

Καρδιακή Απεικόνιση

Γιγαντιαίο Ανεύρυσμα Αριστερής Κοιλίας και Μεσοκοιλιακή Επικοινωνία, μετά από Σιωπηρό Έμφραγμα Μυοκαρδίου

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΖΟΠΟΥΛΟΣ,¹ ΜΑΡΙΑ-MANNS ΚΑΝΤΑΡΤΖΗ,² ΜΙΧΑΗΛΗΣ ΚΑΝΤΑΡΤΖΗΣ¹

¹ Καρδιοχειρουργική Κλινική, «Ιατρικό Κέντρο Αθηνών», Αθήνα.

² Αναισθησιολογικό Τμήμα, «Ιατρικό Κέντρο Αθηνών», Αθήνα.

Λέξεις ευρετηρίου:
**Ανεύρυσμα
αριστερής κοιλίας,
μεσοκοιλιακή
επικοινωνία,
σιωπηρό έμφραγμα.**

Ημερ. παραλαβής
εργασίας:
17 Νοεμβρίου 2008·
Ημερ. αποδοχής:
10 Δεκεμβρίου 2008

Διεύθυνση
Επικοινωνίας:
Γεώργιος Λαζόπουλος

Ελληνικού Στρατού 24
152 37 Αθήνα
e-mail:
lazopoulosg@ath.forth-net.gr

Tο ανεύρυσμα της αριστερής κοιλίας περιγράφηκε αρχικά το 1757 από τον John Hunter.¹ Ο Cooley και συνεργάτες αναφέρουν την πρώτη εκτομή ανευρύσματος υπό εξωσωματική κυκλοφορία το 1958.² Έκτοτε πολλοί χειρουργοί δοκίμασαν διάφορες μεθόδους αποκατάστασης ανευρυσμάτων, σε μια προσπάθεια να βελτιώσουν τη λειτουργία της αριστερής κοιλίας, να επιτύχουν μακρόχρονη επιβίωση και να ανακουφίσουν τον ασθενή.

Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την περιεγχειρητική καθώς και την μακρόχρονη επιβίωση είναι η υπολειπόμενη λειτουργία της αριστερής κοιλίας, που αντικατοπτρίζεται στο βαθμό συσταλτικότητας των μη ανευρυσματικών τμημάτων της.³⁻⁵

Άνδρας 50 ετών, μη διαβητικός, βαρύς καπνιστής, προσήλθε στην κλινική μας με αναφερόμενη δύσπνοια από διμήνου, ορθόπνοια καθώς και παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια. Στο ιστορικό του δεν αναφέρθηκαν τυπικά ισχαιμικά καρδιακά επεισόδια στο παρελθόν.

Κατά την εισαγωγή του ο ασθενής παρουσίαζε κλινικά σημεία συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, σημαντικά αυξημένο καρδιοθωρακικό δείκτη στην απλή ακτινογραφία θώρακος καθώς και αγγειακή συμφόρηση.

Η καρδιακή εξέταση ανέδειξε ένα έντονο συστολικό φύσημα (4/6) με κύρια

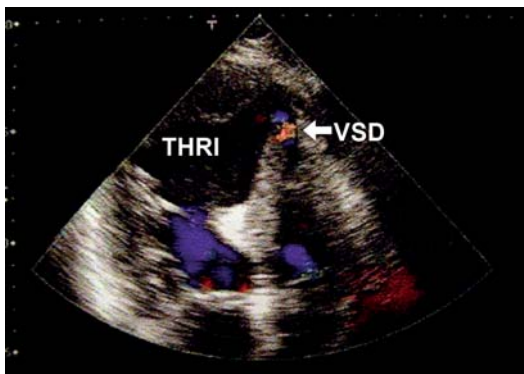
εντόπιση στην κορυφή. Στο διαθωρακικό ηχοκαρδιογράφημα εντοπίστηκε ένα ευμεγέθες αληθές ανεύρυσμα της αριστερής κοιλίας, με μία μεγάλη μεσοκοιλιακή επικοινωνία καθώς και μία μη ομοιογενής πυκνότητα σαφώς διαχωριζόμενη από το κοιλιακό τοίχωμα, η οποία αντιστοιχούσε πιθανότατα σε θρόμβο που καταλάμβανε περίπου το 1/3 του ανευρυσματικού σάκου (Εικόνες 1 και 2). Το κλάσμα εξωθήσεως υπολογίστηκε στο 25-30%, με ικανοποιητική κινητικότητα των βασικών τμημάτων. Ο καρδιακός καθετηριασμός επιβεβαίωσε την παρουσία του ανευρύσματος και ανέδειξε μία εγγύς απόφραξη του προσθίου κατιόντα κλάδου καθώς και σημαντικές στενώσεις στον ενδιάμεσο κλάδο, στη δεξιά στεφανιαία αρτηρία και στον οπίσθιο κατιόντα κλάδο.

Ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο επειγόντως λόγω αιμοδυναμικής αστάθειας.

