

IMAGINI ÎN CARDIOLOGIE

Anevrism trombozat de aortă descendentă toracică

V. Molfea¹, C. Călin^{1,2}, Andreea Călin^{1,2}, Ioana Lupescu^{2,3}, Claudia Folescu¹, Carmen Ginghină^{1,2}

Articol primit la data 27 noiembrie 2011. Articol acceptat la data 05 ianuarie 2012

Anevrismul este definit ca o dilatare localizată a unui vas cu >50% din diametrul normal al acestuia, incluzând toate cele 3 straturi ale peretelui vascular. Aneurismele de aortă sunt împărțite în aneurisme de aortă toracică, aneurisme toraco-abdominale și aneurisme de aortă abdominală, cele din urmă fiind cele mai frecvente. Incidența aneurismelor de aortă toracică este de aproximativ 4,5-5,9 la 100 000 persoane-an. Dintre acestea, aneurismele de aortă toracică descendentă reprezintă aproximativ 40%. După anatomia lor aneurismele pot fi împărțite în fusiforme (dilatare uniformă pe o zonă lungă de aortă) și saculare (dilatare localizată, de obicei pe o parte a aortei). Cele mai multe cazuri de aneurisme de aortă au etiologie degenerativă iar factorii de risc includ hipertensiunea arterială, vârsta, sexul masculin, fumatul și boala pulmonară obstructivă cronică.

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 76 de ani, mare fumător, hipertensiv (cu o tensiune arterială maximă documentată de 220 mmHg), cunoscut de un an

cu un aneurism sacciform voluminos de aortă descendentă toracică, parțial trombozat (diametru maxim de 90/63 mm la evaluarea prin CT toracic în 2010) care se internează pentru reevaluare periodică.

Menționăm că simptomatologia pacientului este reprezentată de dispnee la eforturi medii și dureri toracice atipice pentru angină, simptomatologie care nu s-a modificat în ultimul an. Pacientul asociază boală arterială periferică stadiul II A Fontaine, un hemangiom hepatic, un chist renal stâng și o hipertrofie benignă de prostată.

La internare pacientul prezintă o stare generală bună, este normoponderal, nu prezintă sufluri cardiace, semne de stază pulmonară sau sistemică, tensiunea arterială este de 160/100 mmHg, egală la ambele membre superioare iar AV=78/min, regulat. Biologic se evidențiază un sindrom inflamator (VSH=65 mm/h, fibrinogen=432 mg/dl, anemie ușoară normocromă, normocitară (Hb=12,8 g/dl) și hipercolesterolemie (colesterol total=248 mg/dl).

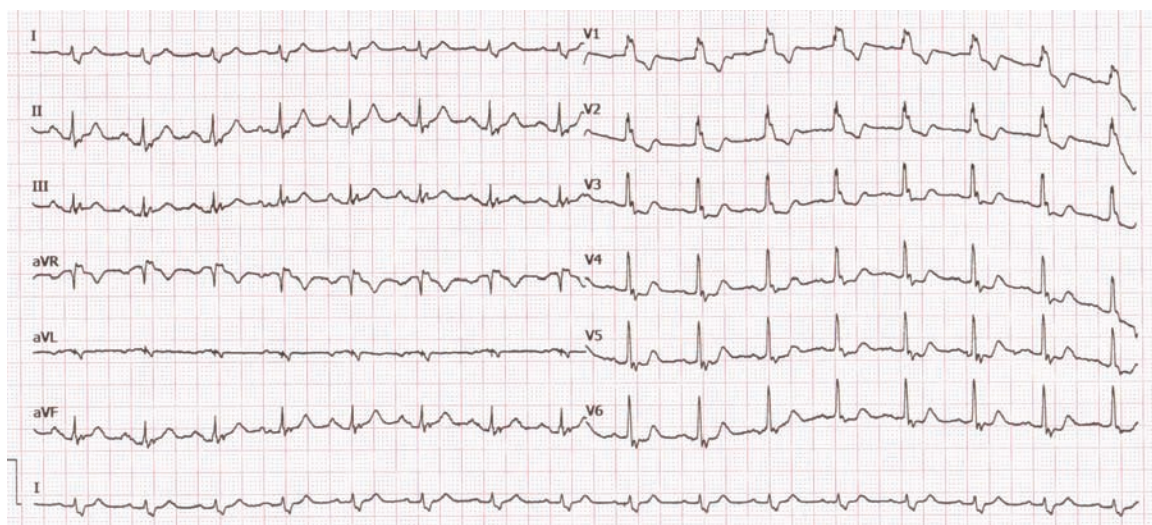


Figura 1. Electrocardiograma la internare-RS, 77/minut, ax QRS la +60 grade, BRD major, modificări secundare de repolarizare

