

Anomalia prawej tętnicy piersiowej wewnętrznej – opis przypadku

Abnormal origin of the right internal thoracic artery – case report

Piotr Olszówka, Maciej Kolowca, Tomasz Stącel, Kazimierz Widenka



Oddział Kardiochirurgii, Szpital Wojewódzki nr 2, Rzeszów

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2009; 6 (4): 405–406

Streszczenie

Współczesna kardiochirurgia coraz częściej wykorzystuje prawą tętnicę piersiową wewnętrzną. Prezentujemy przypadek anomalii wspomnianej tętnicy u chorego poddanego rewaskularyzacji naczyń wieńcowych. W omawianym przykładzie naczynie to odchodziło prawdopodobnie od tętnicy międzyżebrowej. Ze względu na miejsce odejścia oraz recesywny charakter odstąpiono od użycia wspomnianego pomostu. Opisana anomalia może wskazywać na konieczność wykonania równoczesnej angiografii tętnic piersiowych u wyselekcjonowanej grupy chorych. Równocześnie patologia ta może być istotna z punktu widzenia kardiologa inwazyjnego w kontrolnej koronarografii po operacji pomostowania tętnic wieńcowych.

Słowa kluczowe: pomostowanie wieńcowe, tętnica piersiowa wewnętrzna, anomalia anatomiczna.

Abstract

Currently right mammary artery is more frequently used in cardiac surgery. We are presenting an anomaly of the right intra thoracic artery revealed during coronary artery bypass grafting. Described artery was arising from intercostal artery. Because of that in presented case it was not used for grafting. These findings may be important for the cardiologists in preoperative coronary angiography as also in postoperative period.

Key words: CABG, internal thoracic artery, anomaly.

Wstęp

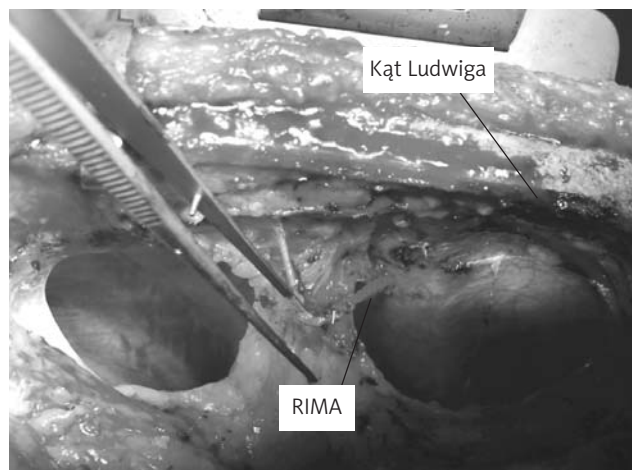
Operacje pomostowania tętnic wieńcowych z użyciem lewej tętnicy piersiowej wewnętrznej, z uwagi na wyniki odległe leczenia, stanowią „złoty standard” współczesnej kardiochirurgii. Tętnice piersiowe to doskonały materiał nie tylko ze względu na wytrzymałość i zdolności adaptacyjne, lecz również z uwagi na swą aktywność biochemiczną [1]. U wybranej grupy chorych zastosowanie obu tętnic piersiowych może więc dodatkowo korzystnie wpływać na długoterminowe rokowanie [1, 6]. Jednak nie u wszystkich jest to możliwe. Jedną z przyczyn odstąpienia od użycia obu tętnic mogą być wrodzone anomalie, związane z nieprawidłowym odejściem od tętnic podobojczykowych [2, 5]. Poniżej prezentujemy przypadek chorego ze śródoperacyjnie wykrytą anomalią prawej tętnicy piersiowej wewnętrznej.

Opis przypadku

Pacjent, lat 57, po przebytych zawale STEMI z zakresu prawej tętnicy wieńcowej (RCA), leczony pierwotną angioplasty-

ką przeskorną z założeniem stentu do RCA. W obrazie angiograficznym dodatkowo wykryto przewężenie dystalnej części pnia lewej tętnicy wieńcowej (40%), proksymalną zmianę krytyczną w tętnicy okalającej (Cx) i w środkowym odcinku tętnicy zstępującej przedniej (LAD). Z uwagi na zakres zmian i wiek pacjenta został on zakwalifikowany do operacji pomostowania tętnic wieńcowych z użyciem obu tętnic piersiowych wewnętrznych. Przy przyjęciu chory stabilny, CCS II, w echokardiografii dobra funkcja skurczowa lewej komory, EuroSCORE 2 ze względu na przebyty zawał do 90 dni przed zabiegiem. Chory z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym i hipercholesterolemią w trakcie leczenia. Z obciążeń dodatkowych zespół Gilberta. Chory praworęczny, bez urazu klatki piersiowej w wywiadzie, bez innych obciążeń. Zabieg operacyjny wykonano w trybie planowym, w sposób typowy dla naszego ośrodka. Obie tętnice piersiowe wewnętrzne pobrano metodą szkieletowaną. W trakcie pobierania prawej tętnicy piersiowej wewnętrznej wykryto, iż wychodzi ona z III przestrzeni międzyżebrowej, biorąc

Adres do korespondencji: Piotr Olszówka, Oddział Kardiochirurgii Szpitala Wojewódzkiego nr 2, ul. Lwowska 60, 35-301 Rzeszów, e-mail: piotr_olszowka@poczta.onet.pl



Ryc. 1. Widok na prawą tętnicę piersiową wewnętrzną.

swój początek prawdopodobnie z tętnicy międzyżebrowej (ryc. 1). W związku z powyższym odstąpiono od użycia prawej tętnicy piersiowej wewnętrznej i wykonano dwa pomosty LIMA do LAD oraz graft żylny do tętnicy brzegu obłego (OM) bez zastosowania krążenia pozaustrojowego. Przebieg operacji i okresu pooperacyjnego bez powikłań. Chory został wypisany do domu w 6. dobie po zabiegu w stanie ogólnym dobrym, z zaleceniami co do dalszego postępowania.