Για την προσπέλαση έγινε μέση στεροτομική και ο ασθενής τοποθετήθηκε σε εξωσωματική κυκλοφορία με κανουλάρισμα της ανιούσης αορτής, καθώς και της άνω και κάτω κοιλίας φλέβας για φλεβική επιστροφή. Η θερμοκρασία του ασθενούς μειώθηκε στους 27° C και η καρδιά ινιδίστηκε ηλεκτρικά ούτως ώστε να αποφευχθεί η κινητοποίηση θρόμβων και συνεπώς εμβολικών επεισοδίων κατά τους χειρισμούς. Με κλειστή την αορτή χορηγήθηκε κρύα (4° C) κρυσταλλική καρδιοπληγία (Custodiol). Η τεχνική αυτή επέφερε αναίμακτο χειρουργι-



Εικόνα 1. Παραστερνική ηχοκαρδιογραφική τομή κατά τον επιμήκη άξονα της αριστερής κοιλίας, που δείχνει το ευμεγέθες ανεύρυσμα.



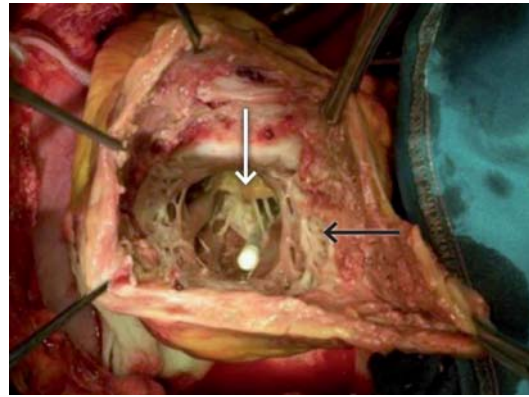
Εικόνα 2. Η μεσοκοιλιακή επικοινωνία (VSD) και ο ενδοκοιλιακός θρόμβος (THR) στο έγχρωμο Doppler.

κό πεδίο. Ο ανευρυσματικός σάκος (10x8cm) διανοίχθηκε, ο θρόμβος αφαιρέθηκε και αναγνωρίστηκε το όριο μεταξύ ισχαιμικού και υγιούς μυοκαρδίου, όπως δείχνουν οι εικόνες 3 και 4. Διενεργήθηκε ενδοκοιλιακή κυκλοτερής πλαστική (Endoventricular circular plasty, Επέμβαση κατά Dor) και σύγκλιση της μεσοκοιλιακής επικοινωνίας με μεμονωμένα ράμματα. Ακολούθησε αορτοστεφανιαία παράκαμψη της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας, του οπισθίου κατιόντα κλάδου και του ενδιάμεσου κλάδου, με χρήση δύο φλεβικών μοσχευμάτων.

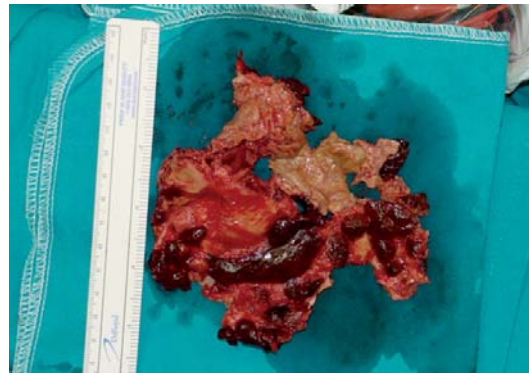
Ο ασθενής ανέχθηκε την επέμβαση πολύ καλά και απογαλακτίστηκε από την εξωσωματική κυκλοφορία με ελάχιστη ινóτροπη υποστήριξη. Πήρε εξιτήριο την 9η μετεγχειρητική ημέρα. Η εικόνα 5 δείχνει μία ηχοκαρδιογραφική λήψη την 7η μετεγχειρητική ημέρα.

Βιβλιογραφία

- Hunter J. An account of the dissection of morbid bodies. Manuscript copy in the Library of the Royal College of Surgeons of England. 1757; 32: 30-32.
- Cooley DA, Collins HA, Morris GC, Chapman DW. Ventricular aneurysm after myocardial infarction. Surgical excision with the use of temporary bypass. JAMA 1958; 167: 557-60.
- Antunes PE, Silva R, Ferrao de Oliveira J, Antunes MJ. Left ventricular aneurysms: early and long term results of two types of repair. Eur J Cardiothorac Surg 2005; 27:210-215.
- Sartipy U, Albage A, Lindblom D. The Dor procedure for left ventricular reconstruction. Ten-year clinical experience. Eur J Cardiothorac Surg 2005; 27: 1005-1010.
- Battaloglu B, Erdil N, Nisanoglu V. Left ventricular aneurysmal repair within 30 days after acute myocardial infarction. Tex Heart Inst J 2007; 34: 154-159.



Εικόνα 3. Διεγχειρητική εικόνα. Ο ανευρυσματικός σάκος έχει διανοιχθεί. Το μαύρο βέλος δείχνει το όριο μεταξύ υγιούς μυοκαρδίου και ινώδους λεπτισμένου ανευρυσματικού τοιχώματος. Το λευκό βέλος δείχνει την πρόσθια γλωχίνα της μιτροειδούς βαλβίδας.



Εικόνα 4. Εκτεταμένος ενδοκαρδιακός θρόμβος που αφαιρέθηκε.



Εικόνα 5. Ηχοκαρδιογραφική λήψη κατά την 7η μετεγχειρητική ημέρα, που δείχνει την υπολειπόμενη αριστερή κοιλία.