

Ενδιαφέρουσα Περίπτωση

Αμφοτερόπλευρη Στένωση Στομίων των Στεφανιαίων Αρτηριών σε Σύνδρομο Αορτίτιδας. Αναφορά περιστατικού

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΧΟΥΝΤΗΣ¹, ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΔΕΔΕΗΛΙΑΣ¹, ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΒΟΥΡΛΑΚΟΥ², ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΟΛΟΣ¹

¹ Καρδιοχειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, Αθήνα, Ελλάδα

² Παθολογοανατομικό Τμήμα, Νοσοκομείο Ευαγγελισμός Αθήνα, Ελλάδα

Λέξεις ευρετηρίου:
Αρτηρίτιδα, αορτίτιδα, στένωση στεφανιαίων αρτηριών, στόμα στεφανιαίων αρτηριών.

Η μεμονωμένη αμφοτερόπλευρη στομιακή στένωση των στεφανιαίων αρτηριών αποτελεί μια σπάνια οντότητα η οποία έχει περιγραφεί σε συνδυασμό με διάφορα νοσήματα. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός άνδρα 47 ετών με αμφοτερόπλευρη στένωση των στομίων των στελεχών των στεφανιαίων αρτηριών. Το ιστορικό του ασθενούς ήταν αρνητικό για συστηματικά νοσήματα. Το αορτικό τοίχωμα του ασθενούς είχε σημεία αορτίτιδος αγνώστου αιτιολογίας, πιθανότατα λόγω χρόνιας μυκωτικής εξεργασίας. Ο ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα εγχείρηση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης και είχε ανεπίπλεκη πορεία. Ο μετεγχειρητικός έλεγχος 2ετίας ήταν αρνητικός.

Ημερ. παραλαβής εργασίας:
 4 Ιουνίου 2008·
 Ημερ. αποδοχής:
 8 Νοεμβρίου 2008

Διεύθυνση
 Επικοινωνίας:
 Παναγιώτης Χουντής

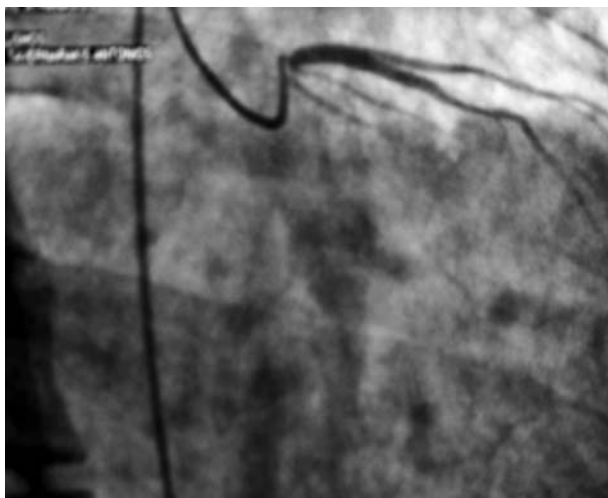
7 Hillcrest Avenue,
 07024
 Fort Lee, NJ
 e-mail:
panos_hountis@hotmail.com

Η μεμονωμένη αμφοτερόπλευρη στένωση των στομίων των στεφανιαίων αρτηριών σε συνδυασμό με φυσιολογικές στεφανιαίες αρτηρίες αποτελεί μια σπάνια αιτία μυοκαρδιακής ισχαιμίας που έχει περιγραφεί σποραδικά στην βιβλιογραφία. Η συμμετοχή των στεφανιαίων αρτηριών σε αορτίτιδα περιγράφηκε για πρώτη φορά από τους Foving and Logan το 1951.¹ Αν και ασυνήθης, αυτή η θέση προσβολής των στεφανιαίων έχει σημασία τόσο από πλευράς συμπτωμάτων όσο και από πλευράς πρόγνωσης της νόσου.

