

Tętniak rozwarstwiający aorty u chorego z podejrzeniem polimialgii reumatycznej

Dissecting aortic aneurysm of a patient with suspected polymyalgia rheumatica

Dorota Cieślak¹, Ewa Roszyk², Marcin Chmielewski², Paweł Klincewicz², Krzysztof Linke²,
Paweł Hrycaj¹

¹Zakład Reumatologii i Immunologii Klinicznej Katedry Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; Oddział Reumatologii Szpitala im. Teodora Dunina w Kościanie, kierownik Zakładu i ordynator Oddziału dr hab. med., prof. UM Paweł Hrycaj

²Katedra i Klinika Gastroenterologii, Żywienia Człowieka i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Katedry i Kliniki prof. dr hab. med. Krzysztof Linke

Słowa kluczowe: tętniak, rozwarstwienie, polimialgia.

Key words: aneurysm, dissection, polymyalgia.

Streszczenie

Chory, lat 62, został przyjęty do szpitala na oddział reumatologii z powodu osłabienia, łatwej męczliwości, stanów podgorączkowych, bólów okolicy obręczy barkowej i biodrowej oraz mięśni przykręgosłupowych niereagujących na leki przeciwbólowe, bólu stawów, bólu brzucha, braku łaknienia i podwyższonego OB. Na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz badań dodatkowych wysunięto podejrzenie polimialgii reumatycznej. Choremu zlecono terapię kortykosteroidami, po której obserwowano poprawę stanu klinicznego chorego i obniżenie wartości OB. Następnie u chorego wystąpił epizod ostrego bólu brzucha. Od tej pory pacjent zgłaszał stałe nasilenie dolegliwości bólowych brzucha, schudł. Po krótkim czasie wystąpiły ślepoty oka lewego oraz niedowład wiotki kończyny dolnej lewej i górnej prawej. Z powodu ropnego zapalenia okrężnicy wstępującej oraz cech uszkodzenia wątroby pacjent został przewieziony do Kliniki Gastroenterologii UM w Poznaniu, gdzie zdecydowano o wykonaniu angio-KT jamy brzusznej. Stwierdzono obecność tętniaka rozwarstwiającego aorty piersiowej i brzusznej obejmującego rozwidlenie tętnic nerkowych. Po konsultacji kardiochirurgicznej pacjent został przyjęty na Oddział Kardiochirurgii w celu dalszego leczenia.

Summary

A 62-year old patient was admitted to the rheumatology ward because of weakness, easy fatigue, fever, pain of the shoulder and pelvic girdle not improving after NSAIDs. Considering the patient's examination and additional findings, polymyalgia rheumatica was suspected. The patient received corticosteroids, after which he felt better and a decrease of ESR was noticeable. Next the patient felt acute abdominal pain and since then he has suffered from constant abdominal pain and loss of weight. After some time blindness of the left eye and flaccid paresis of the left lower limb and the right upper limb appeared. Due to purulent colitis and liver failure the patient was directed to the Gastroenterology Clinic in Poznan, where angio-CT was done. This examination revealed dissecting aneurysm of the thoracic and abdominal aorta. After the cardio-surgery consultation the patient was directed to the cardio-surgery ward for further treatment.

Adres do korespondencji:

dr med. Dorota Cieślak, Zakład Reumatologii i Immunologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, ul. Przybyszewskiego 39, 60-356 Poznań, tel. +48 61 854 72 10, faks +48 61 854 72 13, e-mail: d.cieslak@interia.pl

Wstęp

Polimialgia reumatyczna jest chorobą występującą głównie u osób starszych. Charakterystycznymi objawami są bóle obręczy barkowej i biodrowej oraz często mięśni przykręgosłupowych. Objawom klinicznym nie rzadko towarzyszy wzrost wartości OB i zwiększenie stężenia CRP w surowicy [1]. Liczba nowych zachorowań w roku wynosi 20–50 na stutysięczną populację [2].

Istnieje wiele przyczyn rozwarstwienia aorty. Główne z nich to: nadciśnienie tętnicze, dwupłatkowa zastawka aorty i koarktacja aorty, wrodzone choroby tkanki łącznej, zapalenia aorty, urazy, ciąża, wcześniej istniejący tętniak aorty. Jedną z głównych przyczyn zapalenia aorty są choroby autoimmunologiczne: choroba Takayasu, reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), zeszywniające zapalenie stawów (ZZSK), zapalenie olbrzymiokomórkowe tętnic skroniowych [3]. W 50% przypadków objawy zapalenia olbrzymiokomórkowego tętnicy skroniowej współistnieją z objawami polimialgii reumatycznej [4–6]. Prawdopodobnie oba zespoły są przejawem tej samej choroby [7, 8]. Inne przyczyny zapalenia aorty to choroby zakaźne (salmonelloza, kiła) [9] oraz jatrogenne (napromieniowanie). W piśmiennictwie istnieją doniesienia na temat występowania tętniaka rozwarstwiającego aorty w przebiegu polimialgii reumatycznej [10–12].

Opis przypadku

Chory, lat 62, został przyjęty do szpitala na oddział reumatologii w grudniu 2008 r. z powodu występujących od 3 miesięcy następujących dolegliwości: osłabienie, łatwa męczliwość, stany podgorączkowe, bóle okolicy obręczy barkowej i biodrowej oraz mięśni przykręgosłupowych niereagujące na leki przeciwbólowe, bóle stawów łokciowych, bóle brzucha, brak łąknienia, wzrost wartości OB. Wynik OB oznaczony w październiku 2008 r. wynosił 92 mm/godz.

Pacjent dotychczas nie chorował na żadne choroby. Nie był nigdy poddany zabiegom chirurgicznym. Nie podawał żadnych alergii i nałogów. Wykonywany zawód chorego to sędzia piłkarski.

W badaniu przedmiotowym zanotowano następujące odchylenia od normy:

- bolesność mięśni obręczy barkowej i biodrowej,
- bolesność mięśni przykręgosłupowych,
- ograniczenie ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa,
- ciśnienie tętnicze: maksymalne 160/100 mm Hg, minimalne 115/85 mm Hg.

Wykonano następujące badania dodatkowe:

- morfologia krwi obwodowej: WBC 6,9 G/l, RBC 4,33 T/l, Hgb 11,4 g/dl, MCV 82,1 fl, PLT 424 G/l, OB 88 mm/godz., stężenie CRP 246 mg/l, RF 16 j./ml;

- stężenie elektrolitów w surowicy: Na 144 mmol/l, K 4,38 mmol/l, Ca 9,9 mg/dl;
- badania biochemiczne: stężenie glukozy 87 mg/dl, mocznika 30 mg/dl, kreatyniny 1,06 mg/dl, kwasu moczowego 3,9 mg/dl, cholesterolu 218 mg/dl, żelaza 92 µg/dl, bilirubiny 0,9 mg/dl, aktywność ALAT 71 j./l, AspAT 46 j./l, ALP 429 j./l, GGTP 96 j./l;
- amylaza 16 j./l, TSH 0,76 µj./ml, PSA 2,04 ng/ml;
- elektroforeza: białko całkowite: 59 g/l, albumina: 47%, α₁-globuliny 8,7%, α₂-globuliny 12,5%, β₁-globuliny 5,9%, β₂-globuliny 6,1%, γ-globuliny 20,1%;
- badania serologiczne: HBS – ujemny, anty-HCV – ujemny, anty-HIV – ujemny;
- ANA 1 : 200 typ świecenia ziarnisty, ANCA – nie stwierdzono, profil ENA – ujemny;
- ASMA – ujemny, APCA – ujemny, HMA – ujemny, ACTIN – ujemny, AMA – 1 : 100;
- obraz RTG klatki piersiowej – bez zmian;
- obraz USG jamy brzusznej – aorta brzuszna zmieniona miażdżycowo, poza tym bez zmian;
- EKG – rytm zatokowy 80/min, pojedyncze pobudzenia przedwczesne nadkomorowe, normogram, bez cech niedokrwienia.

Na podstawie wykonanego badania podmiotowego i przedmiotowego oraz badań dodatkowych wysunięto podejrzenie polimialgii reumatycznej [13]. U chorego zastosowano terapię kortykosteroidami i po kilku dniach zanotowano poprawę stanu klinicznego i obniżenie OB [14]. W trakcie hospitalizacji u chorego wystąpił epizod ostrego bólu brzucha. Od tej pory pacjent zgłaszał stałe nasilenie dolegliwości bólowych brzucha, które były zlokalizowane w nadbrzuszu i śródbrzuszu, występowały głównie po posiłkach. Chory stracił 13 kg masy ciała. Po krótkim czasie pojawiły się ślepotę oka lewego oraz niedowład wiotki kończyny dolnej lewej i górnej prawej.

W tym czasie uzyskano następujące wyniki badań dodatkowych: obniżenie wartości OB (z 88 do 7 mm/godz.), wzrost aktywności: ALAT (140 j./l), AspAT (60 j./l), bilirubiny (1,4 mg/dl), GGTP (420 j./l).

Podczas konsultacji okulistycznej rozpoznano zapalenie błony naczyniowej oka prawego oraz krótkowzroczność obu oczu. Konsultacja neurologiczna wykazała ślepotę oka prawego, brak reakcji na światło. Kończyna dolna prawa bez upośledzenia siły mięśniowej i zaburzeń czucia.

W obrazie USG jamy brzusznej narządy wewnętrzne bez zmian, aorta brzuszna odpowiednia do wieku, w odcinku początkowym o wymiarze 30 mm, w dystalnym o wymiarze 25 mm.

W obrazie USG doppler tętnic kończyn dolnych kończyna dolna prawa, tętnica udowa, głęboka uda, podkolanowa wypełniona z obniżonym przepływem krwi. Nie

wykazano istotnych hemodynamicznie zwężeń. Tętnica piszczelowa tylna ze śladowym przepływem, drożna. Tętnica grzbietowa stopy prawej wypełniona. Kończyna dolna lewa i główne pnie tętnicze bez istotnych hemodynamicznie zwężeń.

W gastrokopii uwidoczniła błona śluzowa żołądka zaczerwieniona. W części antralnej pokryta drobnymi nadżerkami. Dg. *Gastritis antralis partim erosiva*. Histopat. (wycinek z antrum) – *gastritis chronica atrophica*. *Metaplasia intestinalis focalis*.

W kolonoskopii widoczne dno kątnicy oraz wstępnica w jednej linii z zaczerwienioną błoną śluzową pokrytą włóknikiem oraz nalotem ropnym. Pozostała część jelita prawidłowa – błona śluzowa bladoczerwona, połykliwa. Widoczny również wysięk ropny. Dg. *Colitis purulenta susp.* Histopat. – *colitis chronica activa*. *Erythrogagiae recentes*.

Z powodu ropnego zapalenia okrężnicy wstępującej oraz cech uszkodzenia wątroby pacjent został przekazany pod opiekę Kliniki Gastroenterologii, Żywienia Człowieka i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. W wywiadzie chory podawał bóle w śródbrzuszu, biegunkę (do 6 luźnych stolców/dobę), kołatania serca przy niewielkim wysiłku, bóle, osłabienie i uczucie chłodu kończyn dolnych (szczególnie prawej). W badaniu przedmiotowym stwierdzono tachykardię 100/min, bolesność w nadbrzuchu i śródbrzuszu, brak tętna na tętnicy udowej, podkolanowej i piszczelowej tylnej kończyny dolnej prawej, ślepotę oka prawego.

W badaniach dodatkowych zanotowano: ANA – nieobecne, przeciwciała przeciw mięśniom gładkim – obecne, pozostałe – nieobecne. D-dimery – 26 mg/l (norma < 0,5 mg/l).

W obrazie USG jamy brzusznej aorta na poziomie tętnic nerkowych poszerzona do średnicy 3 cm z blaszkami miażdżycowymi zwęża się równomiernie i osiąga przed podziałem 22 mm.

W miejscu podziału aorty po stronie prawej widoczna blaszka miażdżycowa, nie uwidoczniła przepływów w tętnicy biodrowej wspólnej prawej (ryc. 1).

Z powodu nieprawidłowości naczyniowych stwierdzanych w obrazie USG jamy brzusznej, zdecydowano o wykonaniu angio-KT jamy brzusznej. Badanie to wykazało poniższe odchylenia.

Znaczne poszerzenie aorty piersiowej w odcinku wstępującym do 42 mm, w łuku do 38 mm, w części zstępującej do 27 mm; aorta w odcinku pod przeponą ma średnicę 35 mm, na wysokości tętnic nerkowych 30 mm, tuż nad podziałem 22 mm; od wysokości łuku aorty (od płata zastawki aortalnej) widoczne jest rozwarstwienie ściany aorty obejmujące również ścianę pnia ramienno-głowego oraz tętnicy szyjnej lewej,



Ryc. 1. Obraz USG jamy brzusznej, badanie wykonane w Klinice Gastroenterologii.

