



REDAKTOR DZIAŁU
dr n. med.
Magdalena
Zagrodzka

Przedstawiamy przypadek kobiety przyjętej do szpitala w celu diagnostyki choroby wieńcowej, a zarazem przykład dobrej współpracy między kardiologami i radiologami z Gdyni. Dzięki dobrej komunikacji między kolegami i wymianie doświadczeń, kardiolodzy mogą wspierać się w rutynowej praktyce klinicznej zarówno doświadczeniem radiologów, jak i dostępnym w Gdyni 32-rzędowym tomografem z opcją bramkowania EKG spełniającym wszystkie wymagania techniczne do badania serca.

Jednocześnie chciałabym zaprosić do przeczytania w przyszłym numerze drugiej części artykułu, który ukazał się we wrześniowym numerze *Kardiologii po Dyplomie* – „Koronarografia TK nie uwidacznia wyłącznie tętnic wieńcowych”. Problematyka poruszona przez mnie w pierwszej części artykułu wydaje się obecnie wybitnie ważką, a dostępne wytyczne są przestarzałe i nie wyczerpują tematu szkoleń i odpowiedzialności zawodowej zgodnie z tym, co dzieje się w roku 2009 w wielu ośrodkach. W drugiej części artykułu podzielę się z Państwem swoim doświadczeniem koleżdy z innych ośrodków europejskich i amerykańskich, jak również podyskutujemy na temat prawa, które dotyczy obrazowania serca w innych miejscach na świecie. Serdecznie i ciepło pozdrawiam.

Magdalena Zagrodzka

Diagnostyka przetok między lewą i prawą tętnicą wieńcową a pniem płucnym

Adam Zapaśnik,¹ Piotr Kurek,² Magdalena Zagrodzka

¹ Pracownia Diagnostyki Obrazowej,
Szpital Miejski w Gdyni

² Oddział Kardiologii Szpital Specjalistyczny
w Kościerzynie

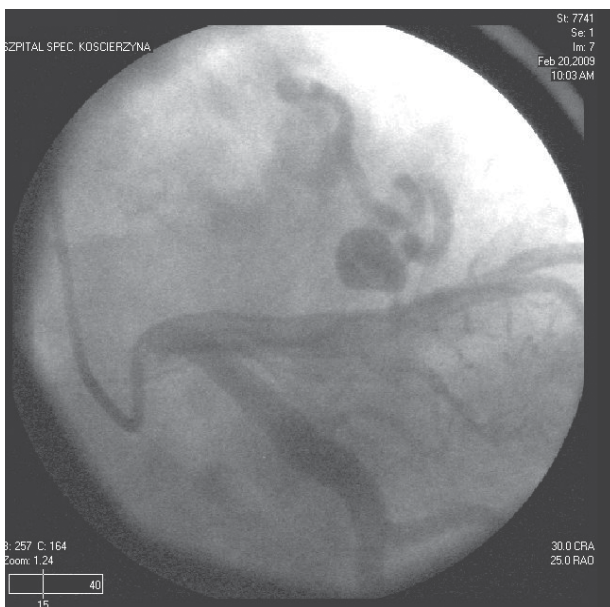
Adres do korespondencji
m.zagrodzka@gmail.com

Opis przypadku

Chora lat 76 została przyjęta na Oddział Kardiologii Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie w trybie planowym w celu wykonania badania koronarograficznego z powodu pojawienia się przed tygodniem objawów klinicznych choroby wieńcowej w klasie II/III wg CCS.

