

# Olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic z zajęciem aorty i pnia płucnego

Giant cell arteritis involving the aorta and pulmonary trunk

Rafał Gałąska<sup>1</sup>, Dorota Kulawiak-Gałąska<sup>2</sup>, Radosław Nowak<sup>1</sup>, Andrzej Rynkiewicz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I Katedra i Klinika Kardiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

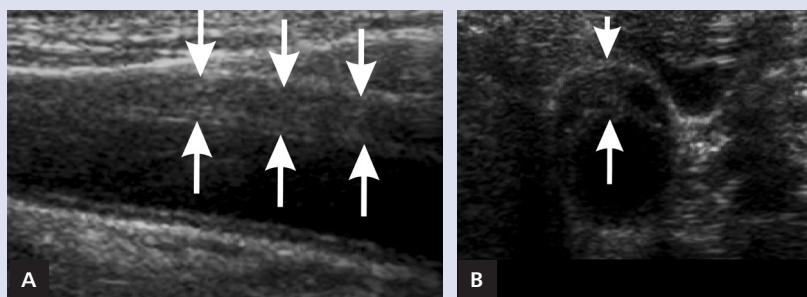
<sup>2</sup>Zakład Radiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

Kobietę w wieku 67 lat przyjęto do Klinicznego Oddziału Ratunkowego z powodu narastającej od kilku godzin duszności i pierwszego w życiu epizodu silnego bólu w klatce piersiowej, zlokalizowanego zamostkowo oraz promieniującego do pleców. Dolegliwościom bólowym towarzyszyło uczucie osłabienia i mrowienia w obu kończynach dolnych. W wywiadzie chora podała nadciśnienie tętnicze występujące od 13 lat oraz palenie tytoniu od 20 lat. U pacjentki nie rozpoznawano wcześniej choroby wieńcowej. W badaniu EKG stwierdzono rytm zatokowy, patologiczny załamek Q w odprowadzeniu aVF i III; nie zaobserwowano cech ostrego niedokrwienia serca. W badaniach laboratoryjnych zanotowano nieznacznie podwyższone stężenie troponiny I — 0,43 ng/ml (N: < 0,03) i białka C-reaktywnego — 5,5 mg/l (N: < 5) oraz znacznie podwyższone stężenie D-dimerów — 25500 µg/l (N: < 500). Ze względu na całokształt obrazu klinicznego u pacjentki w pierwszej kolejności wykonano tomografię komputerową (TK) klatki piersiowej, w której uwidoczniono koncentrycznie pogrubiałą ścianę aorty piersiowej (do 12 mm) i pnia płucnego (do 10 mm) (ryc. 1). W badaniu USG, poza pogrubieniem ścian aorty, zaobserwowano znaczne, asymetryczne pogrubienie ścian tętnic szyjnych (do 3 mm) (ryc. 2). Nie stwierdzono odcinkowych zaburzeń kurczliwości w obrębie lewej komory. Wysunięto podejrzenie zapalenia dużych naczyń z zajęciem aorty i pnia płucnego. Włączono terapię steroidami. Stan pacjentki stopniowo się poprawiał. Na podstawie wyników badań u chorej ostatecznie rozpoznano olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic (GCA, *giant cell arteritis*) o nietypowym przebiegu. Po 3 miesiącach leczenia steroidami wykonano kontrolne badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej, w którym wykazano całkowitą regresję zmian zapalnych w obrębie ściany pnia płucnego i tętnic odchodzących od łuku aorty oraz częściową w obrębie ściany aorty (ryc. 3).

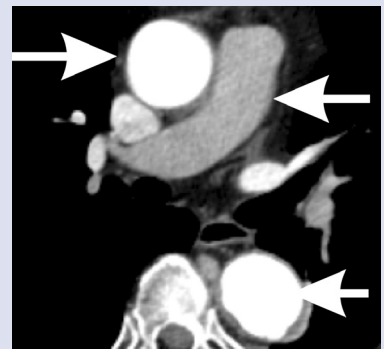
Powyżej przedstawiono bardzo rzadki przypadek równoczesnego zajęcia aorty i pnia płucnego w przebiegu GCA oraz związane z tym potencjalne problemy w diagnostyce różnicowej u pacjentki z silnym bólem w klatce piersiowej podwyższonym stężeniem troponiny i D-dimerów. We wstępnej diagnostyce różnicowej uwzględniono możliwość wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego, ostrego zespołu aortalnego lub zatorowości płucnej — chorób o całkowicie odmiennym patomechanizmie i leczeniu. Na podstawie TK wykluczono zatorowość płucną, ale ze względu na silne dolegliwości bólowe i stwierdzone pogrubienie ściany aorty nadal brano po uwagę obecność krwiaka śródściennego aorty. Zajęcie procesem chorobowym pnia płucnego i wszystkich tętnic odchodzących od łuku aorty w opisanym przypadku wykluczyło taką możliwość i pozwoliło na szybkie ustalenie właściwego rozpoznania.



Rycina 1. Badanie TK aorty i pnia płucnego



Rycina 2. A, B. Pogrubiona ściana tętnicy szyjnej wspólnej w badaniu USG



Rycina 3. Kontrolne badanie TK

**Adres do korespondencji:**

dr n. med. Rafał Gałąska, Katedra i Klinika Kardiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk, e-mail: rgal@gumed.edu.pl

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono