



Komentarz

dr hab. n. med. prof. UM w Poznaniu
Marek Jemielity

Autorzy pracy omawiają przypadek chorego leczonego z powodu tętniaka rzekomego lewej komory (TRLK) ze współistniejącą niedomykalnością zastawki mitralnej. Do powstania tętniaka rzekomego dochodzi, gdy strefa martwicy jest niewielka, proces przerywania ciągłości ściany jest powolny, a zrosty łącznotkankowe, tworzące się w worku osierdziowym, ograniczają zbiornik wynaczynionej krwi. Spośród zawałów, te występujące na ścianach dolnej i tylnej predysponują do powstania tętniaków rzekomych. Z kolei uważa się, że pęknięcie ściany przedniej skutkuje raczej ostrą tamponadą z nagłym zgonem chorego niż powstaniem tętniaka rzekomego. Obok zawału serca, do powstania TRLK może dochodzić u chorych po zabiegach kardiologicznych po tępych lub penetrujących urazach klatki piersiowej i przebytych infekcjach (np. bakteryjnym zapaleniu wsierdza).

Tętniaki rzekome lewej komory rozpoznawane są często przypadkowo, gdyż brak charakterystycznych objawów klinicznych utrudnia ich rozpoznanie. Wśród objawów tętniaka rzekomego na czoło wysuwa się najczęściej zastoinowa niewydolność krążenia, wynikająca z balotowania części krwi między jamą lewej komory a jamą tętniaka. Bywa jednak, że nawet tętniaki rzekome, których objętość przekracza objętość lewej komory, dają niewielkie objawy kliniczne. Inne, rzadziej spotykane objawy, to zaburzenia rytmu serca, omdlenia, zatory obwodowe czy masywne wymioty, gdy tętniak jest zlokalizowany na powierzchni przedniej serca [1].

Szczególną wartość diagnostyczną w rozpoznaniu TRLK ma badanie echokardiograficzne. Jednak ze względu na najczęstszą lokalizację tętniaków rzekomych na ścianie dolnej, nie zawsze są one łatwo identyfikowalne w badaniu przezklatkowym. Uważa się, że zastosowanie głowicy przezprzetykowej znacznie poprawia czułość echokardiografii w rozpoznaniu TRLK [2].

Nadal nie wypracowano ostatecznego stanowiska, czy chorzy z pozawałowymi tętniakami i w stabilnym stanie klinicznym powinni być operowani w trybie pilnym. Początkowo,

na podstawie opisów pojedynczych przypadków dowodząco, że leczenie zachowawcze rokuje źle, a pęknięcie tętniaka jest u tych chorych najczęstszą, bezpośrednią przyczyną zgonu. Jednak w retrospektywnej pracy z Mayo Clinic wykazano, że żaden z 8 chorych z TRLK, których z różnych przyczyn nie operowano z powodu tętniaka, nie zmarł z powodu jego pęknięcia. Na podstawie własnego doświadczenia zdobytego podczas operacji kilkunastu chorych z powodu TRLK mogę potwierdzić, że śródoperacyjnie nie stwierdziłem w żadnym przypadku cech wskazujących na możliwe w najbliższym czasie pęknięcie tętniaka. Zwykle obserwowaliśmy zarośnięty worek osierdziowy, z cienkościennym, ale mocnym, włóknistym workiem tętniaka, który był zwykle „wytapetowany” starymi i świeżymi skrzeplinami. W mojej ocenie właśnie obecność tych skrzeplin (niebezpieczeństwo powstania zatorów) oraz nierzadko bardzo duże rozmiary tętniaka (powodujące niewydolność krążenia) stanowią wskazanie, by nie zwlekać z zabiegiem operacyjnym u tych chorych [3].

Zabieg operacyjny jest zwykle nieskomplikowany i polega na zeszcyciu wrót tętniaka. Nie zaskakuje, że w opisanym przypadku do przywrócenia prawidłowej funkcji zastawki wystarczyło także jedynie zamknięcie jego wrót. Wynika to z najczęstszego patomechanizmu powstania tętniaka rzekomego. Zwykle na tylnobocznej lub przedniej powierzchni serca dochodzi do niedrożności jednego naczynia wieńcowego lub jego odgałęzienia (zazwyczaj w obszarze zaopatrzenia tętnicy okalającej lub prawej tętnicy wieńcowej). Przy zachowanej prawidłowej kurczliwości serca (najczęściej nie obserwuje się istotnych zmian w pozostałych naczyniach wieńcowych) dochodzi do liniowego pęknięcia mięśnia sercowego bez znacznego ubytku tkanki mięśniowej. W zaistniałej sytuacji proste zeszcycie wrót tętniaka jest postępowaniem, które pozwala na przywrócenie prawidłowej geometrii komory. Wyniki odległe leczenia chirurgicznego tętniaków rzekomych lewej komory są dobre. Zależą one m.in. od konieczności wykonania rewaskularyzacji czy dodatkowych procedur na zastawkach. Wydolność układu krążenia u chorych po zabiegach wycięcia TRLK ulega zwykle istotnej poprawie [4].

Piśmiennictwo

1. Yeo TC, Malouf JF, Oh JK, Seward JB. Clinical profile and outcome in 52 patients with cardiac pseudoaneurysm. *Ann Intern Med* 1998; 128: 299-305.
2. Ivert T, Almdahl SM, Lunde P, Lindblom D. Postinfarction left ventricular pseudoaneurysm – echocardiographic diagnosis and surgical repair. *Cardiovasc Surg* 1994; 2: 463-466.
3. Jemielity M, Perek B, Paluszkiwicz L, i wsp. Pozawałowe tętniaki rzekome lewej komory serca. *Kardiologia Polska* 2002; 56: 636.
4. Pretre R, Linka A, Jenni R, Turina ML. Surgical treatment of acquired left ventricular pseudoaneurysms. *Ann Thorac Surg* 2000; 70: 553-557.