

## Ogromny tętniak aorty zstępującej imitujący guz zewnątrzsercowy

Giant aneurysm of the descending aorta mimicking extracardiac mass

Łukasz Chrzanowski, Jarosław Drożdż, Jarosław D. Kasprzak

II Katedra i Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny, Łódź

### Abstract

The case report presents a giant aneurysm of the descending aorta in a 79-year-old female. The echocardiographic study of the patient was substantially impeded, since aortic pathology obscured the left atrium in standard views and produced images mimicking extracardiac mass. Modified imaging planes were necessary to complete the correct echocardiographic visualization of the heart and the aorta and to establish diagnosis.

**Key words:** aortic aneurysm, descending aorta, echocardiography

Kardiologia Polska 2006; 64: 331-333

Do Kliniki Kardiologii II Katedry Kardiologii UM w Łodzi została przyjęta z powodu silnej duszności spoczynkowej 79-letnia chora z nadciśnieniem tętniczym w wywiadzie i rozpoznawanym od kilku lat tętniakiem aorty zstępującej (na podstawie wcześniejszej konsultacji chirurgicznej chora została zakwalifikowana do dalszego leczenia zachowawczego). Stan ogólny chorej był ciężki, stwierdzono obustronnie liczne rzężenia drobnobańkowe bezdźwięczne oraz ściszenie szmeru pęcherzykowego. Chora gorączkowała do 38°C, wartość ciśnienia tętniczego wynosiła 110/70 mmHg. W EKG przy przyjęciu stwierdzono rytm zatokowy miarowy o częstości 75/min oraz blok przedniej wiązki lewej odnogi pęczka Hisa. Nie występowały nieprawidłowości w zakresie ST-T. W badaniach laboratoryjnych podwyższona była wartość CRP do 102 mg/l oraz leukocytoza do  $11,9 \times 10^3/\mu\text{L}$ .

W badaniu echokardiograficznym, zleconym w celu oceny czynności lewej komory i patologii aorty, w standardowej projekcji koniuszkowej czterojamowej stwierdzono nietypowy obraz – nie uwidoczniono zastawki mitralnej, a jama serca zlokalizowana powyżej lewej ko-

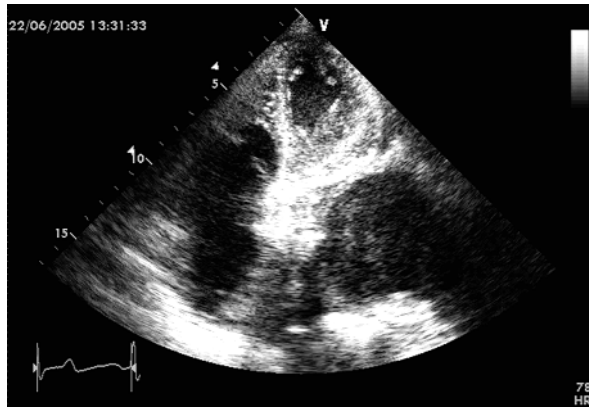
mory miała nietypowy dla lewego przedsionka, asymetryczny kształt (Rycina 1.). Wymiary i czynność skurczowa lewej komory były prawidłowe – EF 64%. Po zastosowaniu nietypowych skośnych projekcji uwidoczniono właściwą jamę lewego przedsionka, którą w projekcji czterojamowej przestanią dodatkową owalną strukturą umiejscowioną nad i za sercem. Dokładne badanie wymagające różnorodnych płaszczyzn obrazowania wykazało, że w projekcji koniuszkowej czterojamowej poszerzona aorta przystaniała lewy przedsionek, którego wizualizacja była możliwa jedynie w projekcji zmodyfikowanej (Rycina 2.). W badaniu dopplerem pulsacyjnym potwierdzono prawidłową czynność lewego przedsionka, bez cech blokowania napływu zależnego od jego ucisku (Rycina 3.). Poza tym wykazano obecność niewielkiej ilości płynu w worku osierdziowym i znacznej ilości płynu w jamach opłucnych, z włóknikiem ulegającym organizacji i tworzącym fantazyjne struktury widoczne w badaniu ultrasonograficznym (Rycina 4.). Średnica początkowych odcinków aorty (część wstępująca, łuk, bliższy fragment części zstępującej) mieściła się w górnym zakresie normy – maksymalnie 35 mm;

---

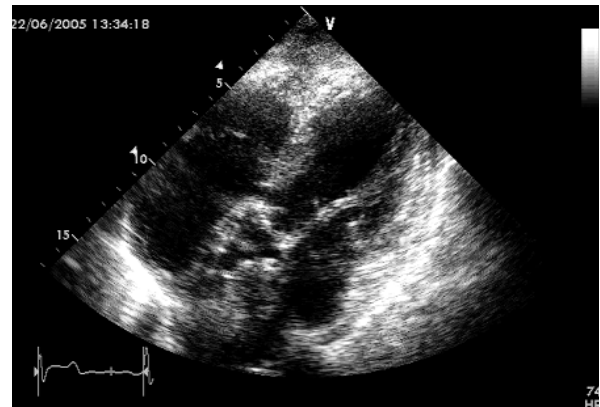
### Adres do korespondencji:

dr n. med. Łukasz Chrzanowski, Zakład Szybkiej Diagnostyki Kardiologicznej, II Katedra Kardiologii, ul. Kniaźwiczowa 1/5, 91-347 Łódź, tel./faks: +48 42 653 99 09, tel.: +48 42 251 62 07, e-mail: chrzanowski@ptkardio.pl

