

Niedrożność obu tętnic szyjnych wewnętrznych u pacjentki z zawałem ściany dolnej i bocznej

Eulalia Welk, Agnieszka Kapton-Cieślicka

Adres:

I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

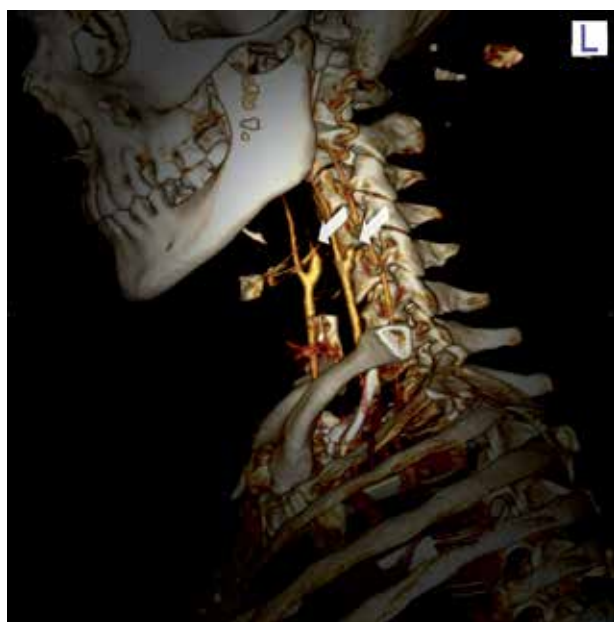
Adres do korespondencji:

I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa

Prezentujemy Państwu przypadek młodej kobiety, leczonej w I Katedrze i Klinice Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, która przyjęta została do naszego ośrodka w ramach 24-godzinnej dyżuru hemodynamicznego.

Czterdziestotrzyletnia pacjentka przyjęta została do kliniki z powodu bólu dławicowego, trwającego 3 godziny. Zapis elektrokardiograficzny przedstawiał obraz zawału ściany dolno-bocznej z uniesieniem odcinka ST. Transport trwał około 30 minut.

W wywiadzie kobieta podawała dolegliwości dławicowe typu angina crescendo od 3 dni, ponadto nieleczone nadciśnienie tętnicze rozpoznane 3 lata temu, zaburzenia gospodarki lipidowej stwierdzone od 15 lat (hipercholesterolemia rzędu 300 mg/dl), leczone nieregularnie simwastatyną, stan po strumektomii z powodu guzka zimnego tarczycy, nikotynizm (20 papierosów na dobę przez około 20 lat), obciążony wywiad rodzinny w kierunku chorób serca (ojciec przeżył zawał w 61 roku życia, dziadek zmarł na zawał serca w 38 roku życia).



RYCINA 1



RYCINA 2

W wykonanej w trybie pilnym koronarografii stwierdzono ostrą niedrożność gałęzi okalającej i 75% zwężenie prawej tętnicy wieńcowej. Jednocześnie wykonano angioplastykę gałęzi okalającej z implantacją stentu, w osłonie abciximabu z dobrym efektem.

Z uwagi na wywiad chorobowy i rodzinny wdrożono intensywną kontrolę czynników ryzyka – nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii. Włączono do leczenia: kwas acetylosalicylowy w dawce 75 mg na dobę, kłopidogrel 75 mg/24 h, bisoprolol 5 mg/24 h, ramipril 10 mg/24 h, atorwastatynę 40 mg/24 h oraz ezetimib w dawce 10 mg na dobę.

W 6 dobie po zabiegu, przy porannym ciśnieniu tętniczym 100/60 mm Hg, pacjentka zaczęła uskarżać się na zawroty głowy, zaburzenia widzenia w oku lewym w części nosowo-dolnej i nosowo-górnej, drętwienia prawej kończyny górnej. Stwierdzano również afazję ruchową. Powyższe objawy wystąpiły trzykrotnie w trakcie hospitalizacji, trwały około 30 minut i ustępowały samoistnie. Zmniejszono intensywność leczenia hipotensyjnego. W wykonanej tomografii komputerowej głowy nie stwierdzono zmian ogniskowych.

Konsultujący neurolog rozpoznał epizody przemijających zaburzeń krążenia mózgowego (TIA). W związku

z tym wykonano badanie ultrasonograficzne tętnic szyjnych metodą Dopplera, w którym wysunięto podejrzenie niedrożności tętnic szyjnych wewnętrznych.

Wykonano badanie angio TK, w którym stwierdzono prawidłowe tętnice szyjne wspólne i kręgowo, po obu stronach niewidoczne tętnice szyjne wewnętrzne (kikuty tętnic o dł. 9-12 mm) (ryc. 1, 2), tętnice koła Willisa wypełniające się z tętnicy podstawnej, widoczne wsteczne zakontrastowanie obu tętnic szyjnych do poziomu brzozy tętnicy szyjnej, w kanałach obie tętnice bez przepływu krwi cieniującej.

Zmodyfikowano farmakoterapię – odstawiono ramipril, zredukowano dawkę bisoprololu do 2,5 mg/24 h, zwiększono dawkę kłopidogrelu do 150 mg/24 h, zwiększono dawkę atorwastatyny do 80 mg/24 h, pozostałe leczenie bez zmian. Objawy TIA nie nawracały w kilkutygodniowej obserwacji. Zaplanowano także dalszą hospitalizację w celu planowej angioplastyki zmiany w prawej tętnicy wieńcowej.

Jakie postępowanie wdrożyć w obliczu niedrożności obu tętnic szyjnych wewnętrznych u młodej, 43-letniej pacjentki? Jakiej decyzji spodziewamy się w konsultacji chirurga naczyniowego?



Komentarz

*prof. dr hab. n. med. Piotr Andziak
Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej,
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie*

Bezobjawowa lub będąca przyczyną niewielkich objawów neurologicznych niedrożność obu tętnic szyjnych wewnętrznych zdarza się bardzo rzadko. Z punktu widzenia chirurga naczyniowego chora opisana nie wymaga leczenia operacyjnego ani wewnątrznaczyniowego. Niedrożność tętnicy szyjnej wewnętrznej jest jednym z głównych przeciwwskazań do operacji. Zakrzep tętnicy szyjnej wewnętrznej zwykle powstaje na blaszce miażdżycowej znajdującej się w jej początkowym odcinku i narasta aż do pierwszej dużej bocznicy, jaką jest tętnica oczna. Udrożnienie tętnicy szyjnej wewnętrznej można przeprowadzić tylko w jej odcinku szyjnym. Po usunięciu skrzepin i blaszek miażdżycowych z tego odcinka pozostała wewnątrzczaszkowa część tętnicy szyjnej wewnętrznej pozostaje niedrożna. Z tego względu operacja ta jest niecelowa, gdyż nie przywraca prawidłowego

przepływu krwi w mózgu. Zdarzają się wyjątkowe sytuacje, w których niedrożność tętnicy szyjnej wewnętrznej obejmuje jedynie jej krótki, początkowy odcinek. W takich przypadkach odcinek tętnicy szyjnej wewnętrznej położony powyżej niedrożności wypełnia się wstecznie od strony koła tętniczego Willisa. Jeśli taka sytuacja ma miejsce i jest udokumentowana w badaniach obrazowych, operacja jest uzasadniona, gdyż może przywrócić prawidłowe krążenie krwi w mózgu i jednocześnie usunąć źródło zatorów, jakim jest blaszka miażdżycowa.

W opisywanym przypadku nie ma wskazań do operacji tętnicy szyjnych wewnętrznych z przyczyn przedstawionych powyżej. Konieczne jest natomiast długotrwałe podawanie leków przeciwplatekcyjnych oraz statyn.



