

Ciężkie zwężenie lewego ujścia tętniczego, choroba pnia lewej tętnicy wieńcowej a rak brodawkowaty tarczycy: dylematy terapeutyczne

Severe aortic stenosis disease, left main coronary artery and papillary thyroid cancer: therapeutic dilemmas

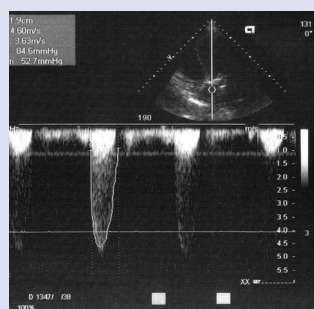
Iwona Kobielska-Gembala¹, Anna Piecuch¹, Witold Żmuda¹, Grzegorz Smolka², Bogusław Okopień¹

¹Klinika Chorób Wewnętrznych i Farmakologii Klinicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice-Ligota

²Klinika Ostkich Zespołów Wieńcowych, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice-Ochojec

Kobietę w wieku 72 lat, z nadciśnieniem tętniczym dotychczas niehospitalizowaną, przyjęto z powodu występującej od roku duszności wysiłkowej i spoczynkowej, z towarzyszącym zmniejszeniem tolerancji wysiłku, okresowo występującymi dolegliwościami stenokardialnymi, zawrotami głowy i kilkakrotnymi niepełnymi utratami przytomności. W badaniu przedmiotowym stwierdzono osłuchowo szmer skurczowy nad zastawką aortalną z mrukiem skurczowym nad tętnicami szyjnymi i szmerem holosystolicznym nad zastawką mitralną, bez cech zastojów nad polami płucnymi, a także obecność drobnego guzka prawego płata tarczycy. Wśród czynników ryzyka zanotowano wieloletnie nadciśnienie tętnicze i hipercholesterolemię. Ponadto wykryto znaczną nadczynność tarczycy: TSH 0,005 $\mu\text{g}/\text{ml}$, fT4 2,31 ng/dl, fT3 4,90 ng/dl, z podwyższonymi wartościami przeciwciał anti-TPO i TRAb. Klirens kreatyniny wg wzoru Ccrofta-Gaulta wynosił 74 ml/min. W EKG zarejestrowano cechy przerostu i przeciążenia lewej komory. W przekładowym badaniu echokardiograficznym zobrazowano ciężką stenozę zastawki aortalnej (V_{max} 4,0 m/s, PG_{max} 84 mm Hg, P_{mean} 56 mm Hg, LVOT 20 mm, płatki z ogromnymi kalcyfikacjami, pole planimetryczne zastawki aortalnej 0,6 cm^2) (ryc. 1), umiarkowaną niedomykalność zastawki mitralnej (E_{max} 0,8 m/s, A_{max} 0,3 m/s, LA_{area} 28 cm^2 , IM_{area} 11 cm^2 , V_{max} fali zwrotnej 4,0 m/s, płatki pogrubiałe z kalcyfikacją u podstawy) i łagodną niedomykalność zastawki trójdzielnej. Zmianom zastawkowym towarzyszył obraz znacznie powiększonego lewego przedsionka [LA 55 (20–40) mm, skrzepliny i materiału zatorowego nie stwierdzono] oraz powiększonej lewej komory [LVEDD 64 (36–59) mm, LVESD 46 (23–39) mm, IVS 14 (< 11) mm], z towarzyszącą upośledzoną kurczliwością ściany dolnej, przegrody międzyprzedsionkowej w segmencie przypodstawnym i ściany bocznej; LVEF — 45%. W trakcie hospitalizacji w USG tarczycy zobrazowano hipoechogeniczną zmianę ogniskową, ze zwapnieniami i typowym halo o średnicy 12 mm w obrębie płata prawego tarczycy (ryc. 2). Na podstawie badania cytologicznego (uzyskanego z biopsji cienkoigłowej) rozpoznano raka brodawkowego tarczycy.

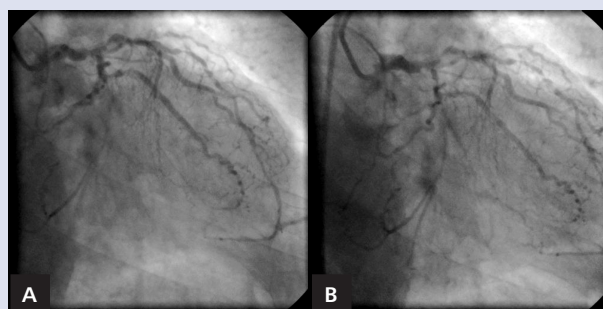
Pojawił się dylemat kolejności wykonania procedur medycznych. Po ustaleniu terminu przekazano pacjentkę na Oddział Ostkich Zespołów Wieńcowych w celu wstępnego zaopatrzenia kardiologicznego. Wykonano koronarografię, stwierdzając wielonaczyniową chorobę wieńcową z zajęciem pnia lewej tętnicy wieńcowej i ostium tętnicy przedniej zstępującej oraz krytyczne zmiany zawężające prawą tętnicę wieńcową i tętnicę okalającą (ryc. 3A, B). Pacjentkę skonsultowano kardiochirurgicznie i ze względu na nadczynność tarczycy oraz obecność raka złośliwego tarczycy podjęto decyzję o przeszczepieniu zastawki aortalnej i zabezpieczeniu pnia lewej tętnicy wieńcowej oraz ostium tętnicy przedniej zstępującej stentem metalowym wymagającym leczenia przeciwkrzepliwego przez 4 tygodnie. Wykonano zabieg bez powikłań, uzyskując zabezpieczenie naczyń wieńcowych i poszerzenie pierścienia aortalnego z P_{max} 36 mm Hg, P_{mean} 22 mm Hg, polem planimetrycznym zastawki aortalnej 1,2 cm^2 , co umożliwiło pełne leczenie chirurgiczne tarczycy. Po wyrównaniu endokrynologicznym pacjentkę zoperowano z pełnym sukcesem. W badaniach kontrolnych nie stwierdzono przerzutów odległych. Pacjentkę zakwalifikowano do kontrolnej koronarografii i oceny zastawki aortalnej w celu weryfikacji oraz oceny zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych i zwężenia zastawki aortalnej, a także ewentualnej kwalifikacji do zabiegu kardiochirurgicznego.



Rycina 1. Obraz echokardiograficzny ciężkiego zwężenia zastawki aortalnej



Rycina 2. Obraz ultrasonograficzny raka brodawkowego tarczycy



Rycina 3. A, B. Obraz koronarograficzny naczyń wieńcowych

Adres do korespondencji:

dr n. med. Iwona Kobielska-Gembala, Klinika Chorób Wewnętrznych i Farmakologii Klinicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny, ul. Medyków 14, 40–752 Katowice-Ligota, e-mail: iwonagembala@wp.pl

Konflikt interesów: nie zgłoszono