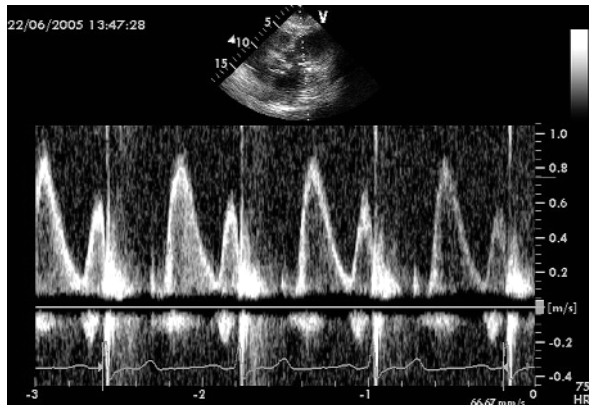
Praca wpłynęła: 03.12.2005. Zaakceptowana do druku: 14.12.2005



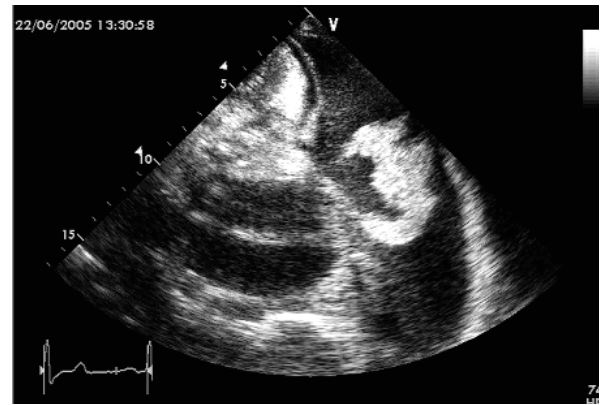
**Rycina 1.** Standardowa projekcja koniuszkowa czterojamowa z niewidoczną zastawką mitralną. JAMA powyżej lewej komory o nietypowym dla lewego przedsionka, asymetrycznym kształcie



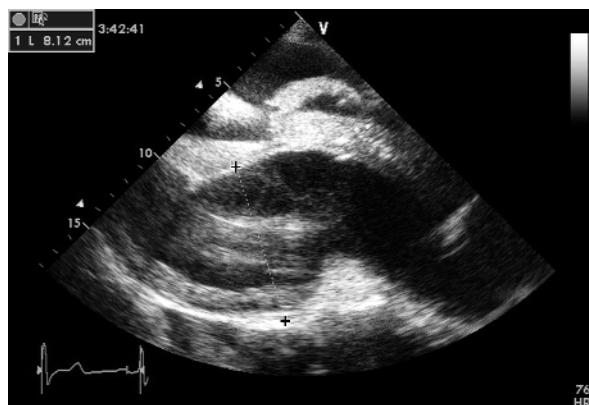
**Rycina 2.** Zmodyfikowana projekcja koniuszkowa czterojamowa. Prawidłowa morfologia lewego przedsionka i zastawki mitralnej



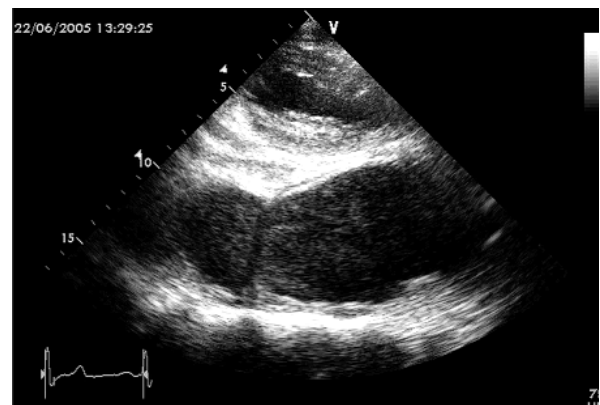
**Rycina 3.** Napływ mitralny w badaniu z zastosowaniem dopplera pulsacyjnego. Obecna fala A odpowiadająca skurczowi lewego przedsionka



**Rycina 4.** Zmodyfikowana projekcja przymostkowa. Płyn w jamie opłucnej z cechami organizacji włóknika



**Rycina 5.** Zmodyfikowana projekcja podżebrowa. Tętniak części zstępującej aorty piersiowej z zaawansowanymi zmianami ściany naczynia