¹ Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare “Prof. Dr. C.C. Iliescu”

² UMF Carol Davila București

³ Institutul Clinic Fundeni

► **Contact address:**

Dr. Vlad Molfea, Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare “Prof. Dr. C. C. Iliescu”, Șos. Fundeni 258, Sector 2, 022328, București

Electrocardiograma a evidențiat ritm sinus, 75/ minut, BRD major și modificări secundare de repolarizare.

Radiografia toracică posteroanterioară a evidențiat cord în limite normale, opacitate bine delimitată în aria de proiecție a aortei toracice descendente sugerând o dilatație anevrismală a acesteia (diametru de aproximativ 8 cm) și ateromatoză aortică (**Figura 2**).

Evaluarea **ecocardiografică** a evidențiat cavități cardiace cu dimensiuni și morfologie normale, disfuncție diastolică de VS tip relaxare întârziată, modificări

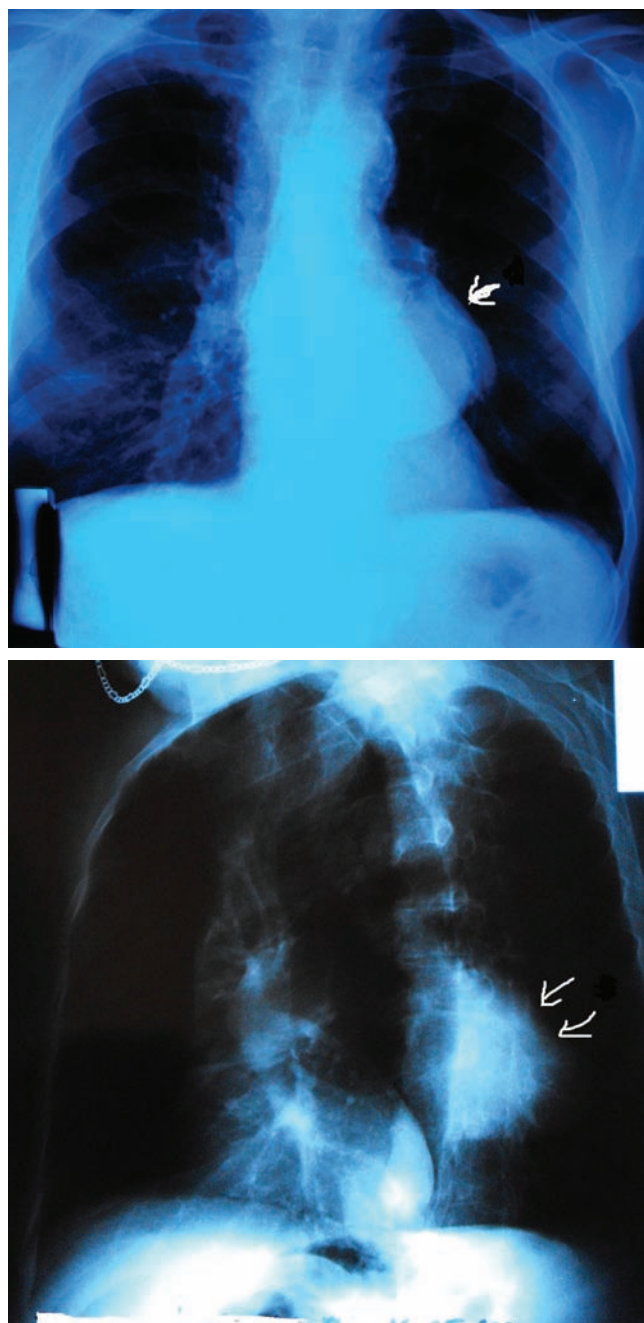


Figura 2. Radiografie toracică posteroanterior și oblic anterior drept ce evidențiază aortă descendentă toracică dilatată- săgeți.

degenerative ale valvei aortice cu regurgitare ușoară și o aortă ascendentă de 33 mm, o crosă de 30 mm, cu evidențierea unei dilatări a aortei descendente toracice de maxim 64 mm - diametrul maxim măsurat din secțiune apicală modificată (**Figura 3**).

