

Krytyczne zwężenie lewej tętnicy podobojczykowej przyczyną dolegliwości związanych z wadą aortalną

Severe stenosis of left subclavian artery — the reason of symptoms associated with aortic valve disease

Przemysław Trzeciak¹, Jacek Piegza¹ i Marcin Świerad²

¹III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii Śląskiej Akademii Medycznej,
Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze

²I Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii Śląskiej Akademii Medycznej,
Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze

Abstract

The case of a 64-year-old man with aortic valve disease diagnosed a few years earlier is presented in the paper. Five months before hospitalization the patient started to suffer from dizziness and balance disturbances that were associated with valve disease. Due to the difference of blood pressure found in upper limbs (30–40 mm Hg) the left subclavian artery angiography was also made at the time of coronary angiography. Severe stenosis in the proximal segment of the left subclavian artery was diagnosed. Ballon angioplasty with stenting was performed with successful angiographic result, the equalization of blood pressure values on upper limbs, and symptoms withdrawal. In the follow-up period, after aortic valve replacement, patient remains without complaints, with equalized blood pressure values. (Folia Cardiol. 2004; 11: 607–610)

left subclavian artery, angiography, angioplasty

Wstęp

W pracy przedstawiono przypadek chorego z rozpoznaną niedomykalnością zastawki aortalnej, u którego zawroty głowy i zaburzenia równowagi nie były związane z wadą, lecz z obecnością krytycznego zwężenia w lewej tętnicy podobojczykowej i występowaniem zespołu podkradania z lewej tętnicy kręgosłupowej.

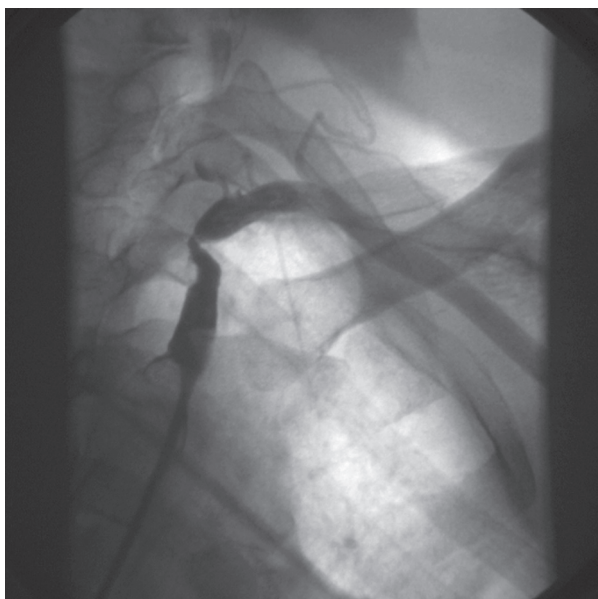
Opis przypadku

Chorego w wieku 64 lat, z wieloletnim nadciśnieniem tętniczym, z istotną niedomykalnością zastawki aortalnej, po przebytym zawale serca ściany dolno-bocznej w 1997 r., po zabiegu angioplastyki w obrębie gałęzi okalającej i prawej tętnicy wieńcowej w 1998 r. i ponownym zabiegu angioplastyki w zakresie gałęzi okalającej w 2000 r. przyjęto do III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii Śląskiej Akademii Medycznej, Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze w celu kwalifikacji do zabiegu kardiologicznego leczenia wady. Od kilku lat u pacjenta stwierdzano w badaniu fizykalnym różnicę wartości ciśnienia tętniczego o 30–40 mm Hg na prawej i lewej kończynie górnej. Dodatkowo od około 5 miesięcy u chorego zaczęły okresowo pojawiać się zawroty głowy i zaburzenia równowagi.

Adres do korespondencji: Dr med. Przemysław Trzeciak
III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii Śl. AM
Śląskie Centrum Chorób Serca
ul. Szpitalna 2, 41–800 Zabrze
tel. (0 32) 37 33 619, faks (0 32) 273 26 79
e-mail: przemyslaw.t@wp.pl
Nadesłano: 30.03.2004 r. Przyjęto do druku: 2.06.2004 r.