Komentarz

*prof. dr hab. n. med. Maciej Skórski
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*

Niedrożność tętnicy szyjnej wewnętrznej stanowi przeciwwskazanie do jej chirurgicznego udrożnienia. Dotyczy to również chorych, u których stwierdzono niedrożność obustronną, więc również opisanej przez autorki chorej, nie kwalifikowałbym do operacji. W opisywanym przypadku zwracają uwagę dość skąpe objawy kliniczne. W światowym piśmiennictwie jest niewiele doniesień dotyczących ostrej obustronnej niedrożności tętnic szyjnych. Podkreśla się jednak złożoność obrazu klinicznego od przemijających epizodów niedokrwienia (TIA) do ciężkiego udaru mózgu kończącego się na ogół zgonem. U pacjentki wystąpiły jedynie objawy przejściowego niedokrwienia mózgu podczas opisywanej hospitalizacji i, jak rozumiem, tego typu epizodów nie było w przeszłości. Dyskretny obraz kliniczny może świadczyć o przewlekłym charakterze choroby, co skutkowało dobrą kompensacją krążenia mózgowego przez koło podstawne mózgu. Obecne czynniki ryzyka mogą potwierdzać możliwość zaistnienia takiej sytuacji. Wykonane badanie angio TK wykazało izolowaną niedrożność obu tętnic szyjnych wewnętrznych w segmentach przedczaszkowych. Załączone ryciny nie pokazują jednak tętnic doprowadzających krew do mózgu w ich bliższych odcinkach ani samego łuku aorty. Badanie to nie rozstrzyga, moim zdaniem, zagadnienia etiologii choroby. Biorąc pod uwagę młody wiek, płeć i prawdopodobny przewlekły charakter schorzenia proponuję wykonanie klasycznej arteriografii łuku aorty w celu wykluczenia zapalenia dużych tętnic, jak np. w chorobie Takayasu. Zasadna wydaje się też ocena morfologii tę-

nic nerkowych (badanie duplex scan) oraz stanu ukrwienia kończyn dolnych.

Konsultacja chirurga naczyniowego, moim zdaniem, była zasadna bezpośrednio po stwierdzeniu niedrożności tętnic szyjnych. Myślę, że wniosek byłby podobny do opinii wyrażonej na wstępie. Zespół leczący miał podobne zdanie i chorą zakwalifikowano do przewlekłego leczenia zachowawczego. Zaproponowane postępowanie farmakologiczne jest uzasadnione i w pełni zgodne z obowiązującymi standardami. Z uwagi na niejasny moment wystąpienia niedrożności (jednoczesnej czy też raczej następującej jedna po drugiej?) tętnic szyjnych proponowanie dotętniczego leczenia trombolitycznego, według mnie, było również bezzasadne. Ma ono jedynie sens w pierwszych 3-4 godzinach po zamknięciu tętnicy.

W kierowanej obecnie przeze mnie klinice, w której wykonujemy ponad 120 endarterektomii tętnic szyjnych rocznie doraźne udrożnienie tętnicy szyjnej wewnętrznej wykonywano kilkakrotnie jedynie w przypadkach, w których doszło do zakrzepnięcia udrażnianej tętnicy bezpośrednio po operacji (lub niekiedy w jej trakcie) – najczęściej na skutek błędu technicznego, który wymagał naprawy podczas reoperacji. Z obowiązku komentatora muszę zaznaczyć, że proponowane w latach 70. i 80. ubiegłego stulecia operacje pomostowania tętnic przedczaszkowych z tętnicą szyjną wewnętrzną w odcinku wewnątrzczaszkowym w podobnych przypadkach z uwagi na mało zachęcające wyniki zostały praktycznie zaniechane.

Post scriptum

Opisywana chora została skonsultowana przez chirurga naczyniowego, który nie zakwalifikował jej do leczenia operacyjnego, zalecił utrzymanie leczenia przeciwplatekowego, leczenie hiperlipidemii oraz utrzymanie ciśnienia skurczowego powyżej 140 mm Hg. Kobieta wypisano do domu z zaleceniami: konsultacji i dal-

szego leczenia zaburzeń lipidowych w Instytucie Żywności i Żywienia (konieczna ocena wskazań do skojarzonej terapii hipolipemizującej po kilku tygodniach monoterapii atorwastatyną), a także okresowej kontroli neurologicznej (co pół roku USG tętnic szyjnych metodą Dopplera).