Fig. 1. Picture of the ultrasonographic examination done in the Gastroenterology Clinic.

które sięga w dół wzdłuż całej aorty piersiowej, brzusznej, aż do miejsca podziału; w odcinku piersiowym kanał prawdziwy ma szerokość 25 mm (część zstępująca), a kanał rzekomy 10 mm; prawa tętnica nerkowa odchodzi od kanału rzekomego, miąższ nerki prawej wykazuje słabszy wychwyt kontrastu; lewa tętnica nerkowa odchodzi od kanału prawdziwego, od kanału rzekomego odchodzi również tętnica krezkowa górna; na wysokości pnia trzewnego widoczna niejednorodna skrzeplina, która wydaje się zamykać częściowo światło pnia; wypełniające się także z kanału rzekomego (na pograniczu rozwarstwienia) odcinki pnia trzewnego. Lewa tętnica biodrowa wspólna rozwarstwiona w odcinku początkowym, drożna. Tętnica biodrowa lewa zewnętrzna i wewnętrzna są drożne bez cech rozwarstwienia. Prawa tętnica biodrowa wspólna i odcinki dalsze niedrożne – kanał rzekomy. Tętnica udowa powierzchowna wypełnia się od krążenia obocznego.

Po konsultacji kardiologicznej pacjent został przewieziony na Oddział Kardiologii Szpitala Miejskiego im. J. Strusia w Poznaniu w celu dalszego leczenia. Z uwagi na rozległość rozwarstwienia odstąpiono od zabiegu.

Omówienie

Istnieje wiele przyczyn rozwarstwienia aorty, np.: nadciśnienie tętnicze, dwupłatkowa zastawka aorty i koarktacja aorty, wrodzone choroby tkanki łącznej, zapalenia aorty, urazy, ciąża, wcześniej istniejący tętniak aorty. Jedną z głównych przyczyn zapalenia aorty są choroby autoimmunologiczne [3]. W 50% przypadków objawy zapalenia olbrzymiokomórkowego tętnicy skroniowej współistnieją z objawami polimialgii reumatycznej [4–6]. W piśmiennictwie istnieją doniesienia na temat występowania tętniaka rozwarstwiającego aorty

w przebiegu polimialgii reumatycznej [10–12]. W związku z powyższym celowe i istotne wydaje się przeprowadzenie diagnostyki w kierunku rozwarstwienia aorty w przypadku bólu brzucha lub klatki piersiowej u chorych cierpiących na polimialgię reumatyczną. Przydatnym do tego celu badaniem jest z pewnością angio-KT jamy brzusznej i klatki piersiowej. Szybkie i sprawne postępowanie diagnostyczne oraz lecznicze zwiększa szanse uratowania chorego z powyższym rozpoznaniem.

Piśmiennictwo

1. Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, et al. Polymyalgia rheumatica. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2004; 18: 705-722.
2. Nothnagl T, Leeb BF. Diagnosis, differential diagnosis and treatment of polymyalgia rheumatica. *Drugs Aging* 2006; 5: 391-402.
3. Liang KP, Chowdhary VR, Michet CJ. Noninfectious ascending aortitis: A Case Series of 64 Patients. *J Rheumatol* 2009; 36: 2290-2297.
4. Salvarani C, Cantini F, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *Lancet* 2008; 372: 234-245.
5. Unwin B, Williams CM, Gilliland W. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. *Am Fam Physician* 2006; 74: 1547-1554.
6. Gonzalez-Gay MA. Giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica: two different but often overlapping conditions. *Semin Arthritis Rheum* 2004; 33: 289-293.
7. Charlton R. Polymyalgia rheumatica and its links with giant cell arteritis. *Clin Med* 2008; 8: 498-501.
8. Cantini F, Niccoli L, Storri L, et al. Are polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis the same disease? *Semin Arthritis Rheum* 2004; 33: 294-301.
9. d'Ettoire G, Ceccarelli G, Zaffiri L, et al. Infectious aortitis and spondylodiscitis in patients with endovascular stents. *Minerva Med* 2009; 100: 167-170.
10. Koga T, Miyashita T, Matsuoka Y, et al. Acute dissecting thoracic aortic aneurysm in a patient with polymyalgia rheumatica. *Am J Med Sci* 2007; 334: 386-388.
11. Iroi A, Miwa H, Iijima M, et al. The dissecting aortic aneurysm associated with polymyalgia rheumatica: a case report. *No To Shinkei* 1999; 51: 1051-1054.
12. Evans JM, O'Fallon WM, Hunder GG. Increased incidence of aortic aneurysm and dissection in giant cell (temporal) arteritis. A population-based study. *Ann Intern Med* 1995; 122: 502-507.
13. Aoki Y, Iwamoto M, Minota S. Clinical features in patients with polymyalgia rheumatica. *Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi* 2009; 32: 274-278.
14. Soubrier M, Dubost JJ, Ristori JM. Polymyalgia rheumatica: diagnosis and treatment. *Joint Bone Spine* 2006; 3: 599-605.