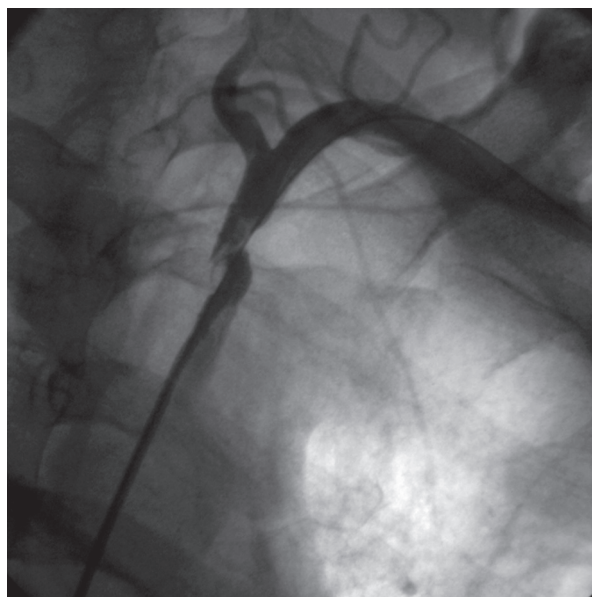
W trakcie hospitalizacji wartości ciśnień na prawej i lewej kończynie górnej wynosiły odpowiednio: 140/90 mm Hg i 100/70 mm Hg. Podczas pobytu w szpitalu pacjent otrzymywał: karwedilol $2 \times 3,125$ mg/d., trandolapril $1 \times 0,5$ mg/d., kwas acetylosalicylowy 1×150 mg/d., simwastatynę 1×10 mg/d. i lorazepam 1×1 mg/d. W badaniu USG tętnic szyjnych nie wykazano obecności istotnych zmian miażdżycowych, nie stwierdzono również zaburzeń przepływów w badaniu dopplerowskim. W badaniu echokardiograficznym potwierdzono obecność istotnej niedomykalności aortalnej przy zaburzonej funkcji rozkurczowej i obniżonej frakcji wyrzutowej lewej komory do 35%.

Przed planowaną kwalifikacją do zabiegu wymiany zastawki aortalnej u chorego wykonano koronarografię, w której nie stwierdzono obecności istotnych zmian w tętnicach wieńcowych. Aortografia uwidoczniła obecność fali zwrotnej do lewej komory (+ + +/+ + + +). Dodatkowo, ze względu na różnicę ciśnień na obu kończynach górnych, u pacjenta wykonano arteriografię lewej tętnicy podobojczykowej, w której wykazano obecność krytycznego przewężenia w początkowym odcinku naczynia, około 10 mm przed miejscem odejścia lewej tętnicy kręgowej (ryc. 1). Jednocześnie stwierdzono obecność zespołu podkradania pod postacią wstecznego przepływu krwi w lewej tętnicy kręgowej. Chorego zakwalifikowano do zabiegu przezskórnej angioplastyki zmiany w lewej tętnicy pod-



Rycina 1. Krytyczne koncentryczne zwężenie w początkowym odcinku tętnicy podobojczykowej. Projekcja RAO 30°

Figure 1. Severe concentric stenosis in the proximal segment of subclavian artery. Projection RAO 30°

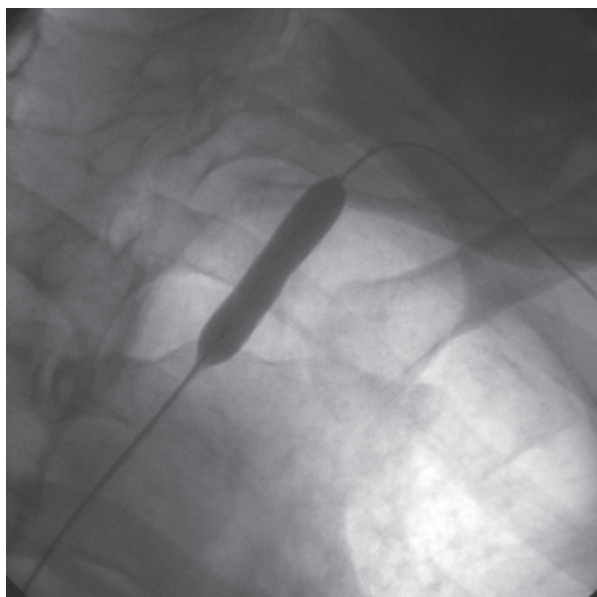


Rycina 2. Obraz angiograficzny po angioplastyce balonowej: zwężenie z obecnością miejscowej dyssekcji w miejscu uprzedniej krytycznej stenozы. Projekcja RAO 30°

Figure 2. Angiographic image after balloon angioplasty: stenosis with local dissection in the place of the former severe stenosis. Projection RAO 30°

obojczykowej. Po intubacji naczynia cewnikiem prowadzącym Judkins do prawej tętnicy wieńcowej o średnicy 7 F (firmy Cordis) i wprowadzeniu prowadnika do angioplastyki Storz Standard (firmy Cordis) wykonano zabieg angioplastyki z użyciem balonu Powerflex o wymiarach $7,0 \times 20,0$ mm (firmy Cordis), rozprężając go ciśnieniem 8 atmosfer. Po kontrolnym podaniu kontrastu stwierdzono obecność istotnego zwężenia w miejscu angioplastyki z obecnością miejscowej dyssekcji (ryc. 2). Wobec takiego obrazu angiograficznego choremu przy użyciu ciśnienia 10 atmosfer implantowano stent Corinthian o wymiarach $8,0 \times 22,0$ mm (firmy Cordis) (ryc. 3), uzyskując ostatecznie pełne poszerzenie naczynia z prawidłowym przepływem kontrastu w obrębie tętnicy podobojczykowej oraz odchodzącej powyżej tętnicy kręgowej (ryc. 4). W trakcie zabiegu podano 10 000 j. heparyny niefrakcjonowanej i 300 mg kłopidogrelu.

