

Olbrzymi pozawałowy tętniak rzekomy lewej komory – opis przypadku

Giant left ventricular postinfarction pseudoaneurysm – an echocardiographic case report

Ireneusz Jedliński¹, Małgorzata Duszyńska¹, Jan Wojna², Dariusz Angerer³, Kajetan Poprawski⁴

¹ Oddział Kardiologiczny, Szpital im. J. Strusia, Poznań

² Poradnia Kardiologiczna, Szpital im. J. Strusia, Poznań

³ Pracownia Tomografii Komputerowej, Szpital im. J. Strusia, Poznań

⁴ II Klinika i Katedra Kardiologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Abstract

We present a rare case of a 71-year-old man who had myocardial infarction 9 years ago. Transthoracic and transesophageal echocardiography revealed presence of a large pseudoaneurysm of the left ventricular (LV) apex and anterior wall with thrombus. The diagnosis of LV pseudoaneurysm was confirmed by electrocardiography – gated multidetector computed tomography. The patient did not consent for surgery and remained on pharmacological treatment.

Key words: left ventricle pseudoaneurysm, transesophageal echocardiography, multidetector computed tomography

Kardiologia Polska 2008; 66: 1339-1341

Tętniaki serca są powikłaniem rozległych zawałów ściany przedniej lewej komory (LK). W wypadku pęknięcia wolnej ściany komory dochodzi do wynaczynienia krwi do worka osierdziowego, co prowadzi do tamponady lub do wytworzenia tętniaka rzekomego. Jego ścianę tworzy blaszka worka osierdziowego, najczęściej wyścielona zorganizowaną skrzepliną. Stopień zaburzeń hemodynamicznych zależy od lokalizacji oraz wielkości tętniaka [1].

Opis przypadku

Przedstawiamy przypadek 71-letniego chorego z rozpoznaniem przed 9 laty zawałem ściany przedniej, u którego nie wykonywano badania koronarograficznego z powodu braku objawów choroby wieńcowej. Chory został skierowany do pracowni echokardiografii w celu diagnostyki szmeru skurczowego w miejscu osłuchiwania zastawki aortalnej. W wywiadzie przebyty niedokrwienny udar mózgu przed 2 laty oraz wszczepienie układu stymulującego serca z powodu pojawienia się bloku przedsionkowo-komorowego III stopnia z migotaniem przedsionków. W dniu badania chory w klasie II niewydolności serca wg NYHA.

Przedmiotowo stwierdzono obecność pojedynczych trzeczceń u podstawy obu płuc oraz szmer skurczowy

z *punctum maximum* w II przestrzeni międzyżebrowej po stronie lewej.

W badaniu EKG w okresie okołozawałowym (1999 r.) stwierdzono rytm zatokowy oraz cechy przebytego pełnościennego zawału ściany przednio-bocznej, natomiast w EKG z 2008 r. występowało migotanie przedsionków oraz rytm komorowy ze stymulatora.

