

Skrzeplina wklonowana w otwór owalny u 80-letniej chorej z przewlekłą zatorowością płucną manifestującą się nawracającymi omdleniami

Thrombus entrapped in the foramen ovale in an 80-year-old women with chronic pulmonary embolism manifested by recurrent syncope – a case report

Grażyna Snopek¹, Marcin Borys¹, Marek Dąbrowski²

¹ Kliniczny Oddział Kardiologii, Szpital Bielański, Warszawa

² Zespół Badawczo-Lecniczy Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN im. M. Mossakowskiego, Warszawa

Abstract

We present a case of an 80-year-old female admitted to hospital because of recurrent syncope. The echocardiogram revealed a large thrombus in the left and right atria, entrapped in the patent foramen ovale, right heart enlargement and pulmonary hypertension. Magnetic resonance confirmed significant pulmonary embolism. The patient was successfully treated with fractionated heparin.

Key words: echocardiogram, thrombus, foramen ovale, pulmonary embolism

Kardiol Pol 2007; 65: 839-841

Wstęp

Wykrycie w badaniu echokardiograficznym dodatkowych tworów w jamach serca jest sytuacją wymagającą od lekarza szczególnej uwagi. Różnicowanie pomiędzy skrzepliną, nowotworem pierwotnym (śluzakiem, brodawczakiem) lub przerzutowym (np. rak nerki) ma podstawowe znaczenie dla dalszego postępowania z chorym i rokowania [1].

Przedstawiamy przypadek 80-letniej chorej przyjętej do szpitala po utracie przytomności, u której badanie echokardiograficzne wykazało obecność skrzepliny wklonowanej w otwór owalny.

Opis przypadku

Chora w wieku 80 lat została przyjęta na nasz oddział po kolejnym epizodzie pełnej utraty przytomności. Dodatkowo zgłaszała niespecyficzne bóle w lewej połowie klatki piersiowej i poty. Od 3 tygodni rodzina obserwowała pogorszenie kontaktu z chorą. Utraty

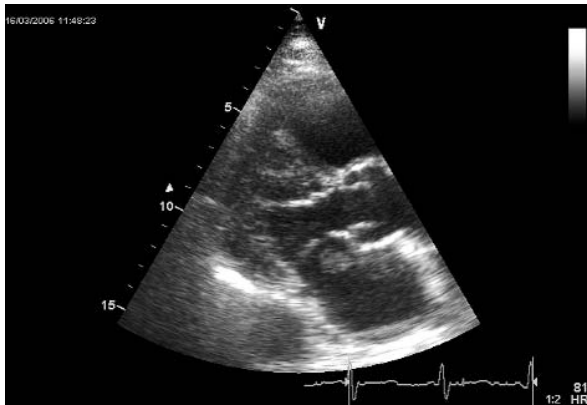
przytomności występowały kilkakrotnie w ciągu miniego 1,5 roku, do tej pory chora nie wyrażała jednak zgody na hospitalizację i diagnostykę.

Przy przyjęciu chora w stanie ogólnym dość dobrym, z nieznacznie zaburzonym kontaktem logicznym. Badanie przedmiotowe wykazało obecność masywnych żyłaków podudzi, w badaniu neurologicznym cechy niewielkiego niedowładu prawostronnego, wg relacji chorej i rodziny utrzymującego się od ok. 3 lat. W wykonywanych EKG stwierdzano rytm zatokowy, miarowy 80/min, obserwowano krótkotrwałe wstawki migotania przedsionków oraz blok przedniej wiązki lewej odnogi pęczka Hisa. Poziom troponiny T był podwyższony do 0,119 ng/ml. W badaniu RTG klatki piersiowej stwierdzono powiększenie sylwetki serca. Tomografia komputerowa głowy nie wykazała cech istotnego uszkodzenia centralnego układu nerwowego.