Dyskusja

Użycie lewej tętnicy piersiowej wewnętrznej bez wątplenia weszło do kanonu współczesnej kardiochirurgii. Z uwagi na odległe wyniki chirurgicznego leczenia choroby wieńcowej zastosowanie obu tętnic piersiowych wewnętrznych u chorych młodych, bez dodatkowych obciążeń, wydaje się jak najbardziej wskazane [1]. W opisanym przypadku odstąpiono jednak od tej zasady z uwagi na nieprawidłowy rozwój i recesywny charakter prawej tętnicy piersiowej.

Dane literaturowe są dość rozbieżne, jeśli chodzi o częstotliwość występowania anomalii w zakresie tętnic piersiowych wewnętrznych. Część publikacji wskazuje, że są one dość częste i występują u 20 do 30% chorych [3, 5, 7]. W tym najczęstsze zaburzenia rozwoju to: wspólne odejście z inną dużą tętnicą, duża gałąź boczna, atypowy przebieg i napływ oraz odejście od tętnicy podobojczykowej w jej drugim i trzecim segmencie [3, 5]. Z kolei inne doniesienia wskazują, że dotyczą one jedynie wąskiej grupy chorych, sięgającej ok. 5% populacji [2, 4, 6]. Przyczyną tak dużej rozbieżności bez wątplenia jest różna definicja anomalii oraz jej wpływ na zakres operacji, dodatkowo istotne wydaje się wciąż ograniczone doświadczenie chirurgiczne, zwłaszcza w zakresie prawej tętnicy. Jednak bez względu na definicję patologii, głównie

dotyczy ona odejścia do tętnic podobojczykowych. Równocześnie należy zaznaczyć, iż w literaturze brak doniesień o odejściu od tętnic międzyżebrowych, choć w opisanym przypadku może być to odmiana obecności dużej gałęzi bocznej, przejmującej nadrzędny charakter. Dodatkowo należy pamiętać, że u ok. 5% chorych występują zmiany miażdżycowe w obrębie tętnic podobojczykowych mogące zakłócać przepływ w tętnicach piersiowych [1, 5]. Również sama tętnica piersiowa może być objęta procesem miażdżycowym u ok. 0,5% chorych [5]. Część autorów, z uwagi na powyższe, zaleca przedoperacyjną angiografię obu tętnic piersiowych [2, 3, 5, 7]. Takie postępowanie, wg danych literaturowych, może zmienić postępowanie chirurgiczne u ok. 1–4% chorych [2, 5], są to jednak obserwacje dość odległe.

W przedstawionym przypadku jednym z powodów odstąpienia od przedoperacyjnej angiografii tętnic piersiowych wewnętrznych był ostry incydent wieńcowy z pierwotną angioplastyką, co wydaje się w pełni uzasadnione. Równocześnie należy zaznaczyć, iż wiele ośrodków kardiologii inwazyjnej nie wykonuje rutynowo obrazowania tętnic piersiowych, a jeśli nawet jest to postępowanie standardowe, to bez wątplenia nie dotyczy obu tętnic. W omawianym przypadku, z uwagi na dobro chorego, odstąpiono od dalszej diagnostyki pooperacyjnej, mającej na celu wykrycie anomalii w zakresie prawej tętnicy piersiowej.

Omawiany przypadek może stanowić argument przemawiający za rutynowym wykonaniem angiografii tętnic piersiowych wewnętrznych u wyselekcjonowanej grupy chorych. Jednak należy pamiętać, iż jest to postępowanie dość żmudne i nie pozostaje bez wpływu na pacjenta. Należy również pamiętać o możliwości wystąpienia tego rodzaju anomalii w trakcie wykonywania kontrolnej koronarografii po zabiegu operacyjnym, gdzie brak przepływu w pomoście tętniczym może być wynikiem jedynie nieprawidłowego odejścia tętnicy piersiowej.

Piśmiennictwo

1. Woo Y Ji, Gardner T Ji. Myocardial Revascularization with Cardiopulmonary Bypass. W: Cohn LH, Edmunds LH Jr (eds.). Cardiac Surgery in the Adult. McGraw-Hill, New York 2003; 581-607.
2. Blackwell RA, Zolnick MR. Anomalous Left Internal Thoracic Artery Tex Heart Inst J 2007; 34: 494-495.
3. Izzat MB, Yim AP. MIDCABG: lessons learned from routine 'on-table' angiography. Ann Thorac Surg 1997; 64: 1872-1874.
4. Vorster W, du Plooy PT, Meiring JH. Abnormal origin of internal thoracic and vertebral arteries. Clin Anat 1998; 11: 33-37.
5. Bauer EP, Bino MC, von Segesser LK, Laske A, Turina MI. Internal mammary artery anomalies. Thorac Cardiovasc Surg 1990; 38: 312-315.
6. Yoshida K, Ohshima H, Murakami F, Tomida Y, Matsuura A, Hibi M, Kawamura M, Notoya A. Lateral origin of the right internal thoracic artery: report of a case. Surg Today 1997; 27: 664-665.
7. Aziz S, Ramsdale DR. Anomalous origin of left internal mammary artery. J Invasive Cardiol 2003 Nov; 15: 657-658.