

# Bezobjawowy podwójny łuk aorty u 70-letniej pacjentki

Asymptomatic dual aortic arch in 70 year-old female

Katarzyna Mizia-Stec<sup>1</sup>, Klaudia Gieszczyk-Strózik<sup>2</sup>, Agnieszka Sikora-Puz<sup>2</sup>, Maciej Haberka<sup>2</sup>, Violetta Jaskuła<sup>3</sup>, Andrzej Madej<sup>3</sup>, Zbigniew Gąsior<sup>2</sup>

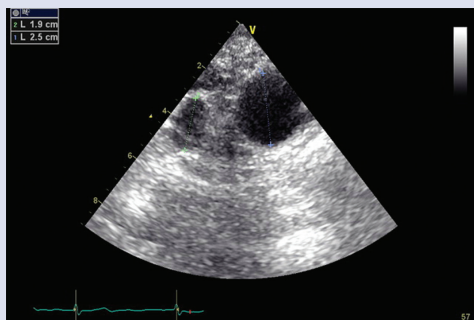
<sup>1</sup>I Katedra i Klinika Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

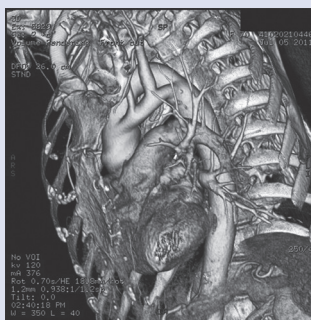
<sup>3</sup>Katedra Zdrowia Kobiety, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Podwójny łuk aorty (DAA) jest najczęstszą (60–70%) postacią tzw. pierścieni naczyniowych (VR), wrodzonych wad sercowo-naczyniowych (ok. 1% wad serca). Pierwszy opis VR w postaci DAA pochodzi z 1737 r. i należy do Hommela, jednak dopiero wprowadzenie (Kommerell, 1936 r.) badania RTG z barytową esofagografią umożliwiło przyżyciowe rozpoznawanie wady. Wada ściśle wiąże się z nieprawidłowym rozwojem łuku aorty i naczyń tętniczych. Najczęściej dominuje prawy (tylny) łuk aorty (75–90%), rzadziej lewy (przedni) łuk (5–20%), najrzadszą postacią jest równocześnieść obu łuków (5%).

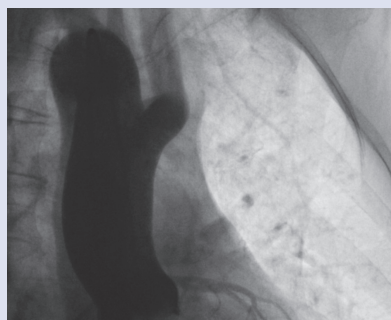
Pacjentkę w wieku 70 lat przyjęto do szpitala w celu diagnostyki zasłabnięć występujących od kilku lat z nasileniem w ostatnich miesiącach. W badaniu przedmiotowym i rutynowych badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości. W elektrokardiografii zanotowano: rytm zatokowy 66/min, bez istotnych zmian w de- i repolaryzacji, a w echokardiografii: prawidłowe wymiary i kurczliwość lewej komory, nieznaczne pogrubienie przegrody międzykomorowej, bez patologii zastawkowej. W projekcji nadmostkowej uwidocznił 2 tętniące naczynia z przepływem dogłowym (ryc. 1) — naczynie po stronie prawej: 25 mm, lewej: 19 mm. Uwzględniając wywiad i powyższy obraz, wykonano angioCT aorty wstępującej, łuku i naczyń dogłowych i wykazano obecność DAA z odejściem prawej tętnicy podobojczykowej i szyjnej wspólnej z prawego łuku aorty oraz lewej tętnicy podobojczykowej i szyjnej wspólnej z lewego łuku aorty (ryc. 2). Dominował prawy łuk aorty, średnica naczyń w CT była zbliżona do oceny ultrasonograficznej (prawostronny łuk: 26 mm, lewostronny łuk: 17 mm). Zobrazowano przemieszczenie przełyku i tchawicy w stronę lewą, bez istotnej ich kompresji. W koronarografii nie uwidocznił patologii w zakresie tętnic wieńcowych. Aortografia potwierdziła zmiany stwierdzone w CT (ryc. 3). Ze względu na rejestrowane w holterowskim EKG cechy zespołu chorego węzła zatokowego z długimi epizodami zahamowania zatokowego (> 4 s), pacjentka została zabezpieczona stymulatorem DDDR. W badaniu neurologicznym oraz badaniu USG tętnic szyjnych i kręgowych nie stwierdzono patologii. Ze względu na bezobjawowy charakter wykrytej wady chorą zakwalifikowano do leczenia zachowawczego. DAA jest rzadko występującą wadą, w której stopień ucisku sąsiadujących narządów wpływa na intensywność i czas ujawnienia objawów. W niniejszej pracy przedstawiono prawostronny DAA rozpoznany u chorej bezobjawowej w 7. dekadzie życia. Objawy najczęściej pojawiają się we wczesnym dzieciństwie, a ultrasonografia prenatalna umożliwia rozpoznanie już w II trymestrze ciąży. U większości chorych diagnozę można postawić na podstawie przeglądowego badania RTG z przełykiem zakontrastowanym barytem. DAA w projekcji przednio-tylnej daje obraz obustronnego ucisku przełyku, w projekcji bocznej jest to zazwyczaj szeroki ucisk z tyłu. Innymi użytecznymi badaniami obrazowymi są CT i MRI. Cewnikowanie wskazane jest jedynie w sytuacjach wątpliwych, natomiast angiografia i pełne badanie hemodynamiczne są niezbędne w przypadku VR skojarzonego ze złożonymi wadami wewnątrzsercowymi i podejrzeniem nietypowych konfiguracji naczyniowych śródpiersia. Około 20% chorych z DAA wykazuje współistniejące wady serca (koarktacja aorty, tetralogia Fallota, transpozycja wielkich naczyń, ubytki w przegrodach) lub innych narządów (np. ageneza nerki). U pacjentów objawowych jedyną formą leczenia jest postępowanie chirurgiczne.



Rycina 1. Echokardiografia — obrazowanie 2D, projekcja nadmostkowa



Rycina 2. AngioCT aorty wstępującej, łuku i naczyń dogłowych



Rycina 3. Aortografia

#### Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Katarzyna Mizia-Stec, I Katedra i Klinika Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, ul. Ziółowa 45–47, 40–635 Katowice, tel: +48 32 359 88 90, e-mail: kmizia@op.pl

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono