

Tętniak ściany przedniej lewej komory ze współistniejącym pozawałowym ubytkiem przegrody międzykomorowej – opis przypadku



Anterior ventricular aneurysm with concomitant postinfarction ventricular septal defect – case report

Piotr Żelazny, Anna Witt-Majchrzak, Leszek Buzun, Sebastian Pawlak, Grzegorz Szapiel

Oddział Kardiologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Olsztyn

Kardiologia i Torakochirurgia Polska 2006; 3 (4): 423–425

Streszczenie

Pozawałowe pęknięcie przegrody międzykomorowej jest rzadkim, ale bardzo ciężkim powikłaniem zawału serca. Postępowaniem z wyboru jest operacyjne zaopatrzenie ubytku. Zabiegi tego typu wiążą się z bardzo wysoką śmiertelnością. Przedstawiamy przypadek 65-letniego chorego z pozawałowym pęknięciem przegrody międzykomorowej (VSD) oraz tętniakiem ściany przedniej lewej komory. Zabieg operacyjny polegał na jednoczesnym zaopatrzeniu ubytku przegrodowego oraz wykonaniu plastyki lewej komory metodą Dora-Menicantiego.

Słowa kluczowe: ubytek przegrody międzykomorowej, tętniak lewej komory serca, plastyka lewej komory, rewaskularyzacja naczyń wieńcowych.

Abstract

Postinfarction ventricular septal defect is a relatively rare, but serious complication of myocardial infarction. Surgical repair remains the method of choice, although it is associated with very high mortality. We report a case of a 65-year-old patient with ventricular septal rupture coexisting with left ventricle anterior wall aneurysm. The patient was electively operated on with closure of ventricular septal rupture and simultaneous Dor-Menicanti procedure.

Key words: ventricular septal defect, left ventricle aneurysm, left ventricle plasty, coronary artery bypass grafting.

Wstęp

Pęknięcie przegrody międzykomorowej (VSD) jest jednym z powikłań zawału mięśnia sercowego. Następstwa hemodynamiczne wynikające z dużego przecieku lewo-prawego wpływają na szybki rozwój wstrząsu kardiogenego i niewydolności wielonarządowej. Postępowaniem z wyboru jest operacyjne zaopatrzenie ubytku [1, 2]. Zabiegi tego typu wiążą się z bardzo wysoką śmiertelnością – 31–47-procentową, a wykonywane we wstrząsie kardiogenym – 81-procentową [3]. W takich przypadkach dla kardiologa najważniejsze są dwa elementy – stan pacjenta i stan tkanek, z jakimi będzie miał do czynienia w czasie operacji. Pomimo tendencji do jak najszybszego przeprowadzenia operacji, przedstawiamy sytuację kontrowersyjną.

Opis przypadku

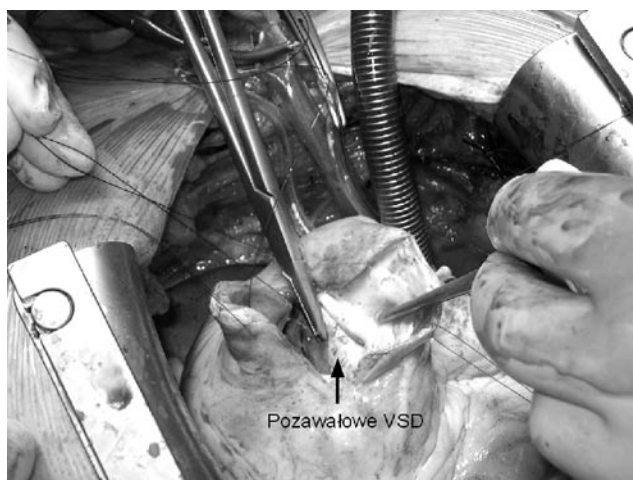
65-letni pacjent został przyjęty na oddział kardiologii z powodu trwających od pięciu dni dolegliwości bólowych w klatce piersiowej. W wykonanym badaniu elektrokar-

diograficznym stwierdzono zawał ściany przedniej w okresie ewolucji oraz podwyższenie enzymów miokardialnych w badaniach laboratoryjnych. Echograficznie wykazano akinezę koniuszka, środkowych segmentów przegrody międzykomorowej, poszerzenie lewej komory z niewielkim przerostem jej ścian, nadciśnienie płucne oraz frakcję wyrzutową lewej komory (EFLV) wynoszącą 40%. Chory nie wyraził zgody na dalszą diagnostykę inwazyjną i w 10. dobie został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym.

Chorego ponownie hospitalizowano po ośmiu tygodniach z powodu dolegliwości bólowych w klatce piersiowej i duszności trwających od sześciu dni. Ostuchowo zauważono nad koniuszkiem serca szmer skurczowo-rozkurczowy. W badaniu echograficznym stwierdzono: pęknięcie przegrody międzykomorowej w części przykoniuszkowej z przepływem lewo-prawym, z prędkością maksymalną 4m/s, w czasie wdechu zmieniającym się na prawo-lewy, poszerzenie jam serca, dyskinetyczny tętniak koniuszka i części środkowej ściany przedniej, akinezę przegrody

Adres do korespondencji: dr n. med. Piotr Żelazny, Oddział Kardiologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, 10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18, tel. +48 89 538 63 34, faks +48 89 361 36 94, e-mail: pzelazny@mp.pl

międzykomorowej, nadciśnienie płucne – ciśnienie skurczowe w prawej komorze – 56 mmHg, objętość końcowo-rozkurczową lewej komory (EDV) – 192 ml, objętość końcowoskurczową lewej komory (ESV) – 110 ml, EFLV – 38%. W trzeciej dobie pobytu na oddziale intensywnej opieki kardiologicznej pogorszył się istotnie stan ogólny chorego – rozpoznano obrzęk płuc. Jednak po modyfikacji leczenia farmakologicznego, polegającej na niewielkim zwiększeniu dawek katecholamin i diuretyków uzyskano szybką poprawę kliniczną. Wykonano badanie koronarograficzne, które wykazało amputowaną gałąź przednią zstępującą bez cech krążenia obocznego, 60-procentowe zwężenie pierwszej gałęzi diagonalnej, brak zmian w gałęzi okalającej oraz zmiany w prawej tętnicy wieńcowej: zwężenie 60-procentowe w odcinku proksymalnym i 80-procentowe w odcinku dystalnym. Ze względu na stosunkowo dobrą wydolność krążeniowo-oddechową przy stosowaniu średnich dawek katecholamin oraz stabilność hemodynamiczną, pacjenta zakwalifikowano do zabiegu w trybie odroczonego. Po 12 dniach, w krążeniu pozaustrojowym i przy zatrzymanej czynności serca po podaniu kardioplegii, nacięto ścianę tętniaka lewej komory. Zlokalizowano pozawałowe VSD w przedniej środkowej części przegrody międzykomorowej o wymiarach 1,5x1,5 cm. Podczas wyznaczania miejsca dla szwu okrężnego Fontany okazało się, że ubytek w przegrodzie znajduje się powyżej poziomu wszywaniałaty dakronowej. Wobec tego zaszyto go szwem ciągłym (ryc. 1). Następnie wykonano plastykę lewej komory metodą Dora-Menicantiego w standardowy sposób oraz rewaskularyzację mięśnia sercowego, polegającą na wszczepieniu pomostu żylnego do gałęzi tylnej zstępującej prawej tętnicy wieńcowej. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. W wykonanym pooperacyjnym badaniu echograficznym stwierdzono akinezę koniuszka i środkowych segmentów ściany przedniej, brak przecieku lewo-prawego, EDV 135 ml, ESV 72 ml, EFLV 47%. Pacjenta przekazano na oddział kardiologii w piątej dobie po operacji w stanie ogólnym dobrym.