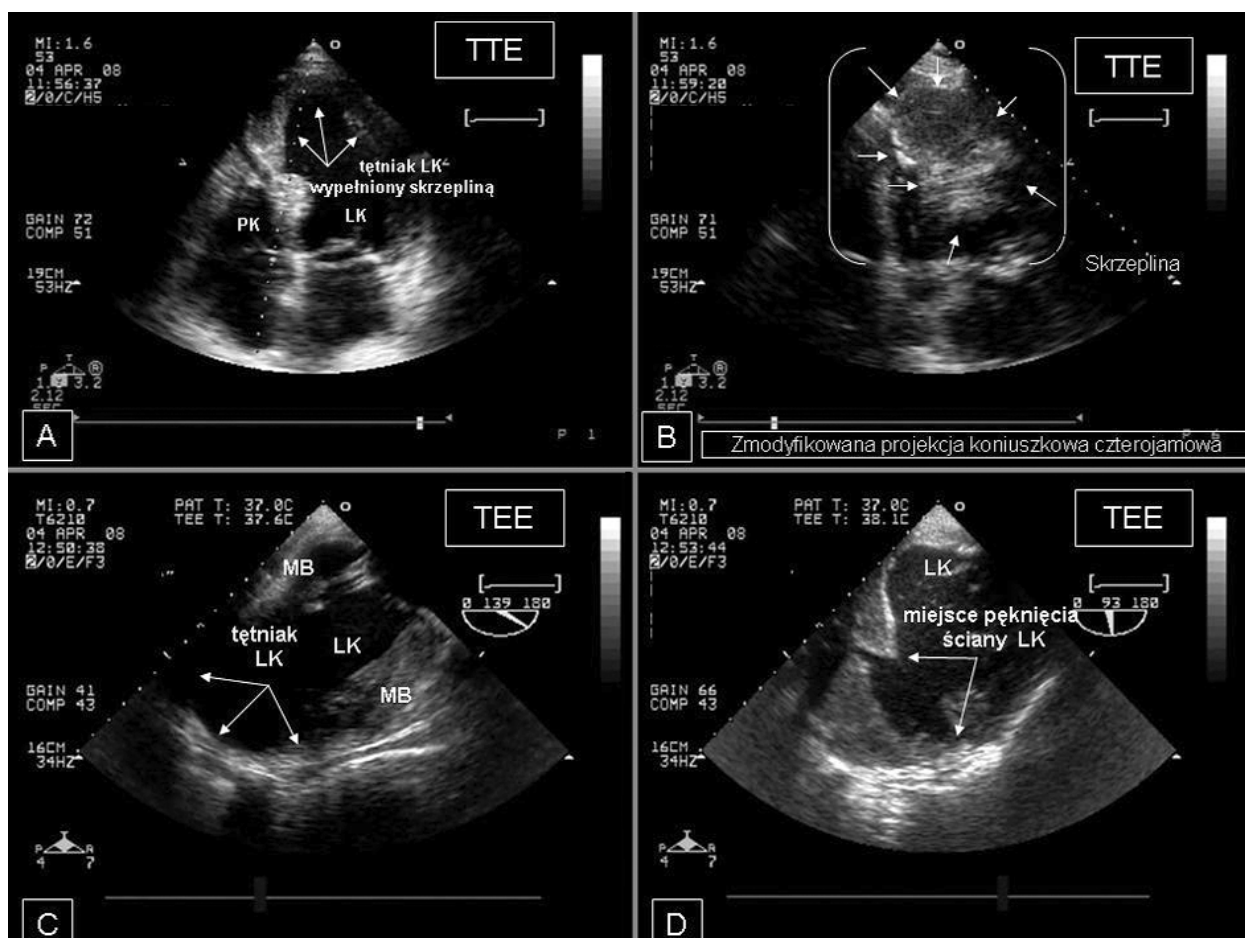
W badaniu echokardiograficznym przezklatkowym (TTE), w projekcji czterojamowej koniuszkowej, uwidoczniono brak ciągłości ściany LK w obrębie koniuszka, rozpoczynający się u podstawy mięśni brodawkowatych. W zmodyfikowanej projekcji czterojamowej uwidoczniono „guz” o średnicy 52 mm – Rycina 1.

W badaniu echokardiograficznym przezprzełykowym (TEE), w projekcji żołądkowej dwujamowej (139°), uwidoczniono olbrzymi tętniak rzekomy koniuszka LK (o średnicy 83 mm) wypełniony skrzepliną przyścienną. Wrota tętniaka rozpoczynały się u podstawy obu mięśni brodawkowatych. Ściany właściwej jamy LK wykazywały przerost wyrównawczy (Rycina 1). Ponadto stwierdzono poszerzenie aorty wstępującej (51 mm), umiarkowaną niedomykalność zastawki mitralnej oraz zwężenie zastawki aortalnej.

