

Nowy blok prawej odnogi pęczka Hisa jako pierwszy objaw subklinicznego odrzucania przeszczepionego serca

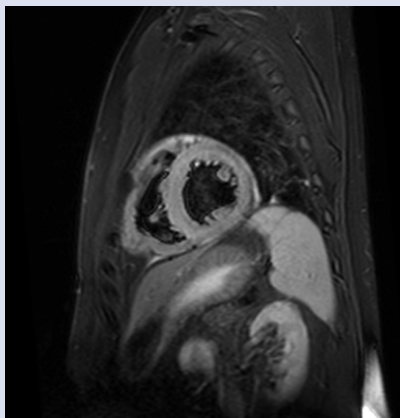
New right bundle branch block after heart transplant as sign of subclinical rejection

Joanna Wdowczyk¹, Karolina Dorniak², Iwona Stopczyńska¹, Marcin Gruchała¹

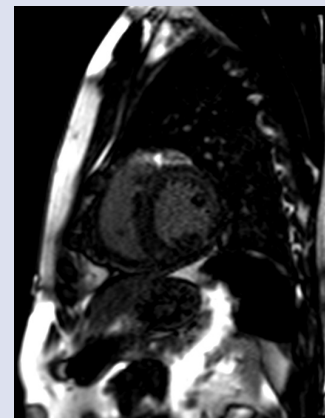
¹I Katedra i Klinika Kardiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

²Zakład Diagnostyki Chorób Serca, II Katedra Kardiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

Standardowy elektrokardiogram (EKG) w połączeniu z echokardiografią (ECHO) jest wiarygodną i miarodajną metodą przesiewową w ocenie chorego po przeszczepieniu serca. Poniżej przedstawiono przypadek 28-letniego pacjenta w 4. roku po przeszczepieniu serca, z wywiadem ostrego odrzucania komórkowego, waskulopatią tętnic wieńcowych serca przeszczepionego, po przeszłonej interwencji wieńcowej z implantacją stentu do gałęzi przedniej zstępującej lewej tętnicy wieńcowej (GPZ), który zgłosił się na planową wizytę kontrolną do poradni przeszczepowej. Z powodu niespecyficznego dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, nowych zaburzeń przewodzenia śródkomorowego pod postacią bloku prawej odnogi pęczka Hisa (RBBB) w kontrolnym EKG oraz nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości w ECHO pacjenta skierowano w trybie pilnym do szpitala. W kontrolnej koronarografii nie stwierdzono nawrotu zwężenia w stencie w GPZ ani innych istotnych hemodynamicznych zmian w tętnicach wieńcowych. W EKG zaobserwowano nieliczne pojedyncze pobudzenia dodatkowe komorowe. Nie stwierdzono istotnego wzrostu stężenia wysokoczułej troponiny I (hsTnI). Wynik rezonansu magnetycznego (MRI) serca wskazywał na umiarkowane obniżenie funkcji lewej komory (LV) z odcinkowymi zaburzeniami kurczliwości (frakcja wyrzutowa lewej komory [LVEF] 42%) oraz uogólniony ostry proces zapalnego uszkodzenia, sugerując ostre odrzucanie. Zaobserwowano znamienne zwiększenie globalnej intensywności sygnału mięśnia sercowego w sekwencjach T2STIR (ryc. 1) i w sekwencjach T1-zależnych we wczesnym badaniu po podaniu kontrastu, śródścienne późne wzmocnienie (ryc. 2) oraz zlokalizowane późne wzmocnienie typu wieńcowego. W biopsji graftu zanotowano wynik 1R wg klasyfikacji ostrego odrzucania komórkowego (ACR) ISHLT odpowiadający łagodnemu odrzucaniu oraz cechy efektu Quiltego, bez cech odrzucania humoralnego. Włączono terapię metyloprednizolonem 1 × 1000 mg przez 3 dni, a następnie kontynuowano terapię doustną prednizonem 1 × 40 mg w zmniejszających dawkach. Kontynuowano też dotychczasową terapię ewerolimusem i mykofenolem mofetilu. W kontrolnych badaniach ECHO oraz MRI po 18 dniach steroidoterapii zwracała uwagę mniejsza objętość LV oraz poprawa LVEF, jednak nadal utrzymywały się cechy ostrego odwracalnego uszkodzenia. W przebiegu hospitalizacji pacjent był w stanie stabilnym krążeniowo, nie zgłaszał dolegliwości. W wielokrotnie wykonanych EKG zaobserwowano RBBB z QRS ok. 135 ms, a w badaniach dodatkowych stwierdzono: *Aspergillus galaktomannan*, *Candida mannan* ujemne, ujemne wyniki w kierunku infekcji CMV i EBV, przeciwciała anti-HLA klasy I i II, przeciwciała anty MIC ujemne. Przebieg hospitalizacji był niepowikłany. Po 3 miesiącach wykonano kontrolne badanie MRI. Obserwowano dalsze nieznaczne zmniejszenie objętości LV i poprawę LVEF do ok. 61%, intensywność sygnału miokardium względem mięśni szkieletowych w sekwencjach T2STIR nie była znamienne zwiększona, nie stwierdzono cech ostrego odwracalnego uszkodzenia. Zaburzenia przewodzenia śródkomorowego w EKG są często obserwowane u pacjentów po przeszczepieniu serca. Nowe RBBB z towarzyszącymi zaburzeniami kurczliwości w ECHO przy podejrzeniu ostrego odrzucania powinno być różnicowane z waskulopatią serca przeszczepionego. Biopsja endomiokardialna w detekcji ostrego odrzucania może być niedoskonałym narzędziem diagnostycznym. Badania MRI są pomocne w różnicowaniu przyczyn zaburzeń funkcji graftu. W niniejszym przypadku pojawienie się RBBB było wg autorów pierwszym sygnałem subklinicznego ostrego odrzucania graftu.



Rycina 1. Znamienne zwiększona intensywność sygnału miokardium względem mięśnia szkieletowego w sekwencji T2STIR



Rycina 2. Obraz LGE; rozlane śródścienne późne wzmocnienie w mięśniu lewej komory

Adres do korespondencji:

dr n. med. Joanna Wdowczyk, I Katedra i Klinika Kardiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7, 80-177 Gdańsk, e-mail: jwdowczyk@gumed.edu.pl

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Kardiologia Polska Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne 2016