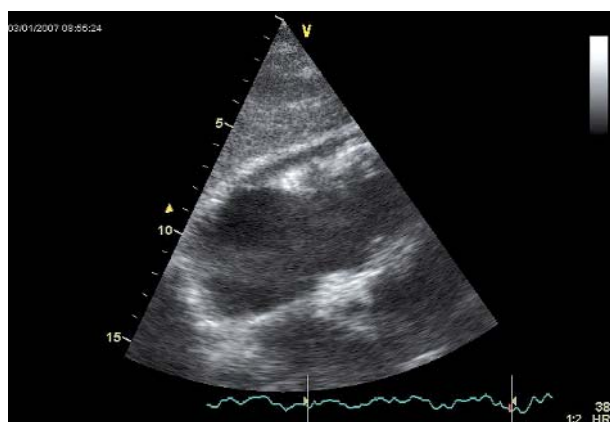
Stwierdzono echo rozwarstwionej błony wewnętrznej rozpoczynające się na granicy opuszki i aorty wstępującej o przebiegu wzdłuż łuku i aorty zstępującej, przyścienną skrzeplinę w łuku oraz w aorcie zstępującej. Zwracał uwagę brak istotnego poszerzenia aorty wstępującej – 42 mm. Ponadto badanie ujawniło pośrednie cechy rozwarstwienia w postaci płynu w osierdziu i umiarkowanej niedomykalności aortalnej – PHT 480 ms. Lewa komora miała prawidłowe wymiary – LVdD 46 mm, bez odcinkowych



Rycina 1. Zmodyfikowana projekcja 5-jamowa. Aorta wstępująca – echo odwarstwionej błony wewnętrznej



Rycina 2. Projekcja przymostkowa podłużna – fala zwrotna aortalna zarejestrowana metodą kolorowego doplera



Rycina 3. Projekcja podmostkowa 4-jamowa – płyn w osierdziu



Rycina 4. Zmodyfikowana projekcja koniuszkowa. Niedomykalność trójdzielna zarejestrowana metodą kolorowego doplera, SPAP – 60 mmHg

zaburzeń kurczliwości. Potwierdzono niedomykalność trójdzielnią z cechami nadciśnienia płucnego – SPAP 60 mmHg.

Natychmiast odstawiono zastosowane wcześniej leczenie heparyną oraz w trybie pilnym wykonano tomografię komputerową, która ostatecznie potwierdziła rozwarstwienie aorty. Chorą przeniesiono do kliniki kardiologii, gdzie została zoperowana w trybie natychmiastowym – wszczepiono protezę nadwieńcową aorty wstępującej Hemashield Platinum 28 mm. Przebieg operacji typowy, bez powikłań. Okres pooperacyjny powikłany tamponadą osierdza, krwawieniem z nosa, wydłużoną intubacją. Chora opuściła klinikę kardiologii po 33 dniach, w stanie ogólnym dobrym.

Dyskusja

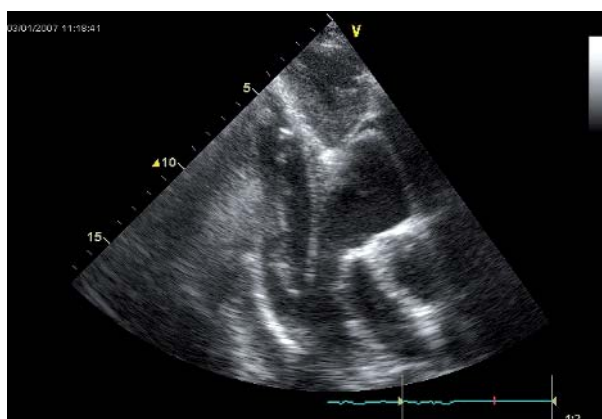
Jak wynika z praktyki medycznej oraz z piśmiennictwa, tętniak rozwarstwiający aorty ma najczęściej dramatyczny przebieg kliniczny, zdarzają się jednak przypadki bezobjawowe lub skąpoobjawowe, jak opisany powyżej [8].

W opisanym przypadku niewiele danych z badania przedmiotowego oraz przedmiotowego mogło wskazywać na to rozpoznanie. Kobieta nie miała objawów niestabilności hemodynamicznej ani objawów wskazujących na zaburzenia perfuzji poszczególnych narządów (w tym: centralnego układu nerwowego, serca, nerek). Nie rejestrowano typowych dla tej sytuacji klinicznej zaburzeń rytmu, deficytu tętna, nieprawidłowych wartości czy asymetrii ciśnienia systemowego. Przyłóżkowe badanie echokardiograficzne pozwoliło na natychmiastowe postawienie właściwego rozpoznania, dzięki czemu przerwano niebezpieczne dla chorej leczenie przeciwzakrzepowe oraz zakwalifikowano ją wstępnie do operacji.

W przedstawionej sytuacji dodatkową trudność w kwalifikacji do zabiegu stanowił podeszły wiek kobiety. Znaczna część ośrodków kardiologicznych nie podejmuje się operowania chorych w zaawansowanym wieku, uzasadniając decyzję statystycznie gorszymi wynikami operacji w tej grupie. Niewątpliwą nadzieją dla chorych z dużym ryzykiem okołozabiegowym jest dynamiczny rozwój nowych, mniej inwazyjnych metod leczenia za pomocą stent-graftów, które prawdopodobnie w niedalekiej przyszłości znajdą swoje miejsce w standardach postępowania [10].

Piśmiennictwo

1. Sobkowicz B. Echokardiografia w stanach nagłych. *Urban & Partner, Wrocław* 2002; 37-56.
2. Banach M, Nowicki M, Goch A, et al. Powikłania nadciśnienia tętniczego. *Termedia, Poznań* 2007; 90-111.
3. Pasierski T, Gaciong Z, Torbicki A, Szmidt J. *Angiologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa* 2004; 191-220.
4. Szczeklik A. Choroby wewnętrzne. *Medycyna Praktyczna, Kraków* 2005; 361-90.
5. Erbel R, Alfonso A, Boileau C, et al. Diagnosis and management of aortic dissection. Task Force Report. *Eur Heart J* 2001; 22: 1642-81.
6. Dake MD, Kato N, Mitchell RS, et al. Endovascular stent-graft placement for the treatment of acute aortic dissection. *N Engl J Med* 1999; 340: 1546-52.
7. Tracz W, Podolec P, Hoffman P. Echokardiografia praktyczna. *Medycyna Praktyczna, Kraków* 2005; t. II 225-65.
8. Jedliński I, Duszyńska M, Jamrozek-Jedlińska M, et al. Olbrzymi bezobjawowy tętniak rozwarstwiający aorty wstępującej u chorego po wszczepieniu zastawki biologicznej w lewe ujście tętnicze – opis przypadku. *Kardiologia Polska* 2007; 65: 717-9.
9. Lisowska A, Knapp M, Sobkowicz B, et al. Rola przezprzetykowego badania echokardiograficznego w leczeniu kardiologicznym tętniaków rozwarstwiających aorty. *Kardiologia Polska* 2007; 65: 449-50.
10. Krasoń M, Krupa H, Zembala M. Wewnątrznaczyniowe leczenie tętniaków aorty piersiowej w roku 2008 – u kogo, dlaczego, kiedy? *Kardiologia Polska* 2008; 66: 364-70.



Rycina 5. Projekcja podmostkowa. Aorta wstępująca – echo odwarstwionej błony wewnętrznej



Rycina 6. Angio-CT – poszerzony łuk aorty, skrzeplina przyścienna



Rycina 7. Angio-CT – tętniak aorty wstępującej i zstępującej, skrzeplina przyścienna