W celu dokładniejszej oceny struktury tętniaka oraz lokalizacji skrzeplin w jego świetle diagnostykę poszerzono

Adres do korespondencji:

dr n. med. Ireneusz Jedliński, Oddział Kardiologiczny, Szpital im. J. Strusia, ul. Szkolna 8/12, 61-833 Poznań, tel.: +48 61 858 56 00, e-mail: irejed@wp.pl



Rycina 1. A, B – Badanie echokardiograficzne przezklatkowe (TTE) – projekcja koniuszkowa czterojamowa. Uwidoczniono jamę tętniaka rzekomego wypełnionego skrzepliną (po lewej) oraz zorganizowaną skrzepliną (po prawej). **C, D** – Badanie echokardiograficzne przezprzełykowe (TEE) – projekcja przezprzełykowa niska (dwujamowa). Uwidoczniono jamę właściwą LK, miejsce pęknięcia jej ściany oraz jamę tętniaka rzekomego (strzałki)

LK – lewa komora, PK – prawa komora, MB – mięsień brodawkowaty

o wykonanie 64-rzędowej tomografii komputerowej klatki piersiowej z oceną struktur serca oraz dużych naczyń. Porównanie wyniku badania TEE oraz tomografii komputerowej przedstawia Rycina 2.

Po konsultacji kardiologicznej chory zastał zakwalifikowany do leczenia zabiegowego. Po rozmowie z rodziną chory nie wyraził zgody na leczenie chirurgiczne. Kontynuowano leczenie zachowawcze wg zaleceń Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (beta-adrenolityk, ACE-inhibitor, spironolakton, digoksyna, kwas acetylosalicynowy oraz doustny antykoagulant). Od 6 miesięcy chory jest okresowo kontrolowany w poradni kardiologicznej – obecnie w klasie II niewydolności serca wg NYHA.

