

Καρδιακή Απεικόνιση

Θρόμβος στο Στέλεχος της Πνευμονικής Αρτηρίας

ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΠΑΡΜΠΕΤΣΕΑΣ, ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΜΠΡΑΤΣΑΣ, ΣΤΕΛΛΑ ΜΠΡΙΛΛΗ, ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΧΡΥΣΟΧΟΥ, ΜΑΡΙΑ ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΤΖΑΝΝΟΣ, ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ

1η Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Αθηνών

Λέξεις ευρετηρίου:
Θρόμβος πνευμονικής αρτηρίας, πνευμονική εμβολή.

Ημερ. παραλαβής
 εργασίας:
 28 Δεκεμβρίου 2007·
 Ημερ. αποδοχής:
 5 Φεβρουαρίου 2008

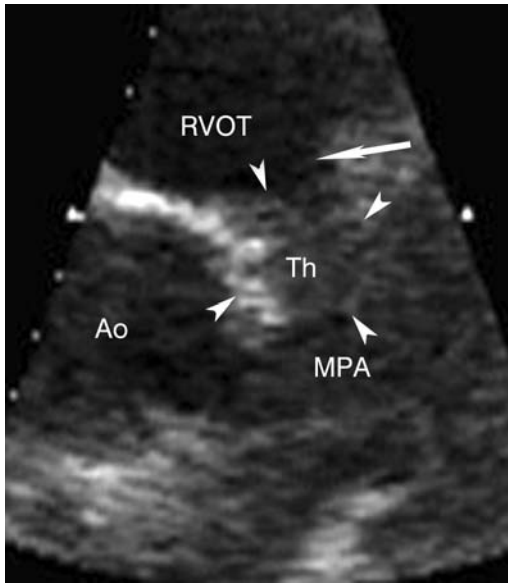
Διεύθυνση
 Επικοινωνίας:
 Χριστίνα Χρυσόχου

Παλαιών Πολεμιστών
 46, 166 74 Γλυφάδα
 e-mail:
chrystoou@usa.net

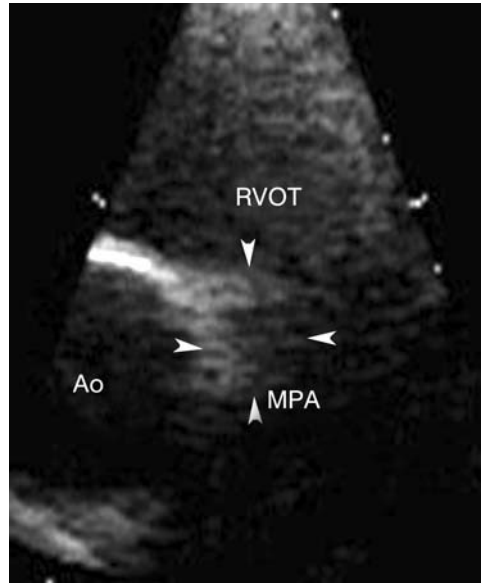
Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας 84χρονης γυναίκας που παρεπέμφθη στο Τμήμα Υπερηχοκαρδιογραφίας της Κλινικής μας, για εκτίμηση με διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα, λόγω υποτροπιάζοντων συγκοπτικών επεισοδίων και αιμοδυναμικής αστάθειας τις τελευταίες 24 ώρες. Το ιατρικό ιστορικό της περιελάμβανε χολοκυστεκτομή, θρομβοφλεβίτιδα των κάτω άκρων, δύο επεισόδια πνευμονικής εμβολής, αρτηριακή και πνευμονική υπέρταση. Στην παρούσα νοσηλεία της στην Παθολογική κλινική του Νοσοκομείου μας, διαπιστώθηκε η παρουσία στένωσης στο άπω τμήμα του χοληδόχου πόρου που θεωρήθηκε πολύ ύποπτη για αδενοκαρκίνωμα και ελάμβανε θεραπεία για υποτροπιάζοντα επεισόδια χολαγγειίτιδας. Στη φυσική εξέταση η ασθενής ήταν ληθαργική, ταχυπνοϊκή, ταχυκαρδική με χαμηλή αρτηριακή πίεση και διατεταμένες σφαγίτιδες φλέβες ενώ ένα συστολικό φύσημα 4/6 ήταν ακουστό χαμηλά παραστερνικά αριστερά. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ήταν ενδεικτικό πιθανής πνευμονικής εμβολής καθώς παρουσίαζε φλεβοκομβική ταχυκαρδία με αποκλεισμό Δεξιού σκέλους και πρότυπο sI qIII TIII που δεν υπήρχαν στο ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής.