Περιγραφή περιστατικού

Ο ασθενής ήταν ένας 47χρονος ιατρός που διακομίστηκε με στηθαγχικά ενοχλήματα από 2ωρου. Δεν είχε κανέναν από τους συμβατικούς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο. Κατά την κλινική εξέταση είχε φυσιολογικούς ψηλαφητούς

σφυγμούς στα τέσσερα άκρα και η αρτηριακή πίεση στο αριστερό άνω άκρο ήταν 110/60mm/Hg. Κατά την αρχική εκτίμηση, η καρδιολογική εξέταση ήταν φυσιολογική παρά το γεγονός ότι ο ίδιος είχε έντονο προκάρδιο άλγος. Κατά την διακομιδή του είχε λάβει από μόνος του μία ταμπλέτα ασπιρίνης. Δεν υπήρχαν κλινικά σημεία νόσου του αορτικού τόξου. Το ΗΚΓ του σε ηρεμία ήταν αρνητικό. Το υπερηχοκαρδιογράφημα του έδειξε κλάσμα εξωθήσεως της αριστεράς κοιλίας 60% και φυσιολογική αορτική ρίζα και διάμετρο αορτής. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν αρνητικός όπως και η VDRL. Ο ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα στεφανιογραφία που έδειξε αμφοτερόπλευρη στένωση των στεφανιαίων αρτηριών της τάξεως 90-95%. (Σχήμα 1, Σχήμα 2) Το παράπλευρο δίκτυο δεν ήταν καλά σχηματισμένο. Σε αγγειογραφία των κλάδων της αορτής που έγινε παράλληλα όλες οι αρτηρίες του αορτι-



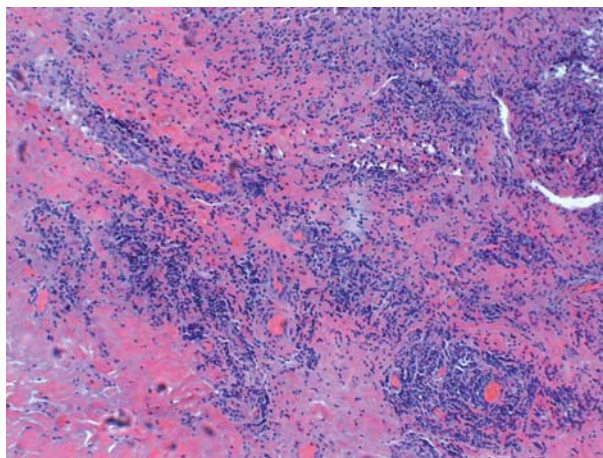
Σχήμα 1. Στεφανιογραφία που δείχνει στομακική στένωση της αριστερής στεφανιαίας περισσότερο από 90%.



Σχήμα 2. Στεφανιογραφία που δείχνει στομακική στένωση της δεξιάς στεφανιαίας περισσότερο από 90%.

κού τόξου και των λαγονίων ήταν φυσιολογικές. Ο ασθενής υπεβλήθη σε επείγουσα αορτοστεφανιαία παράκαμψη με εξωσωματική κυκλοφορία δύο ώρες μετά. Κατά την επέμβαση έγινε αναστόμωση της αριστεράς μαστικής στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο ενώ φλεβικά μοσχεύματα σαφηνούς αναστομώθηκαν σε κλάδο της περισπωμένης και στην δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ανεπίπλεκτος και ο ασθενής εξήλθε την 9η μετεγχειρητική ημέρα. Ο μετεγχειρητικός έλεγχος 2ετίας έδειξε πως ο ασθενής ήταν σε άριστη γενική κατάσταση, ελεύθερος καρδιακής νόσου και ασυμπτωματικός.

Η ιστολογική εξέταση του αορτικού τοιχώματος



Σχήμα 3. Αορτικό τοίχωμα με διάχυτη πυκνή χρόνια πλασματοκυτταρική φλεγμονή και ινώδεις μεταβολές.