Ryc. 1. Pozawałowy ubytek w przegrodzie międzykomorowej zaszywany szwem ciągłym

Dyskusja

Leczenie zachowawcze pozawałowego ubytku międzykomorowego wiąże się ze złym rokowaniem, dlatego chorzy wymagają szybkiej interwencji chirurgicznej [1, 4]. Wytyczne ACC/AHA, jak również prace licznych autorów rekomendują niezwłoczne zaopatrzenie ubytku bez względu na stan hemodynamiczny chorego [5]. Zaznacza się, że pojęcie stabilności hemodynamicznej u pacjenta z VSD jest bardzo mgliste. Obecność słabych martwiczych tkanek, współistnienie patologicznych warunków hemodynamicznych wynikających z przecieku może doprowadzić do rozszerzenia ubytku, powiększenia przecieku i nagłego pogorszenia stanu pacjenta [6, 7]. Co więcej, okres oczekiwania na zabieg związany jest z ryzykiem uszkodzenia wielonarządowego, będącego główną przyczyną śmiertelności [8, 9]. Niestety, operacja przeprowadzana w ostrej fazie zawału mięśnia sercowego niesie ze sobą ryzyko poruszania się w słabych, zmienionych martwiczo tkankach, co stanowi istotny problem techniczny. Zły stan tkanek otaczających ubytek może przyczyniać się do występowania rezydualnego przecieku, który jest stosunkowo częstym powikłaniem po operacji i występuje z częstością od 17 do 43% [3]. W pracy opisano kontrowersyjne podejście do problemu czasu przeprowadzenia zabiegu zaopatrzenia VSD. Decyzja o odroczeniu operacji została podjęta ze względu na potencjalną rozległość zabiegu. Ubytek w przegrodzie międzykomorowej współistniejący z tętniakiem lewej komory pozwalał przypuszczać, że z technicznego punktu widzenia operacja będzie trudna, a relatywnie dobry stan chorego osiągnięty przy zastosowaniu farmakoterapii dawał dużą nadzieję na bezpieczne odroczenie zabiegu. W wyniku takiego postępowania operacja została przeprowadzona na dostatecznie wytrzymałych tkankach, zarówno jeżeli chodzi o zaopatrzenie VSD, jak i plastykę lewej komory. Wydaje się, że wykonanie tego typu zabiegu w trybie pilnym i w pełnym jego zakresie nie byłoby możliwe z tak dobrym efektem [10].

Wnioski

Podsumowując, wybór pomiędzy ryzykiem odroczenia zabiegu i narażeniem pacjenta na powikłania związane z hipoperfuzją narządową a ryzykiem niepowodzenia operacji ze względu na poruszanie się w zmienionych martwiczo tkankach jest niewątpliwie kontrowersyjny. Sądzymy, że jedynie indywidualne podejście do każdego pacjenta przy znajomości obowiązujących standardów jest warunkiem sukcesu terapeutycznego.

Piśmiennictwo

1. Crenshaw BS, Granger CB, Birnbaum Y, Pieper KS, Morris DC, Kleiman NS, Vahanian A, Califf RM, Topol EJ. Risk factors, angiographic patterns, and outcomes in patients with ventricular septal defect complicating acute myocardial infarction. GUSTO-I (Global Utilization of Streptokinase and TPA for Occluded Coronary Arteries) Trial Investigators. *Circulation* 2000; 101: 27-32.
2. Juraszinski Z, Kotlarska J, Drewniak W, Kotlinski K, Hunka I, Borys M, Dabrowski M. Pęknięcie przegrody międzykomorowej u 87-letniej chorej ze świeżym zawałem ściany przednio-bocznej skutecznie leczone operacyjnie. Czy 97% ryzyko wg skali Euroscore jest przeciwwskazaniem do operacji? *Kardiologia Pol* 2006; 64: 297-299.

3. Murday A. Optimal management of acute ventricular septal rupture. *Heart* 2003; 89: 1462-1466.
4. Menon V, Webb JG, Hillis LD, Sleeper LA, Abboud R, Dzavik V, Slater JN, Forman R, Monrad ES, Talley JD, Hochman JS. Outcome and profile of ventricular septal rupture with cardiogenic shock after myocardial infarction: a report from the SHOCK Trial Registry. Should we emergently revascularize Occluded Coronaries in cardiogenic shock? *J Am Coll Cardiol* 2000; 36: 1110-1116.
5. Deja MA, Szostek J, Widenka K, Szafron B, Spyt TJ, Hickey MS, Sosnowski AW. Post infarction ventricular septal defect – can we do better? *Eur J Cardiothorac Surg* 2000; 18: 194-201.
6. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr, Alpert JS, Anderson JL, Faxon DP, Fuster V, Gibbons RJ, Gregoratos G, Halperin JL, Hiratzka LF, Hunt SA, Jacobs AK, Omatto JP. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of patients with acute myocardial infarction). *J Am Coll Cardiol* 2004; 44: E1-E211.
7. Topaz O. The enigma of optimal treatment for acute ventricular septal rupture. *Am J Cardiol* 2003; 92: 419-420.
8. Wos S. Choroba wieńcowa serca. Postępy w leczeniu chirurgicznym. Wydawnictwo Naukowe, Śląsk 2001; 281-299.
9. Heitmiller R, Jacobs ML, Daggett WM. Surgical management of postinfarction ventricular septal rupture. *Ann Thorac Surg* 1986; 41: 683-691.
10. Dziewierz A, Dudek D, Rakowski T, Wojdyła RM, Wirzbicki K, Kmita A, Dubiel JS, Sadowski J. Czy odroczenie zabiegu kardiochirurgicznego w przypadku zawału mięśnia sercowego powikłanego pęknięciem przegrody jest możliwe? *Kardiologia Polska* 2005; 63: 58-62.