Η υπερηχοκαρδιογραφική εξέταση ανέδειξε μια ευμεγέθη μάζα μέσα στο

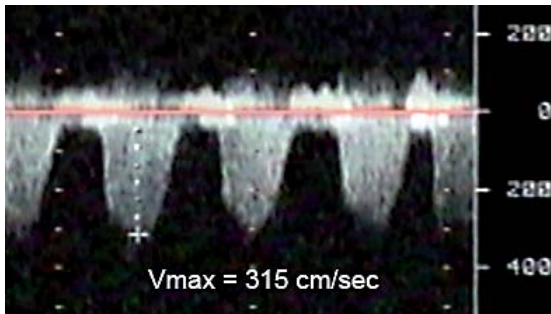
στέλεχος της πνευμονικής αρτηρίας (MPA) αμέσως πάνω από τις πτυχές της πνευμονικής βαλβίδας, που περιόριζε την πνευμονική αιματική ροή (Εικόνα 1). Η μάζα ήταν μη κινητή, με ανώμαλα όρια και ανομοιογενή δομή, συμβατή με θρόμβο. Η δεξιά κοιλία ήταν διατεταμένη, με μειωμένη συσπαστικότητα. Η μέγιστη ταχύτητα του πίδακα της ανεπάρκειας της τριγλώχινας ήταν 315cm/sec που αντιστοιχούσε σε διαφορά πίεσης ανάμεσα στη δεξιά κοιλία και το δεξιό κόλπο της τάξεως των 40 mm Hg (Εικόνα 2). Η κάτω κοίλη φλέβα ήταν διατεταμένη και δεν παρουσίαζε αναπνευστική διακύμανση και οι ηπατικές φλέβες ήταν επίσης διατεταμένες. Τέλος η λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας ήταν φυσιολογική. Μαζί με την απόφραξη της πνευμονικής ως αιτία της σοβαρής αιμοδυναμικής αστάθειας, η πιθανότητα της πνευμονικής εμβολής δεν μπορούσε να αποκλειστεί. Η ασθενής μετεφέρθη στην Καρδιολογική Κλινική, όπου αντιμετωπίστηκε με συμπληρωματικό οξυγόνο, χορήγηση υγρών και υποδόριες ενέσεις ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους επιπλέον της αρχικής της θεραπευτικής αγωγής. Εναλλακτικές θεραπευτικές στρατηγικές όπως θρομβόλυση ή θρομβεκτομή είχαν σχετική αντένδειξη λόγω ενεργού αιμορραγίας στη στενωπική βλάβη του χοληδόχου πόρου με την υψηλή υποψία για χολαγγειοκαρκίνωμα.



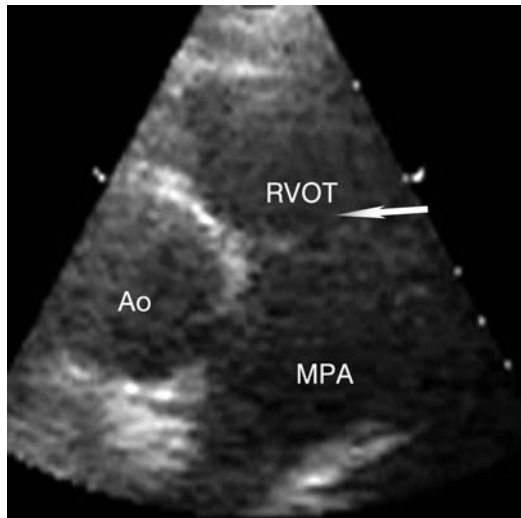
Εικόνα 1. Οι κεφαλές βέλους δείχνουν τον θρόμβο (Th) εντός του στελέχους της πνευμονικής αρτηρίας (MPA) και το βέλος την πνευμονική βαλβίδα. ΑΟ: Αορτή, RVOT: Χώρος εξόδου της δεξιάς κοιλίας



Εικόνα 3. Μείωση της μάζας του θρόμβου (Th) στην διαδοχική διαθωρακική υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη πέντε μέρες αργότερα. Οι κεφαλές βέλους δείχνουν τον θρόμβο (Th) και το βέλος την πνευμονική βαλβίδα. ΑΟ: Αορτή, RVOT: Χώρος εξόδου της δεξιάς κοιλίας