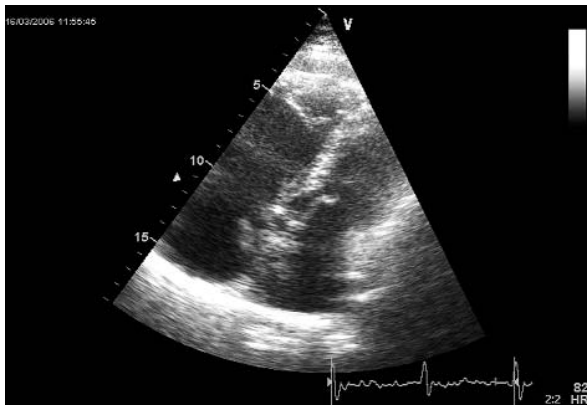
W trybie planowym wykonano badanie echokardiograficzne. Wykazało ono znacznie poszerzoną prawą komorę (wymiar w projekcji przymostkowej długiej 41 mm)

Adres do korespondencji:

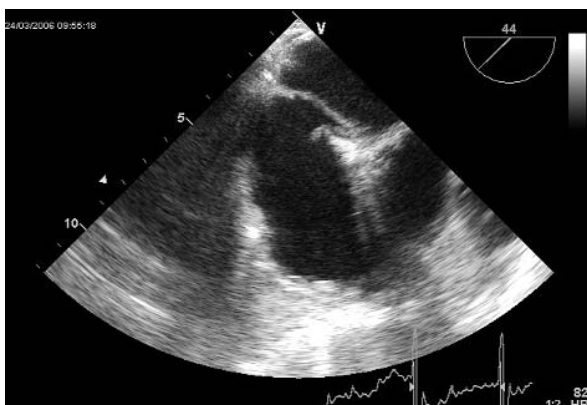
dr n. med. Grażyna Snopek, Kliniczny Oddział Kardiologii, Szpital Bielański, ul. Cegłowska 80, 01-809 Warszawa, tel.: +48 22 569 02 92, +48 502 374 603, faks: +48 22 569 02 92, e-mail: snopek@mp.pl



Rycina 1. Projekcja przymostkowa długa. W świetle lewego przedsionka widoczne dodatkowe, miękkie echo odpowiadające skrzeplinie



Rycina 2. Projekcja podmostkowa czterożamowa. Poszerzone jamy serca prawego. W świetle prawego i lewego przedsionka widoczne dodatkowe echa odpowiadające skrzeplinie wklonowanej w otwór owalny



Rycina 3. Badanie echokardiograficzne przezprętkowe. Niewielka rezydualna skrzeplina wystająca głównie do światła prawego przedsionka

i prawy przedsionek (w projekcji podmostkowej czterożamowej 51×60 mm) oraz dużą niedomykalność zastawki trójdzielnej. Ciśnienie skurczowe w prawej komorze wyliczone z gradientu fali zwrotnej wynosiło ok. 89 mmHg. Czas akceleracji przepływu w drodze odpływu prawej komory był skrócony do 55 ms. W prawym i lewym przedsionku widoczne były dodatkowe miękkie echa (Ryciny 1. i 2.) o wymiarach odpowiednio 13×21 mm i 10×30 mm, od strony prawego przedsionka wyraźnie związane z przegrodą międzyprzedsionkową, odpowiadające najprawdopodobniej skrzeplinom.

Tomografia komputerowa klatki piersiowej wykazała obecność materiału zatorowego w obu tętnicach płucnych: masywne skrzepliny w dystalnym odcinku prawej tętnicy płucnej, wypełniające niemal całkowicie jej światło, oraz balotujący materiał zatorowy w świetle lewej tętnicy płucnej.

Ze względu na stabilny stan kliniczny chorej i nie do końca wyjaśnione zaburzenia neurologiczne, zdecydowano o podaniu enoksaparyny w dawce 2×80 mg. Po 8 dniach leczenia wykonano kontrolne badanie echokardiograficzne przezprętkowe, które wykazało: w dolnej części przegrody międzyprzedsionkowej w drożnym otworze owalnym (PFO) wklonowaną niewielką rezydualną skrzeplinę wystającą na kilka milimetrów głównie do światła prawego przedsionka (Rycina 3.).

W kolejnym badaniu echokardiograficznym przezklatkowym obserwowane uprzednio skrzepliny nie były widoczne, stwierdzono zmniejszenie wymiaru rozkurczowego prawej komory do 35 mm i spadek skurczowego ciśnienia w prawej komorze do 50 mmHg. Chorą wypisano do domu z zaleceniem kontynuacji leczenia enoksaparyną.

