

Zawał serca u chorego z mnogimi tętniakami naczyń wieńcowych

A myocardial infarction in a patient with numerous coronary artery aneurysms

Małgorzata Kołodziej¹, Janusz Śledź¹, Marianna Janion^{1,2}

¹ II Oddział Kardiologii, Świętokrzyskie Centrum Kardiologii, Kielce

² Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego, Kielce

Abstract

We present a case of a 53-year-old smoking patient with myocardial infarction, in whom coronary angiography revealed many coronary arteries aneurysms, without substantial epicardial vessel narrowings. Patient was medically treated with a good outcome.

Key words: coronary arteries aneurysmae, coronarography, thrombo-embolic complications

Kardiologia Polska 2009; 67: 204-206

Wstęp

Tętniakiem tętnicy wieńcowej nazywa się poszerzenie światła przekraczające 1,5 raza średnicę największej tętnicy wieńcowej danego pacjenta [1]. Tętniaki wykrywa się u ok. 2–5% chorych poddawanych badaniu koronarograficznemu [2]. Tętniakom w 80–90% towarzyszą zmiany miażdżycowe w naczyniach wieńcowych. W dzieciństwie najczęstszą przyczyną tętniaków tętnic wieńcowych są: choroba Kawasaki [3], choroba Takayasu i wrodzona dysplazja. W każdym wieku przyczyną tętniaków mogą być urazy, w tym pozabiegowe [4]. W wieku powyżej 56 lat najczęstszą przyczyną powstawania tętniaków jest miażdżycowa [5, 6]. Spośród innych przyczyn należy wymienić toceń układu [7], kiłę, infekcyjne zapalenie wsierdzia [8], gorączkę reumatyczną, chorobę Marfan, nerwiakowłóknikowość, długo trwającą boreliozę, guzkowe zapalenie tętnic. Powikłaniem tętniaków są procesy zakrzepowozatorowe (utworzenie w świetle tętniaka zakrzepu i zatoru obwodowego), które prowadzą często do zawału serca [9, 10]. Konsekwencją może być także wytworzenie przetoki z jamami serca lub dużym naczyniem [11]. Tętniaki bywają pojedyncze i wtedy stanowią nieco mniejszy problem leczniczy. W większości przypadków stosuje się leczenie zachowawcze, chociaż niektóre tętniaki mogą być leczone stentgraftami [12] lub w przypadku znacznych rozmiarów – kardiochirurgicznie [13]. Dużo większe wyzwanie stanowią tętniaki mnogie naczyń wieńcowych, takie jak w prezentowanym przez nas przypadku.

Opis przypadku

Mężczyzna 53-letni, palący papierosy, leczony od kilku lat z powodu nadciśnienia tętniczego, został przyjęty do Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii w Kielcach z powodu 2-godzinnego spoczynkowego bólu zamostkowego. Przy przyjęciu chory był przytomny, ciśnienie tętnicze wynosiło 160/90 mmHg. Ostuchowo nad płucami stwierdzono szmer pęcherzykowy fizjologiczny, czynność serca miarową 68/min, tony czyste, obrzęków obwodowych nie stwierdzono. W EKG rytm zatokowy, uniesienie odcinka ST o 2 mm w V₂ i o 1 mm w V₃ oraz ujemne załamki T w III, aVF (Rycina 1.). Spośród sekwencyjnie wykonanych markerów martwicy mięśnia sercowego stężenie troponin (TnT) przekraczało znamienne normy: 0,02–1,11–1,72 ng/ml oraz CKMB 11–89–61 U/l i CPK 69–417–342 U/l. Z innych laboratoryjnych odchyleń od normy stwierdzono hiperlipidemię mieszaną (cholesterol całkowity 239 mg/dl, trójglicerydy 210 mg/dl, cholesterol LDL 138 mg/dl, cholesterol HDL 59 mg/dl). W badaniu echokardiograficznym wykazano hipokinezę przegrody międzykomorowej, z dobrą kurczliwością globalną, frakcja wyrzutowa (EF) ok. 50%, bez innych istotnych patologii. Wykonana koronarografia ujawniła: pień lewej tętnicy wieńcowej (LM) długi, szeroki z tętniakowatym poszerzeniem obejmującym segmenty środkowy i końcowy, gałąź przednia zstępująca (LAD) z licznymi tętniakowatymi poszerzeniami w jej obrębie i w gałęzi diagonalnej oraz dwa tętniaki w obrębie segmentu środkowego prawej tętnicy wieńcowej (Ryciny 2., 3.). Męż-

Adres do korespondencji:

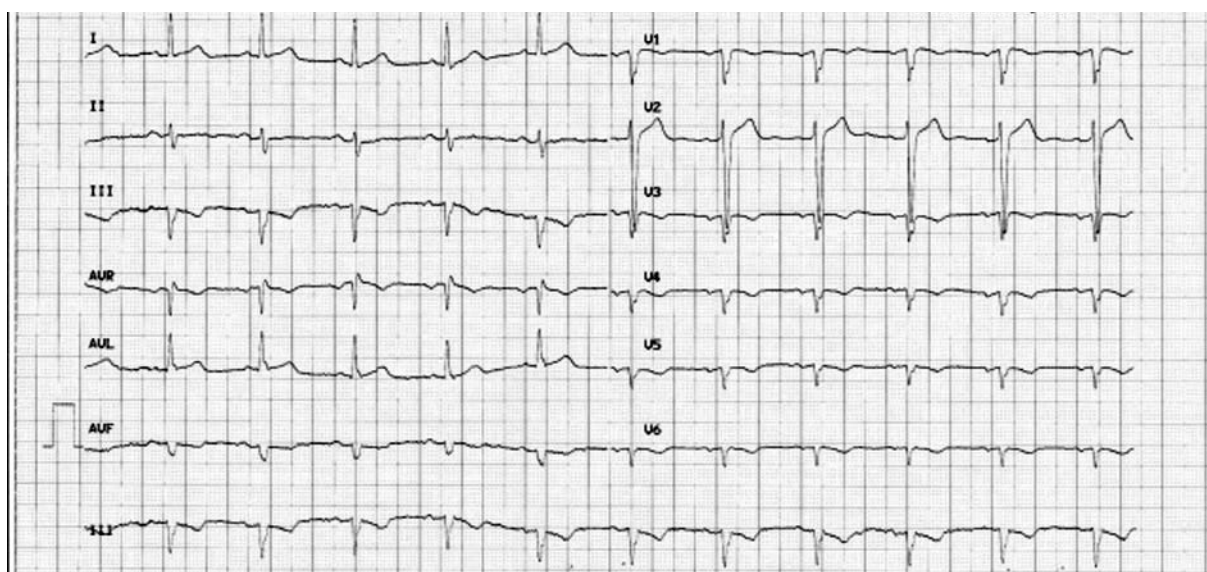
lek. med. Małgorzata Kołodziej, II Oddział Kardiologii, Świętokrzyskie Centrum Kardiologii, Wojewódzki Szpital Zespolony, ul. Grunwaldzka 45, 25-736 Kielce, tel.: +48 32 367 13 01, e-mail: malkol@esculap.pl

czynną zakwalifikowano do leczenia zachowawczego. W celu wykluczenia tętniaków w krążeniu mózgowym wykonano MRI głowy z kontrastem, które nie wykazało patologii naczyniowych. Wynik badania USR (badanie w kierunku kiły) był ujemny, przeciwciał p-ANCA i c-ANCA w surowicy nie wykryto, markery procesu zapalnego i reumatycznego negatywne. W trakcie dalszej hospitalizacji chory nie odczuwał bólu w klatce piersiowej, pozostawał stabilny hemodynamicznie. W EKG obserwowano konwersję pierwotnie ujemnych załamków T w III, aVF na dodatnie oraz dodatniego załamka T w V₆ na dodatnio-ujemny (Rycina 4.). W badaniu holterowskim zarejestrowano rytm zatokowy, jedną parę pobudzeń komorowych, bez innych

form arytmii. W 10. dobie hospitalizacji chorego wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym, z zaleceniem zaprzestania palenia papierosów, regularnej kontroli ciśnienia tętniczego, utrzymania diety hipolipemicznej oraz przyjmowania leków: kwasu acetylosalicylowego 75 mg/dobę, kłopidogrelu 75 mg/dobę, atorwastatyny 40 mg/dobę, chinalaprylu 40 mg/dobę, amlodypiny 10 mg/dobę, amiloridu z hydrochlorotiazylem 5/50 mg/dobę.

Dyskusja

U opisywanego chorego występowały mnogie tętniaki naczyń wieńcowych powikłane ostrym zespołem wień-



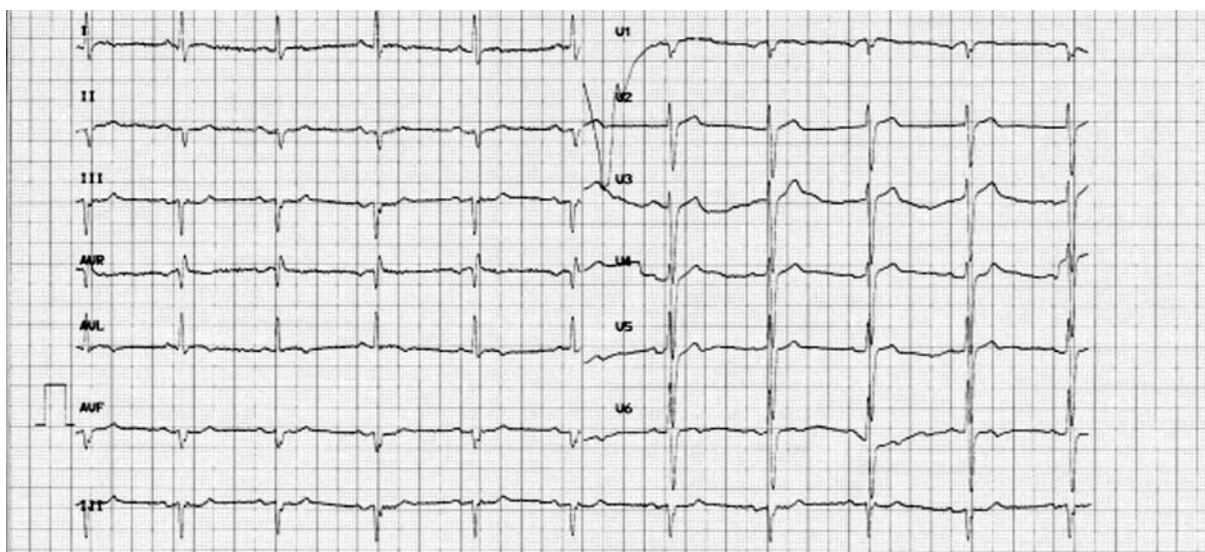
Rycina 1. Zapis EKG przy przyjęciu do szpitala