έδειξε πυκνή, διάχυτη, χρόνια πλασματοκυτταρική φλεγμονή με περιοχές ίνωσης λόγω μη ειδικής αορτίτιδος, πιθανότατα λόγω χρόνιας μυκοτικής εξεργασίας. Η μικροβιολογική εξέταση του αορτικού τμήματος ήταν αρνητική (Σχήμα 3). Το περικάρδιο και το μυοκάρδιο δεν είχαν σημεία παλαιάς ή ενεργού φλεγμονής. Ο ασθενής υπεβλήθη σε διεξοδικό εργαστηριακό έλεγχο και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο για συστηματικά και λοιμώδη νοσήματα αλλά απέβη αρνητικός.

Συζήτηση

Η μεμονωμένη στένωση των στομίων των στεφανιαίων αρτηριών από μη ειδική αορτίτιδα είναι εξαιρετικά σπάνια και έχει συνδεθεί με αυξημένη θνησιμότητα. Η μη ειδική αορτίτιδα περιγράφηκε για πρώτη φορά από τους Savory and Kussmaul το 1856. Αν και οι περισσότερες περιπτώσεις μεμονωμένης στεφανιαίας στομακικής στένωσης θεωρούνται ως αθηρωσκληρωτικές², πρώιμες αναφορές έχουν συνδέσει αυτό τον τύπο στεφανιαίας νόσου με συγγενή νοσήματα³, σύφιλη⁴ και νοσήματα που προκαλούν αορτίτιδα κυρίως αρτηρίτιδα Takayasu.⁵ Η έκθεση σε ακτινοβολία είναι μια ακόμα αιτία που έχει συνδεθεί με στομακική στεφανιαία στένωση.⁶ Η στομακική στένωση των στεφανιαίων αρτηριών παραμένει ο πλέον συχνός τύπος συμμετοχής των στεφανιαίων αρτηριών σε αορτοαρτηρίτιδα. Ανεξάρτητα από την αιτιολογία, η αορτίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε φλεγμονώδη αντίδραση της αορτής ή των κλάδων αυτής. Η φλεγμονώδης διαδικασία που συμβαίνει σε απάντηση στην τοιχωματική αλλοίωση μπορεί τελικά να οδηγήσει σε μια από δύο πιθανές μορφολογι-

κές μεταβολές των προσβεβλημένων αγγείων: (1) στένωση ή απόφραξη από έντονη ίνωση και (2) διάταση ή σχηματισμό ανευρύσματος από διαταραχή της αρχιτεκτονικής του αορτικού τοιχώματος. Όλες οι μορφές αρτηρίτιδας είναι ικανές να προκαλέσουν διάταση ή σχηματισμό ανευρύσματος αλλά μόνο η αρτηρίτιδα Takayasu μπορεί να προκαλέσει στένωση ή απόφραξη της αορτής και των κλάδων της, με την σπάνια εξαίρεση της στενωτικής αρτηρίτιδας που μερικές φορές ακολουθεί την θεραπεία με ακτινοβολίες κατά την παιδική ηλικία. Κλινικά συμπτώματα εμφανίζονται ανάλογα με την έκταση και την εντόπιση της αγγειακής νόσου. Στενωτικές ή αποφρακτικές βλάβες μπορούν να οδηγήσουν σε ισχαιμία περιφερικότερα.⁷

Μια μορφή χρόνιας φλεγμονώδους διήθησης στην οποία λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα υπερισχύουν είναι χαρακτηριστική της χρόνιας περιαορτίτιδας. Αν και η περιαορτίτιδα συνδέεται συχνότερα με φλεγμονώδη ανευρύσματα, άλλες αιτίες όπως φυματώση, μη ειδική αορτίτιδα, νόσος Takayasu και νόσος Kawasaki έχουν περιγραφεί επίσης.