Dyskusja

Zatorowość płucna jest jedną z przyczyn omdleń, o której często zapomina się w praktyce klinicznej [2]. Omdlenia występujące u chorych z zatorowością płucną są spowodowane nieadekwatnym do potrzeb rzutem serca w wyniku anatomicznego ograniczenia pojemności łożyska płucnego. U opisywanej chorej nawracające omdlenia były w zasadzie jedynymi objawami zatorowości płucnej i takie rozpoznanie, wobec braku innych specyficznych objawów, na początku w ogóle nie było brane pod uwagę. Wykonane badanie echokardiograficzne umożliwiło postawienie właściwej diagnozy. Co ciekawe, stwierdzony w planowym badaniu dramatyczny obraz echokardiograficzny był nieadekwatny do dość dobrego i stabilnego stanu klinicznego chorej. Sugeruje to dobrą adaptację do rozwijającej się choroby zakrzepowo-zatorowej.

U chorych z ostrą zatorowością płucną obecność skrzepliny w prawym przedsionku jest uważana za stan

nagłący, wymagający pilnej interwencji [3, 4]. W metaanalizie Rose'a i wsp. obejmującej 177 pacjentów z zatorowością płucną i uwidocznionym w badaniu echokardiograficznym materiałem zatorowym w prawym sercu, śmiertelność u chorych nieleczonych wynosiła 100%, a u chorych leczonych przeciwkrzepliwie, trombolitycznie lub za pomocą embolektomii chirurgicznej odpowiednio 28, 11,3 i 23,8%. Leczenie trombolityczne wiązało się z istotnie mniejszą śmiertelnością w porównaniu z leczeniem przeciwkrzepliwym oraz embolektomią chirurgiczną [5].

Drożny otwór owalny występuje u 27% populacji. Kliniczne znaczenie PFO w populacji ogólnej wynika jedynie z zagrożenia wystąpieniem zatoru skrzyżowanego [6]. U chorych z zatorowością płucną, przy uwidocznieniu przechodzenia materiału zatorowego przez PFO, w wyniku leczenia fibrynolitycznego może dojść do fragmentacji skrzepu i tym samym wzrasta ryzyko wystąpienia zatoru obwodowego. U takich chorych preferowane jest więc leczenie operacyjne [7]. Leczenie przeciwkrzepliwie może być zastosowane jako alternatywa leczenia chirurgicznego u chorych wysokiego ryzyka operacyjnego. U opisanej chorej w wyniku lecze-

nia heparyną frakcjonowaną uzyskano resorpcję zakrzepu i poprawę parametrów hemodynamicznych krążenia płucnego.

Piśmiennictwo

1. Lotto AA, Earl UM, Owens WA. Right atrial mass: thrombus, myxoma, or cardiac papillary fibroelastoma? *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006; 132: 159-60.
2. Wrabec K. Komentarz redakcyjny do artykułu: Masywna zatorowość tętnicy płucnej leczona operacyjnie u chorej po angioplastyce wieńcowej. *Kardiologia Polska* 2004; 60: 493.
3. Janion M, Wożakowska-Kapłon B, Bakowski D, et al. Ostry zator tętnicy płucnej potwierdzony bezpośrednim uwidocznieniem materiału zatorowego. *Kardiologia Polska* 2004; 60: 498-503.
4. Ozgul U, Golbasi Z, Gulel O. Paradoxical and pulmonary embolism due to a thrombus entrapped in a patent foramen ovale. *Tex Heart Inst J* 2006; 33: 78-80.
5. Rose PS, Punjabi NM, Pearse DB. Treatment of right heart thromboemboli. *Chest* 2002; 121: 806-14.
6. Pinto FJ. When and how to diagnose patent foramen ovale. *Heart* 2005; 91: 438-40.
7. Kurnicka K, Jankowski K, Ciurzyński M, et al. Ruchoma skrzeplina w prawym przedsionku u pacjentki z ostrą, masywną zatorowością płucną skutecznie leczona fibrynolitycznie. *Kardiologia Polska* 2005; 63: 645-7.