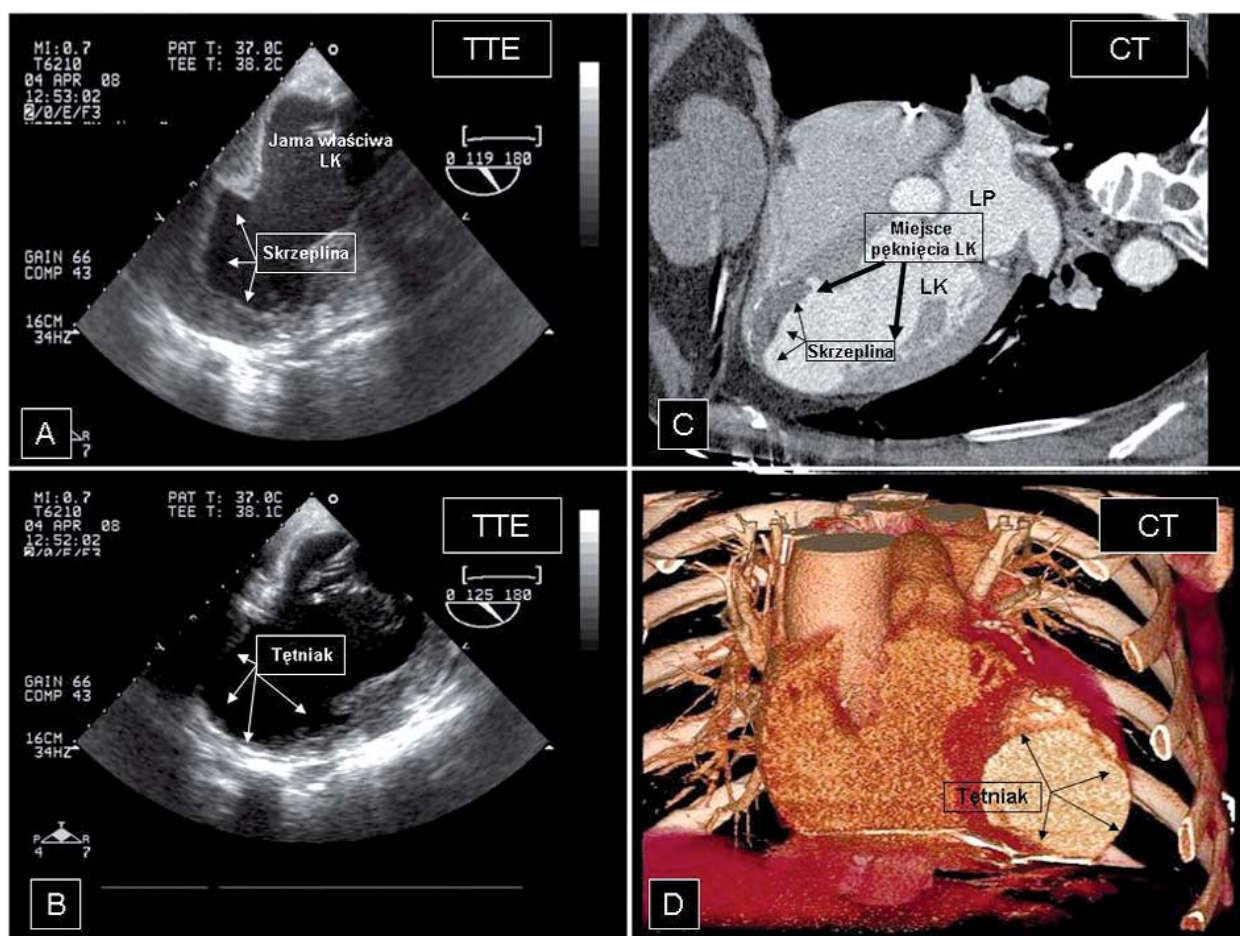
Dyskusja

Do pęknięcia wolnej ściany LK dochodzi w przebiegu zawału pełnościennego z wytworzeniem rozległej martwicy. Tętniak rzekomy powstaje u ok. 3% tych chorych,

a śmiertelność sięga 25%, co znacznie częściej dotyczy postaci ostrej. Postać podostra występuje u ok. 10% chorych i jest zazwyczaj bezobjawowa, podobnie jak w opisanym przypadku [2, 3]. Nie można wykluczyć, że udar niedokrwienny mózgu miał bezpośredni związek z obecnością tętniaka wypełnionego skrzepliną.

W diagnostyce tętniaków rzekomych wykorzystuje się badanie TTE i TEE oraz rezonans magnetyczny [4, 5]. U opisywanego chorego badanie TEE pozwoliło na dokładną ocenę anatomii uszkodzonej LK, struktury tętniaka oraz rozległości wypełniających go skrzeplin.

W razie wykrycia tętniaka rzekomego we wczesnej fazie zawału konieczne jest pilne leczenie kardiologiczne [6]. Sposób leczenia tętniaka rzekomego rozpoznanego „przygodnie” wiele lat po zawale serca zależy od stopnia nasilenia objawów klinicznych, głównie niewydolności serca [7]. W opisanym przypadku odstąpiono od leczenia kardiologicznego ze względu na brak zgody chorego.



Rycina 2. Porównanie wyniku badania przezprzetykowego (TTE) (A i B) oraz 64-rzędowej tomografii komputerowej (CT); C – rekonstrukcja MIP (ang. *maximum intensity projection*), D – VR (ang. *volume rendering*). A i B – projekcja przezprzetykowa niska (dwujamowa). Uwidoczniono jamę właściwą LK oraz jamę tętniaka rzekomego wraz ze skrzepliną (strzałki). D – struktury lewego serca, pień płucny oraz aorta wstępująca. Tętniak LK zaznaczony strzałkami

LK – lewa komora, LP – lewy przedsionek

Piśmiennictwo

1. Frances C, Romero A, Grady D. Left ventricular pseudoaneurysm. *J Am Coll Cardiol* 1998; 32: 557-61.
2. Niimura H, Mito T, Matsunaga A. Left ventricular pseudoaneurysm following acute myocardial infarction. *Intern Med* 2006; 45: 1221-3.
3. Evangelou D, Letsas KP, Gavrielatos G. Giant left-ventricular pseudoaneurysm following silent myocardial infarction. *Cardiology* 2006; 105: 137-8.
4. Golbasi I, Atahan E, Turkay C, et al. Surgical treatment in postinfarction left ventricular pseudoaneurysm. *Minerva Chir* 2007; 62: 173-7.
5. Leitman M, Shmueli R, Stamler A. An unusual presentation of a large left ventricular pseudoaneurysm. *Echocardiography* 2006; 23: 403-4.
6. Faludi R, Tóth L, Komócsi A, et al. Chronic postinfarction pseudo-pseudoaneurysm diagnosed by cardiac MRI. *J Magn Reson Imaging* 2007; 26: 1656-8.
7. Jiang C, Zhao R, Yang X. Six-year follow-up of a left ventricular pseudoaneurysm without surgical repair. *Can J Cardiol* 2007; 23: 739-41.