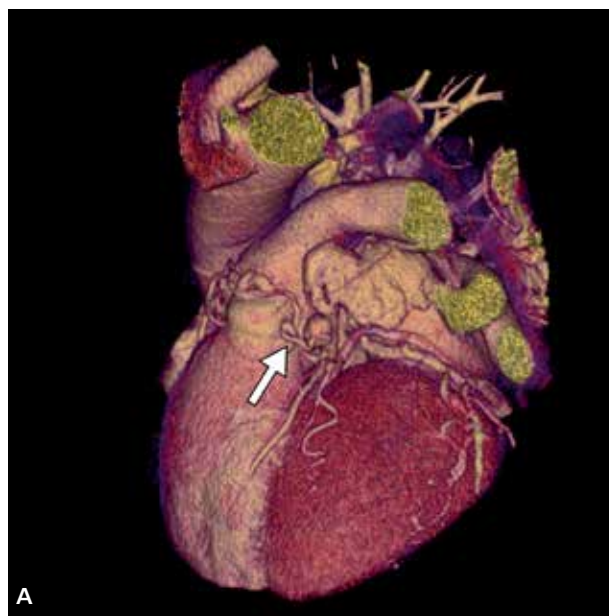
Z wywiadu wynikało, że chora była obciążona nadciśnieniem tętniczym (dobrze kontrolowanym farmakologicznie) oraz cukrzycą typu 2 (również dobrze wyrównaną leczeniem farmakologicznym). W wykonanych badaniach podstawowych stwierdzono:

- w rentgenie klatki piersiowej – pola płucne bez istotnych zmian oraz powiększoną w całości sylwetkę serca,
- w badaniu EKG – rytm zatokowy miarowy o częstości 70/min oraz RBBB, poza tym bez innych zmian,

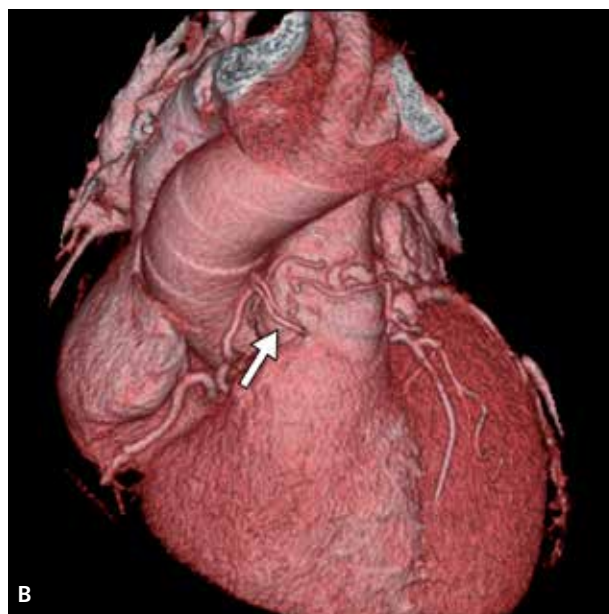


RYCINA 1

Koronarografia tętnic wieńcowych – widoczne nieprawidłowe połączenia GPZ i PTW z pniem płucnym.



A



B

RYCINA 2

Badanie metodą tomografii komputerowej – rekonstrukcja volume rendering. Widoczna przetoka łącząca gałąź przednią zstępującą i pień płucny (strzałka) (A) oraz przetoka łącząca prawą tętnicę wieńcową i pień płucny (strzałka) (B).

- w badaniu echokardiograficznym zwracała uwagę powiększona prawa komora (3,3 cm) bez cech nadciśnienia płucnego, wielkość pozostałych jam serca była prawidłowa, podobnie jak kurczliwość lewej komory.

Wykonane badanie koronarograficzne nie wykazało istotnych zwężeń w naczyniach wieńcowych, natomiast stwierdzono obecność naczyń łączących GPZ i PTW z pniem tętnicy płucnej (ryc. 1). Z tego powodu wykonano kolejne badania echokardiograficzne w celu pomiaru Qs:Qp – uzyskano wynik 1:1,8. W kolejnym etapie diagnostyki przed konsultacją kardiologiczną zaplanowano badanie angio TK naczyń wieńcowych.

W wykonanym badaniu angio TK uwidoczniiono:

- przetokę między gałęzią przednią zstępującą a pniem płucnym (ryc. 2A) z tętniakowatym poszerzeniem naczynia tuż za odejściem od GPZ (ryc. 3),
- przetokę między prawą tętnicą wieńcową a pniem płucnym (ryc. 2B),
- prawidłowy obraz tętnic wieńcowych,
- prawidłowy obraz jam serca.