Rycina 2. Tętniaki naczyń wieńcowych, lewej tętnicy wieńcowej, gałęzi przedniej zstępującej i gałęzi diagonalnej



Rycina 3. Tętniakowe poszerzenia prawej tętnicy wieńcowej



Rycina 4. Zapis EKG przy wypisie chorego ze szpitala

cowym – zawątem serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI). Przeprowadzona diagnostyka pozwoliła na wykluczenie urazu, procesu infekcyjnego, reumatycznego i choroby układuowej jako tła etiologicznego tętniaków. Biorąc pod uwagę wiek mężczyzny i niskie parametry zapalne, należy z dużym prawdopodobieństwem wykluczyć chorobę Kawasaki i Takayashu jako przyczynę tętniaków, natomiast wiek, palenie papierosów i hiperlipidemia stanowią silne poparcie dla hipotezy o miażdżycowym tle tętniaków naczyń wieńcowych. Decyzja o leczeniu zachowawczym z uświadomieniem choremu czynników ryzyka miażdżycy i sposobów jej wtórnej prewencji, a także zastosowanie leczenia przeciwplatekowego, przeciwzapalnego, stabilizującego blaszki miażdżycowe i hipotensyjnego wydaje się jedyną możliwą i słuszną. Należy zwrócić uwagę na powikłania zakrzepowo-zatorowe, jakie mogą towarzyszyć tętniakom, i stosować agresywne leczenie zapobiegające. W tym kontekście słuszne wydaje się pytanie o długość leczenia kłopidogrelem – na razie pozostaje ono bez odpowiedzi, poza oczywistym stwierdzeniem, że ze względu na ostry zespół wieńcowy u opisywanego chorego na pewno zalecane zostanie stosowanie kłopidogrelu co najmniej przez 12 miesięcy.

Piśmiennictwo

1. Syed M, Lesch M. Coronary artery aneurysm: a review. *Prog Cardiovasc Dis* 1997; 40: 77-84.
2. Swaye P, Fischer L, Litwon P, et al. Aneurysmal coronary artery disease. *Circulation* 1983; 67: 134-8.
3. Daniels SR, Specker B, Capannari TE, et al. A case of fusiform aneurysm of left main coronary artery. *Anadolu Kardiyol Derg* 2001; 1: 307-8.
4. Westaby S, Drossos G, Giannopoulos N. Posttraumatic coronary artery aneurysm. *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 712-3.
5. Lenihan DI, Zeman HS, Collins GI. Left main coronary artery aneurysm in association with severe arteriosclerosis, a case report and review of the literature. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1991; 23: 28-31.
6. Falsetti HI, Carrol RI. Coronary artery aneurysm. A review of the literature with a report of 11 new cases. *Chest* 1976; 69: 630-6.
7. Uchida T, Inoue T, Kamishirado H, et al. Unusual coronary artery aneurysm and acute myocardial infarction in a middle aged man with systemic lupus erythematosus. *Am J Med Sci* 2001; 322: 163-5.
8. Reece II, al Tareif H, Tolia I, et al. Mycotic aneurysm of the left anterior descending coronary artery after aortic endocarditis. A case report and brief review of literature. *Tex Heart Inst J* 1994; 21: 231-5.
9. Marasco SF, Tatoulis J. Beating-heart surgery for the management of the right coronary artery aneurysm. *Heart Surg Forum* 2004; 7: E126-7.
10. Dagaip Z, Pamiir G, Alpman A, et al. Coronary artery aneurysm. Report of two cases and review of the literature. *Angiology* 1996; 47: 197-201.
11. Berrizbeitia LD, Samuels LE. Ruptured right coronary artery aneurysm presenting as a myocardial mass. *Ann Thorac Surg* 2003; 73: 971-3.
12. Kochman J, Wilczyńska J, Horszczaruk G, et al. Tętniak tętnicy wieńcowej. *Kardiologia po Dyplomie* 2003; 2: 3.
13. Pyszel A, Skoczyńska A, Derkacz A, et al. Znaczących rozmiarów tętniak naczyń wieńcowych skutecznie leczony kardiochirurgicznie. Opis przypadku wraz z omówieniem etiologii, diagnostyki i leczenia. *Kardiologia Pol* 2007; 65: 54-7.