Podczas hospitalizacji obserwowano wyrównanie wartości ciśnień na obu kończynach górnych. Ustały zawroty głowy i zaburzenia równowagi. Chorego w 3. dobie po zabiegu wypisano do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z zaleceniem stosowania leków według schematu: karwedilol $1 \times 6,25$ mg/d., perindopril 1×4 mg/d., kwas acetylosalicylowy 1×150 mg/d., tiklopidyna 2×250 mg/d. (przez 8 tygodni), simwastatyna 1×10 mg/d.



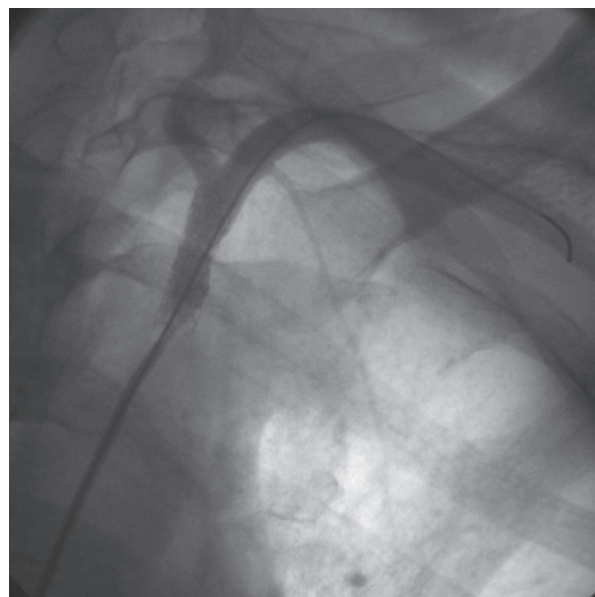
Rycina 3. Implantacja stentu. Projekcja RAO 30°

Figure 3. Stent implantation. Projection RAO 30°

Po 4 miesiącach w Katedrze i Oddziale Klinicznym Kardiochirurgii i Transplantologii Śląskiej Akademii Medycznej Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu choremu wszczepiono zastawkę mechaniczną ON-X 23 w pozycję aortalną. Pacjent pozostaje pod stałą kontrolą w Przyklinicznej Poradni Kardiologicznej. W okresie 7 miesięcy od momentu wykonania zabiegu angioplastyki chory nie skarży się na zawroty głowy ani zaburzenia równowagi. Na obu kończynach górnych stwierdza się jednakowe wartości ciśnienia tętniczego: 120/80 mm Hg.

Dyskusja

Pomiar ciśnienia tętniczego na obu kończynach górnych nierzadko jest pomijany przez lekarzy pierwszego kontaktu oraz specjalistów. Stwierdzenie istotnej (powyżej 10%) różnicy ciśnień na obu kończynach górnych bez towarzyszących ty-



Rycina 4. Efekt końcowy: pełne poszerzenie naczynia. Projekcja RAO 30°

Figure 4. Final angiographic result: Successful dilatation of artery. Projection RAO 30°

powych objawów niedokrwienia kończyny na ogół nie prowadzi do przeprowadzenia dokładniejszej diagnostyki. W opisanym przypadku zgłaszane przez chorego zawroty głowy i zaburzenia równowagi wiązano z rozpoznaną przed kilku laty wadą aortalną, a brak objawów chromania lewej kończyny górnej nie skierował uwagi lekarzy na fakt, że dolegliwości mogą mieć inną przyczynę. Dopiero po skutecznym zabiegu stentowania lewej tętnicy podobojczykowej zgłaszane objawy całkowicie ustąpiły.

Wniosek

Przedstawiony przypadek potwierdza, że nie wszystkie dolegliwości typowe dla wady aortalnej są zawsze z nią związane.

Streszczenie

W pracy przedstawiono przypadek 64-letniego chorego z rozpoznaną przed kilku laty wadą zastawki aortalnej. Pacjent skarżył się na dolegliwości pod postacią zawrotów głowy i zaburzeń równowagi, które pojawiły się przed 5 miesiącami i były kojarzone z obecnością wady. Ze względu na stwierdzaną na obu kończynach górnych różnicę ciśnień wynoszącą 30–40 mm Hg w trakcie koronarografii wykonano również angiografię lewej tętnicy podobojczykowej, uwiadczniając w jej początkowym odcinku krytyczne przewężenie. Wykonano skuteczny zabieg angioplastyki z implantacją stentu, uzyskując pełne poszerzenie naczynia, wyrównanie warto-

ści ciśnień na obu kończynach i ustąpienie obserwowanych wcześniej dolegliwości. W trakcie obserwacji odległej, po operacji wymiany zastawki, u chorego nie stwierdzono dolegliwości, a wartości są wyrównane. (Folia Cardiol. 2004; 11: 607–610)

lewa tętnica podobojczykowa, angiografia, angioplastyka