Omówienie

Obraz kliniczny przetoki tętnicy wieńcowej zależy bezpośrednio od znaczenia hemodynamicznego przepływu w jej obrębie. Mimo że około połowa chorych nie ma żadnych istotnych objawów klinicznych i u zdecydowanej większości dorosłych rokuje dobrze, to w przypadku chorych z objawami klinicznymi może objawiać się kołata-

niem serca, uczuciem dyskomfortu w klatce piersiowej, niewydolnością serca, bólem w klatce piersiowej, zawałem mięśnia sercowego, męczliwością, zaburzeniami oddechowymi przy zmianie pozycji ciała, zaburzeniami rytmu, udarem mózgu, bakteryjnym zapaleniem wsierdzia czy incydentalnym ciągłym szmerem słyszalnym zwykle przy lewej krawędzi mostka i nad koniuszkiem. U większości starszych pacjentów występuje duszność, powiększenie lub upośledzenie czynności prawej komory serca, które są objawami stopniowego poszerzania się przetoki i powiększającego się przecieku z lewej na prawą stronę serca. Anomalie tętnic wieńcowych może komplikować niedokrwienie lub wręcz zawał mięśnia sercowego,



RYCINA 3

Badanie metodą tomografii komputerowej – warstwa poprzeczna na poziomie zastawki pnia płucnego. Widoczne tętniakowate poszerzenie przetoki łączącej GPZ i pień płucny (strzałka).

będące skutkiem podkradania krwi przez przetokę. Stosunkowo rzadko może dojść do pęknięcia przetoki.

Najczęstszym obrazem w badaniu angio TK jest nietypowe połączenie pomiędzy anatomicznie prawidłowymi naczyniami.

W różnicowaniu przetok tętnic wieńcowych należy uwzględnić:

- przetokę pourazową,
- przetokę jatrogenną,
- wrodzoną odmianę anatomiczną.

W ocenie zmian wrodzonych największe znaczenie ma dokładna analiza stosunków anatomicznych i topografia przylegających do siebie struktur, takich jak przedsionki, komory, tętnice wieńcowe i duże naczynia. Większość przetok tętnic wieńcowych wykrywana jest przypadkowo w czasie badań mających na celu wyjaśnienie podłoża swoistych lub nieswoistych objawów klinicznych związanych ze schorzeniami lub urazami serca. Oprócz przetok wrodzonych możemy mieć do czynienia z przetokami pourazowymi (rany kłute, wypadki komunikacyjne) czy jatrogennymi (implantacja elektrod stymulujących, biopsja, koronarografia). Przetoki zwykle wychodzą z prawej tętnicy wieńcowej, mogą (lecz nie muszą) współistnieć z innymi wadami wrodzonymi serca i nie zależą od płci i wieku. Droga odpływu i hemodynamiczne znaczenie przetoki zależy od punktu wyjścia, rozmiarów przetoki i jej oporu hemodynamicznego oraz jamy końcowej [1-3].

Opisywana pacjentka została zakwalifikowana do leczenia zachowawczego i dalszej obserwacji. Oczekuje na konsultację kardiologiczną. Będziemy wdzięczni za informację dotyczącą Państwa doświadczeń związanych z takim rodzajem anomalii naczyniowej. Być może macie Państwo takich pacjentów w dłuższej obserwacji? Dzięki takiej informacji wszyscy poszerzymy swoją wiedzę, co ułatwi na pewno wielu osobom podjęcie decyzji dotyczącej postępowania u takich chorych.

Piśmiennictwo

1. Hayrettin Sağlam, Cevdet Uur Koçoulları, et al.: Congenital coronary artery fistula as a cause of angina pectoris Arch Turk Soc Cardiol 2008, 36 (8): 552-554.
2. Doelder MS, Hillers JA: Combination of imaging modalities in a coronary artery fistula Netherlands Heart Journal 2008,16 (9): 313-314.
3. Early SA, Meany TB, Fenlon HM, et al.: Coronary artery fistula; coronary computed topography – The diagnostic modality of choice. J Cardiothorac Surg 2008, 3: 41.