Εικόνα 2. Η μεγίστη ταχύτητα του πίδακα ανεπάρκειας της τριγλώχινας βαλβίδας ήταν 3.15 m/s και η εκτιμώμενη συστολική πίεση στην πνευμονική αρτηρία ήταν πάνω από 60 mmHg



Εικόνα 4. Πλήρης εξαφάνιση του θρόμβου(Th) εντός του στελέχους της πνευμονικής αρτηρίας (MPA) μετά από δύο εβδομάδες αντιπηκτικής θεραπείας. Το βέλος δείχνει την πνευμονική βαλβίδα. ΑΟ: Αορτή, RVOT: Χώρος εξόδου της δεξιάς κοιλίας

Η ασθενής τις επόμενες μέρες παρουσίασε προοδευτική κλινική βελτίωση. Διαδοχικά διαθωρακικά υπερηχοκαρδιογραφήματα έγιναν πέντε ημέρες και δύο εβδομάδες μετά την αρχική εξέταση, τα οποία ανέδειξαν σταδιακή μείωση (Εικόνα 3) και πλήρη εξαφάνιση της μάζας (Εικόνα 4) αντίστοιχα, ενώ η λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας είχε βελτιωθεί σημαντικά. Η ασθενής πήρε τελικά εξιτήριο υπό θεραπεία με κουμαρινικά αντιπηκτικά.

Τα ευρήματα από τις υπερηχοκαρδιογραφικές μελέτες παγίωσαν την διάγνωση της απόφραξης του στελέχους της πνευμονικής λόγω σχηματισμού θρόμβου με ακόλουθη πιθανή πνευμονική εμβολή.

Η απεικόνιση θρόμβου μέσα στις δεξιές καρδια-

κές κοιλότητες δεν είναι συχνή ενώ εντός της πνευμονικής αρτηρίας είναι εξαιρετικά σπάνια.^{1,2} Σε περιπτώσεις μαζικής πνευμονικής εμβολής, όταν θρόμβοι αναγνωρίζονται εντός των κεντρικών τμημάτων του πνευμονικού αρτηριακού δένδρου, εντοπίζονται συνήθως στην δεξιά ή την αριστερή πνευμονική αρ-

τηρία. Επίσης όταν θρόμβοι απεικονίζονται εντός του στελέχους της πνευμονικής αρτηρίας συνήθως εντοπίζονται στο άπω τμήμα αυτού κοντά στον διχασμό και σε πολλές περιπτώσεις επεκτείνονται σε ένα ή και τους δύο κύριους κλάδους του (δεξιά ή αριστερή πνευμονική αρτηρία).^{3,4} Σπάνιες περιπτώσεις θρόμβωσης της πνευμονικής αρτηρίας έχουν αναφερθεί σε άτομα με αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο.⁵ Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι η ασθενής δεν είχε εργαστηριακά ευρήματα συμβατά με νόσο του συνδετικού ιστού, αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου, ή ανωμαλίας πήκτικότητας.

Βιβλιογραφία

1. Alpaslan M, Akgun G, Doven O, Obliterans D: Oral Thrombus in the Main Pulmonary Artery of a Patient with Thromboangiitis: Observation by Transthoracic Echocardiography Eur J Echocardiography 2001; 2: 139-140.
2. Kang SW, Nekkanti R, Nanda, NC, Gupta H: Transesophageal echocardiographic identification of thrombus producing obstruction of left pulmonary artery descending lobar branches and bronchial artery dilatation. Echocardiography 2002; 19: 83-84.
3. Wittlich N, Erbel R, Eichler A, Schuster S, Jakob H, Iversen S, et al: Detection of central pulmonary artery thromboemboli by transesophageal echocardiography in patients with severe pulmonary embolism Am Soc Echocardiogr 1992; 5: 515-524.
4. Oser RF, Zuckerman DA, Gutierrez FR, Brink JA: Anatomic distribution of pulmonary emboli at pulmonary angiography: implications for cross-sectional imaging. Radiology 1996; 199: 31-35.
5. Sayarlioglou M, Topcu N, Harman M, Guntekin U, Erkok R: A case of antiphospholipid syndrome presenting with pulmonary truncus and main pulmonary artery thrombosis. Rheumatol Int 2005; 25: 65-68.