

Tętniak rzekomy ściany boczno-tylnej lewej komory z istotną niedomykalnością zastawki dwudzielnej skutecznie leczony pierwotnym zeszcieniem wrót tętniaka.

Opis przypadku



Post-infarction pseudoaneurysm and mitral regurgitation successfully repaired by primary closure of the pseudoaneurysm neck. Case report

Dariusz Zieliński¹, Wojciech Dyk¹, Małgorzata Jasińska², Marek Konka³, Marcin Zygiel¹

¹Klinika Kardiologii, Instytut Kardiologii, Warszawa

²Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pooperacyjnej, Instytut Kardiologii, Warszawa

³Klinika Wad Wrodzonych Serca, Instytut Kardiologii, Warszawa

Kardiologia i Torakochirurgia Polska 2009; 6 (2): 124–126

Streszczenie

Autorzy omawiają przypadek tętniaka rzekomego lewej komory ze współistniejącą niedomykalnością zastawki dwudzielnej skutecznie leczony pierwotnym zeszcieniem wrót tętniaka.

Słowa kluczowe: tętniak rzekomy lewej komory, zawał serca, niedokrwienna niedomykalność zastawki dwudzielnej.

Abstract

The authors report a case of post-infarction pseudoaneurysm and mitral regurgitation successfully repaired by primary closure of the pseudoaneurysm neck.

Key words: post-infarction pseudoaneurysm, myocardial infarction, ischaemic mitral regurgitation.

Wstęp

Pęknięcie wolnej ściany lewej komory jest rzadkim powikłaniem zawału serca i zazwyczaj prowadzi do tamponady i w konsekwencji do zgonu chorego. Bardzo rzadko, w sprzyjających okolicznościach pęknięcie jest ograniczone zrostami osierdziowymi i powstaje tętniak rzekomy [1, 2]. Chorzy z takim powikłaniem zawału serca powinni być niezwłocznie operowani z powodu zagrożenia pęknięciem tętniaka. Rozpoznanie opiera się na echokardiografii, wentrykulografii lub rezonansie magnetycznym [1, 3, 4].

Opis przypadku

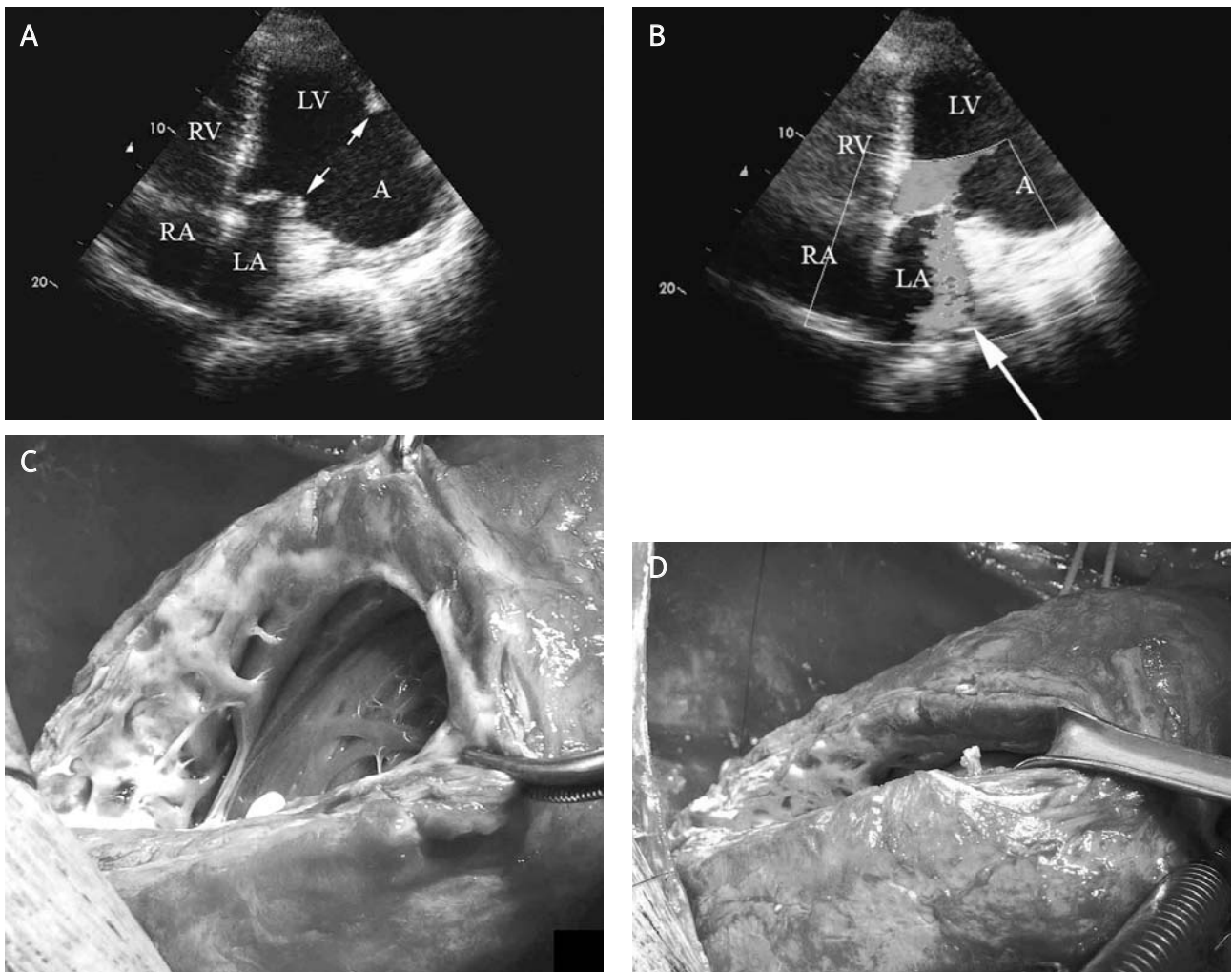
Czterdziestoosmioletni pacjent został skierowany do naszego szpitala z rozpoznaniem tętniaka rzekomego lewej komory ze współistniejącą niedomykalnością zastawki dwudzielnej. Dwa tygodnie wcześniej chory był hospitalizowany w regionalnym szpitalu z powodu zawału serca powikłanego obrzękiem płuc.

W chwili przyjęcia do naszego szpitala chory był w stanie średnim z tachykardią około 130/min, ciśnieniem tętni-

czym 130/90 mm Hg, troponiną I-0,29 ng/ml, CPK-127 U/L, CK-MB-0,1 U/L, a w zapisie EKG z cechami zawału ściany tylnobocznej. W badaniu echokardiograficznym potwierdzono rozległy tętniak rzekomy ściany bocznej (ryc. 1A.) i niedomykalność zastawki dwudzielnej (++++; ryc. 1B.).

Chorego zakwalifikowano do leczenia chirurgicznego w trybie pilnym. Operację wykonano w krążeniu pozaustrojowym, w umiarkowanej hipotermii (32°C) i z protekcją serca przy pomocy zimnej krwistej kardioplegii. Po zakleszczeniu aorty i podaniu kardiopleginy do opuszki aorty wycięto worek tętniaka i uwidoczniło pęknięcie lewej komory na ścianie boczno-tylnej od rowka przedsionkowo-komorowego prawie do samego koniuszka (około 12 cm), z rozsunięciem się obu mięśni brodawkowatych zastawki dwudzielnej (ryc. 1C.). Przeanalizowano sytuację anatomiczną i zdecydowano się zeszczyć brzegi wrót tętniaka, wychodząc z założenia, że pozwoli to także na prawidłowe ustawienie mięśni brodawkowatych i powrót prawidłowej funkcji zastawki dwudzielnej. Wrota tętniaka zamknięto szwem ciągłym monofilamentowym 3-0 (ryc. 1D.). Wykonane pod koniec operacji przezprze-

Adres do korespondencji: Dariusz Zieliński, I Klinika Kardiologii, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel. +48 22 343 42 06, faks +48 22 343 45 10, e-mail: farok@wp.pl



Ryc. 1A–D. A. Tętniak rzekomy ściany bocznej lewej komory (A). B. Niedomykalność zastawki dwudzielnej (++++). C. Wrota tętniaka rzekomego. D. Zeszyście wrót tętniaka rzekomego

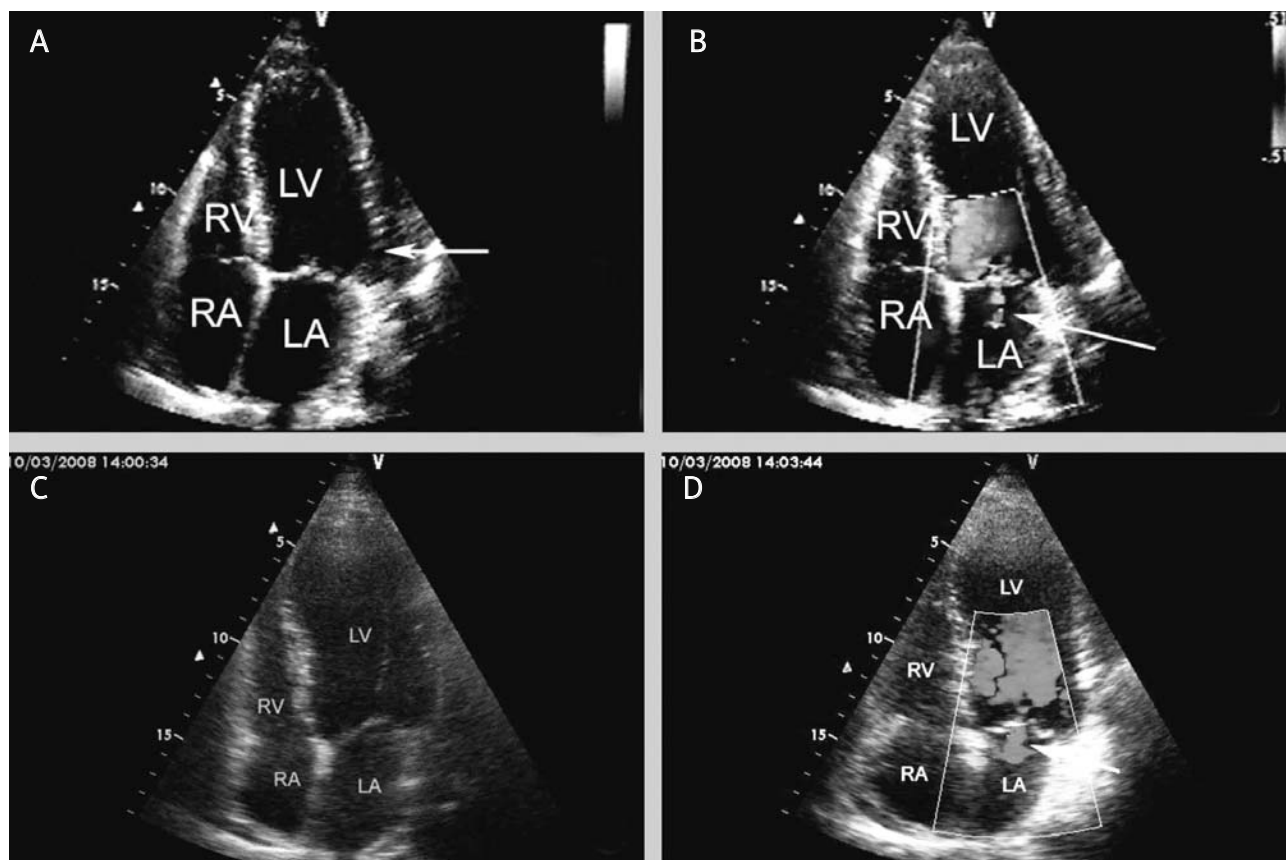
tykowe badanie echokardiograficzne wykazało istotnie upośledzoną kurczliwość ściany bocznej lewej komory (ryc. 2A.) i prawidłowo funkcjonującą zastawkę dwudzielną (ryc. 2B.).

W pierwszej dobie po operacji chorego odłączono od respiratora oraz odstawiono katecholaminy. Przed opuszczeniem oddziału pooperacyjnego rzut serca oraz wskaźnik rzutu serca wynosiły: CO-6,24 l/min i CI 3,00 l/min/m². Dalszy przebieg pooperacyjny był bez powikłań. Kontrola echokardiograficzna przed opuszczeniem szpitala wykazała prawidłowo funkcjonującą zastawkę dwudzielną. Chorego wypisano do domu do dalszej opieki ambulatoryjnej w stanie dobrym.

Omówienie

Tętniak rzekomy lewej komory jest rzadkim (< 0,1%) powikłaniem zawału serca i powstaje tylko wtedy, gdy pęknięcie lewej komory jest niewielkie i ograniczone zrostami osierdziowymi. U chorych leczonych zachowawczo ryzyko zgonu jest bardzo wysokie i wynosi 30–45% [4–6]. Objawy tętniaka rzekomego lewej komory są nietypowe. Po pierwsze jest to ból w klatce piersiowej, duszność i postępująca

niewydolność serca rozwijają się w przypadkach przewlekłych. Pęknięcie tętniaka i tamponada powodują rozwój wstrząsu kardiogenego i konieczność natychmiastowej interwencji chirurgicznej. Czas od wystąpienia zawału serca do postawienia rozpoznania waha się od kilku dni do nawet kilku lat. Najczęstszą lokalizacją jest ściana tylna. Uważa się, że pęknięcie ściany przedniej lub przednio-bocznej kończy się najczęściej zgonem. Część kardiochirurgów uważa, że pacjenci z rozpoznaniem tętniaka rzekomego lewej komory powinni być operowani niezwłocznie po postawieniu rozpoznania, niezależnie od objawów klinicznych. Ryzyko operacyjne jest zależne od stopnia dysfunkcji lewej komory, współistnienia niedomykalności zastawki dwudzielnej oraz czasu od zawału serca, wynosząc 20–25% i jest niższe od ryzyka leczenia zachowawczego. Jeżeli operacja jest wykonana po upływie 4 tygodni od zawału serca, bliznowate wrota umożliwiają bezpośrednie zeszyście miejsca pęknięcia. W przypadku tętniaka dużych rozmiarów konieczna jest rekonstrukcja lewej komory z zastosowaniem łąty ze sztucznego materiału [1–3].



Ryc. 2A–D. A. Lewa komora po operacji. B. Funkcja zastawki dwudzielnej po operacji. C. Lewa komora po roku. D. Funkcja zastawki dwudzielnej po roku

U opisanego chorego doszło do masywnego pęknięcia ściany bocznej ograniczonego przez zrosty osierdziowe, 2 tygodnie przed operacją. Pęknięcie było tak duże, że doprowadziło do rozsunięcia mięśni brodawkowych zastawki dwudzielnej i istotnej niedomykalności. Po tygodniu wystąpił obrzęk płuc, który udało się opanować leczeniem zachowawczym. Po postawieniu ostatecznego rozpoznania chory został skierowany na leczenie chirurgiczne. Po przeanalizowaniu sytuacji anatomicznej zdecydowaliśmy się wykonać pierwotne zeszyte tętniaka. Dzięki temu udało się przywrócić prawidłowy kształt lewej komory oraz prawidłowe ustawienie mięśni brodawkowych i normalną funkcję zastawki dwudzielnej.

Badanie echokardiograficzne wykonane u chorego rok po operacji wykazało dobrą funkcję lewej komory (LVEF – 52%) oraz jedynie małą (+) niedomykalność zastawki dwudzielnej (ryc. 2C. i 2D.)

Piśmiennictwo

1. Atik FA, Navia JL, Vega PR, Gonzalez-Stawinski GV, Alster JM, Gillinov AM, Svensson LG, Pettersson BG, Lytle BW, Blackstone EH. Surgical treatment of postinfarction left ventricular pseudoaneurysm. *Ann Thorac Surg* 2007; 83: 526-531.
2. Frances C, Romero A, Grady D. Left ventricular pseudoaneurysm. *J Am Coll Cardiol* 1998; 32: 557-561.
3. Moreno R, Gordillo E, Zamorano J, Almeria C, Garcia-Rubira JC, Fernandez-Ortiz A, Macaya C. Long term outcome of patients with postinfarction left ventricular pseudoaneurysm. *Heart* 2003; 89: 1144-1146.
4. Yaku H, Fermanis G, Horton DA, Guy D, Lvoff R. Successful repair of a ruptured postinfarct pseudoaneurysm of the left ventricle. *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 1097-1098.
5. Hoey DR, Kravitz J, Vanderbeek PB, Kelly JJ. Left ventricular pseudoaneurysm causing myocardial infarction and cerebrovascular accident. *J Emerg Med* 2005; 28: 431-435.
6. Moreno R, Zamorano JL, Almeria C, Rodrigo JL, Villate A, Serra V, Alvarez L, Aubele A, Sánchez-Harguindey L. Usefulness of contrast agents in the diagnosis of left ventricular pseudoaneurysm after acute myocardial infarction. *Eur J Echocardiogr* 2002; 3: 111-116.