Η συμμετοχή των στεφανιαίων αρτηριών σε αρτηρίτιδα Takayasu περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1951. Η χειρουργική θεραπεία της στεφανιαίας νόσου δεν έχει συνδεθεί με καλή πρόγνωση στις περιπτώσεις αυτές διότι η αρτηριακή φλεγμονή είναι επίμονη σε πάνω από 40% των περιπτώσεων.⁸ Κατά την ίδια στιγμή η ενδαρτηρικομή και η εφαρμογή stent δεν έχουν δώσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα.⁹ Μελέτες σε σειρές έχουν δώσει νοσοκομειακή θνητότητα μεταξύ 7,9 και 8,7%.¹⁰ Ο Kang WC ανέφερε επιτυχή αντιμετώπιση στένωσης στελέχους αριστεράς στεφανιαίας αρτηρίας με αγγειοπλαστική και stenting με επικαλυμμένο stent. Στον δικό μας ασθενή δεν είχαμε άλλη επιλογή από την εκτέλεση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης. Ο περιορισμός της νόσου στα στεφανιαία στόμια χωρίς περιφερικότερες αλλοιώσεις είναι η ασυνήθης και σημαντική διαφοροποίηση του περιστατικού αυτού. Ο συνδυασμός αυτός είναι σπάνιος και σε έρευνα της σχετικής βι-

βλιογραφίας εντοπίστηκαν περίπου 20 τέτοια περιστατικά.¹¹ Είναι αξιοσημείωτο ότι δεν υπήρχε συμμετοχή κανενός άλλου αορτικού ή αρτηριακού κλάδου στην εκδήλωση της νόσου. Σε αυτούς τους ασθενείς παρά το γεγονός πως έχει προταθεί η διενέργεια αγγειοπλαστικής στο στόμιο με τοποθέτηση εμβολώματος (patch angioplasty), δεν υπάρχουν ενδείξεις πως αυτή η επέμβαση αυτή έχει καλύτερα μακροχρόνια αποτελέσματα στην επιβίωση, ίσως και λόγω της σπανιότητας της νόσου και της σποραδικής εμφάνισης της στην βιβλιογραφία.¹⁰

Βιβλιογραφία

1. Lanjewar C, Kerkar P, Vaideeswar P, Pandit S. Isolated bilateral coronary ostial stenosis—an uncommon presentation of aortoarteritis. *Int J Cardiol.* 2007 Jan 18; 114: e126-128.
2. Eng J, Beton DC, Lawson RA, Moussalli H, Nair UR, Rahman AN. Coronary ostial stenosis: surgical considerations. *Int J Cardiol.* 1991 Mar; 30: 285-288.
3. Ogden JA. Congenital anomalies of the coronary arteries. *Am J Cardiol.* 1970 Apr; 25: 474-479.
4. Frater RW, Jordan A. Syphilitic coronary ostial sclerosis. *Ann Thorac Surg.* 1968 Nov; 6: 463-468.
5. Chun PK, Jones R, Robinowitz M, Davia JE, Lawrence PJ. Coronary ostial stenosis in Takayasu's arteritis. *Chest.* 1980 Aug; 78: 330-331.
6. Deloche A, Bellin J, Henriet J, Carpentier A. Post-irradiation coronary ostial stenosis treated by bilateral ostial endarterectomy. *Presse Med.* 1987 May 2; 16: 780-781.
7. Duncan M., Cooley D. Surgical Considerations in Aortitis with Special Emphasis on Takayasu's Arteritis. *Tex Heart Inst J.* 1983 September; 10: 233-247.
8. Ureten K, Oztürk MA, Onat AM, Oztürk MH, Ozbalkan Z, Güvener M, Kiraz S, Ertenli I, Calgüneri M. Takayasu's arteritis: results of a university hospital of 45 patients in Turkey. *Int J Cardiol Aug;* 2004 96: 259-264.
9. I.S. Malik and O. Harare, Takayasu's arteritis, management of left main stenosis, *Heart* 2003 Mar 89: 9.
10. W.C. Kang, S.H. Han, T.H. Ahn and E.K. Shin. Successful management of left main coronary artery stenosis with a paclitaxel-eluting stent in Takayasu's arteritis, *Int J Cardiol Mar* 2006; 108: 120-123.
11. Bortolotti U, Milano A, Balbarini A, Tartarini G, Levantino M, Borzoni G, Magagnini E, Mariani M. Surgical angioplasty for isolated coronary ostial stenosis. *Tex Heart Inst J.* 1997; 24: 366-371.