Atașăm imaginile examinării CT efectuate la decesarea afecțiunii în urmă cu un an, această investigație arătând extensia anevrismului de aortă toracică descendentă cu diametrul maxim de 90/63 mm, la examinarea cu substanța de contrast evidențiindu-se faptul ca anevrismul era parțial trombozat (**Figura 4**).

Conform ghidului american de diagnostic și tratament al pacienților cu afecțiuni ale aortei toracice publicat în 2010 pacienții cu aneurisme degenerative sau traumatice de aortă descendentă toracică care depășesc 5,5 cm, aneurisme saculare sau pseudoaneurisme, implantarea endovasculară de stent-grafturi ar trebui să fie ferm luată în considerare dacă este fezabilă. Cazul descris se încadrează în această categorie și ar fi beneficiat de abordarea intervențională, care însă nu este disponibilă în clinică în condițiile absenței protezelor endovasculare. Abordarea chirurgicală deschisă a fost considerată de către chirurghi ca având risc crescut, op-

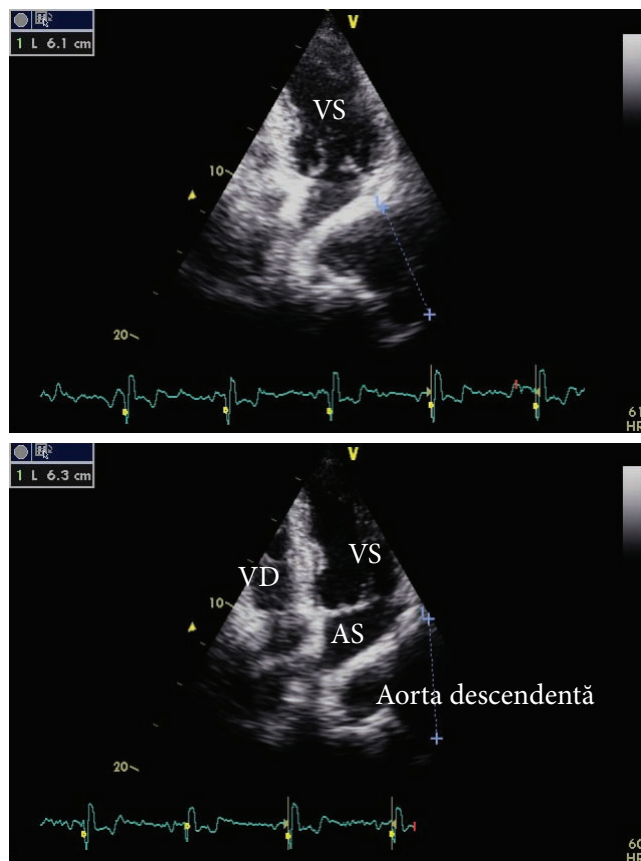


Figura 3. Ecocardiografie transtoracică, secțiune apicală modificată ce evidențiază spațiul transsonic aparent adiacent AS de maxim 64 mm (aortă descendentă dilatată) (VS ventricul stâng, AS atriul stâng).