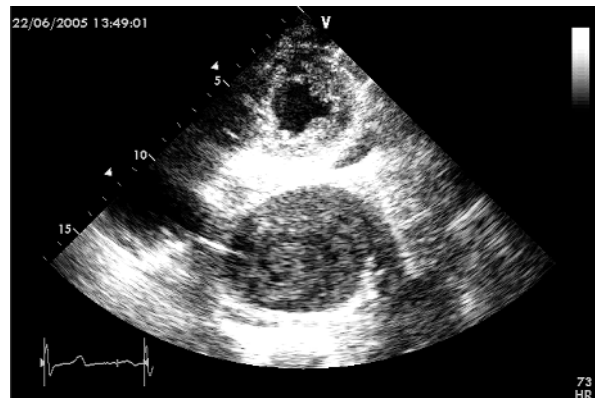
**Rycina 6.** Projekcja przymostkowa w osi długiej. Tętniak części zstępującej aorty piersiowej w przekroju podłużnym z zaawansowanymi zmianami ściany naczynia, widoczny poniżej jamy lewej komory

stwierdzono jedynie umiarkowane pogrubienie ściany naczynia. Poza tym uwidoczniło znaczne poszerzenie dalszych fragmentów aorty zstępującej ze znacznym pogrubieniem ścian i nasilonymi, złożonymi zmianami miażdżycowymi, bez cech rozwarstwienia, jednak z obecnymi w świetle laminarnymi echami sugerującymi przyścienne skrzepliny (Ryciny 5. i 6.). Maksymalna szerokość stwierdzonego tętniaka wynosiła do 8,1 cm, co u chorej o stosunkowo niewielkiej powierzchni ciała (1,6 m<sup>2</sup>) stanowi ok. 4-krotne przekroczenie normy. Tętniak rozciągał się od okolicy cieśni aorty i przechodził na aortę brzuszną. Światło naczynia było niezwykle kręte i wypełnione samoistnym echokontrastem o rzadko obserwowanym, powolnym, wirowym ruchu (Rycina 7.).

Podczas dalszej hospitalizacji u chorej rozpoznano obustronne zapalenie płuc z obecnością płynu w jamach opłucnych. Zastosowano antybiotykoterapię i ewakuowano 400 ml krwistego płynu z prawej jamy opłucnej, co spowodowało znaczną poprawę stanu ogólnego i ustąpienie dolegliwości. Chorą przeniesiono w celu dalszego leczenia na Oddział Chorób Wewnętrznych; poza antybiotykami otrzymywała ambroksol, płynny, simwastatynę 20 mg oraz bisoprolol 5 mg dziennie. Po kilkunastu dniach chora zmarła z powodu masywnego krwawienia z przewodu pokarmowego.

## Omówienie

Dostępne dane na temat znacznego, tętniakowatego poszerzenia aorty zstępującej są nieliczne. Opublikowane opisy obejmują tętniaka o średnicy 15 cm, który powstał u młodej Afrykanki na podłożu zwyrodnienia śluzowatego błony wewnętrznej i środkowej aorty [1], pękniętą zmianę o etiologii kiłowej (o wymiarach 11x11 cm) rozpoznaną i leczoną u osoby w wieku 80 lat [2], tętniaka współistniejącego z koarktacją [3], a także postępowanie operacyjne z rekonstrukcją tętnicy międzyżebrowej [4]. Nasz opis dokumentuje możliwe trudności diagnostyczne związane ze zmianą stosunków przestrzennych w okolicy serca przez znacznie poszerzoną aortę piersiową, co wymaga różnicowania z chorobami osierdza (torbiel, guz, wysięk) oraz guzami zewnątrzsercowymi śródpiersia tylnego i górnego. W opisywanym przypadku właściwa diagnoza wymagała zobrazowania serii współosio-



**Rycina 7.** Projekcja przymostkowa w osi krótkiej. Tętniak części zstępującej aorty piersiowej w przekroju poprzecznym ze światłem wypełnionym niezwykle intensywnym samoistnym echokontrastem, układającym się w wir. Powyżej tętniaka widoczna jama lewej komory

wych przekrojów struktury, które pozwoliły wykazać jej tubularny charakter; należy przypuszczać, że analogiczną wartość rozstrzygającą miałyby obrazowanie trójwymiarowe, niedostępne w chwili badania chorej. Dodatkową trudność sprawiał współistniejący wysięk w jamach opłucnej, jednak staranna technika badania, zgodna ze standardami Sekcji Echokardiografii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego pozwoliła na właściwe określenie anatomii serca i aorty.

## Piśmiennictwo

1. Woolgar JD, Robbs JV. Giant abdominal aortic aneurysm secondary to intimomedial mucoid degeneration. *Postgrad Med J* 2001; 77: 782.
2. Bossert T, Battellini R, Kotowicz V, et al. Ruptured giant syphilitic aneurysm of the descending aorta in an octogenarian. *J Card Surg* 2004; 19: 356-7.
3. Gonzalez Pinto A, Nunez L, Morales R, et al. [Giant aneurysm of the descending aorta with coarctation of the aorta]. *Rev Esp Cardiol* 1984; 37: 216-8.
4. Takeuchi K, Nishikawa K, Miyazaki Y, et al. [A successfully operated case of a giant aneurysm of thoracic descending aorta extending into the abdomen, accompanied with reconstruction of major intercostal artery (author's transl)]. *Kyobu Geka* 1978; 31: 435-9.