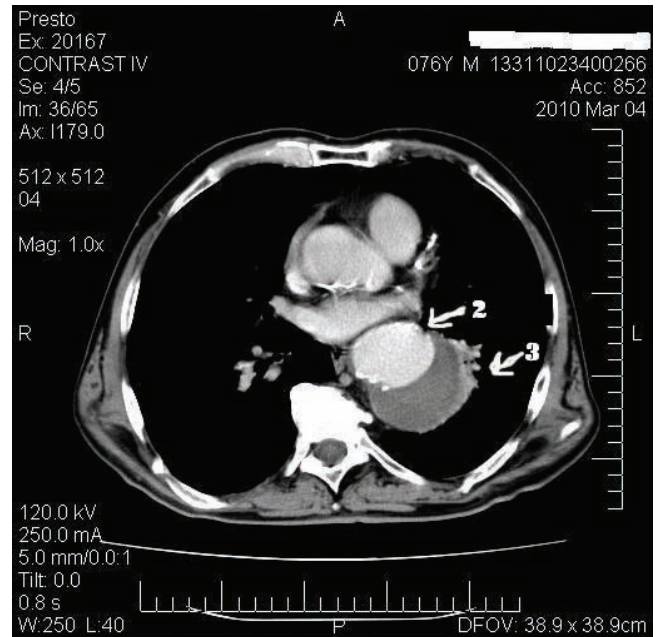
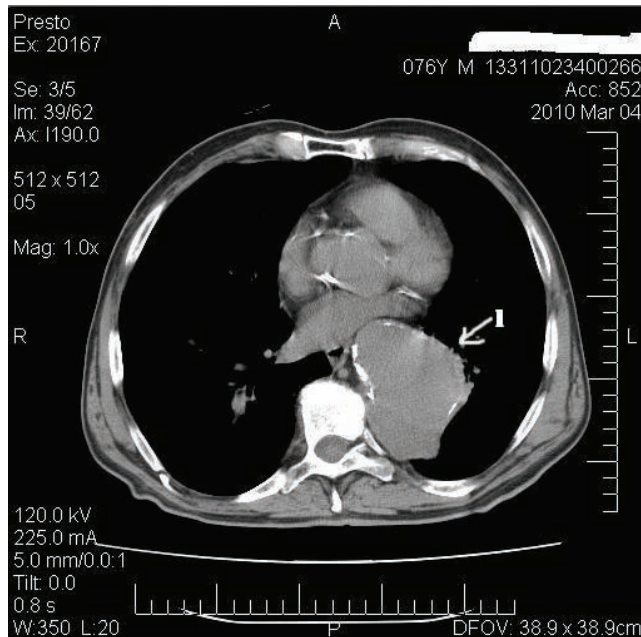


Figura 4. CT toracic nativ ce pune în evidență dilatarea aortei descendente (1). La examinarea cu substanța de contrast se evidențiază aspect de tromb parietal important (3) și lumenul circulat (2).

tându-se pentru terapia medicală de control optim al tensiunii arteriale și al factorilor de risc cardiovascular, până la apariția posibilității rezolvării intervenționale.

Cazul prezentat evidențiază utilitatea imagisticii multimodale seriate, pornindu-se de la o investigație ieftină, universal disponibilă, de complexitate redusă (radiografia cord-pulmon) care ridică suspiciunea de dilatare de aortă descendentă toracică, fără a o putea afirma cu certitudine și fără a o putea descrie în detaliu, continuându-se cu ecografia cardiacă, investigație mai costisitoare, cu disponibilitate mai redusă și cu complexitate mai mare care reafirmă suspiciunea anterior emisă și exclude alte afectări cardiace semnificative și încheind cu un examen computer-tomograf - explorare cu cost crescut, disponibilitate limitată și complexitate mare, cu riscuri asociate (iradiere mai mare decât ra-

diografia, necesar de substanță de contrast) care este capabilă să afirme cu certitudine diagnosticul și să descrie în detaliu modificările anatomice.

Conflict de interese: niciunul.

Bibliografie

1. American College of Cardiology Foundation, American Heart Association Task Force on Practice Guidelines- 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM Guidelines for the Diagnosis and Management of Patients With Thoracic Aortic Disease J. Am. Coll. Cardiol. 2010;55:e27-e129;
2. El-Sayed H, Ramlawi B., The current status of endovascular repair of thoracic aortic aneurysms (TEVAR), Methodist Debaquey Cardiovasc J. 2011 Jul;7(3):15-9.
3. Ahn SS, Feldtman RW, Hays FA., Thoracic aortic aneurysm repair using the right axillary approach, Vasc Surg. 2011 Oct;54(4):1201-4. Epub 2011 Jul 13.
4. Carmen Ginghină et. al. - Mic tratat de Cardiologie - Editura Academiei Române - 2010