

Παθήσεις Αορτής

Ενδιαφέρουσα Περίπτωση

ΕΦΗ Γ. ΡΟΥΣΚΑ

BSE and EAE accredited in TOE

Member of the European Committee for TOE

Επιμελήτρια Παν/κής Καρδιολογικής Κλινικής Λάρισας

Ιστορικό- Παρούσα νόσος

- Άνδρας 59 ετών παραπέμπεται σε μας από καρδιολόγο για ΤΟΕ μελέτη προς ακριβή ποσοτικοποίηση ΑΡ η οποία από το ΤΤΕ κρίθηκε σοβαρή
- Συμπτώματα: Προκάρδιο άλγος
Επιγαστραλγία και δύσπνοια στην κόπωση
- Πρόσφατο test κόπωσης: θετικό

Ιστορικό- Παρούσα νόσος

- Από το ΑΑ: Αρτηριακή υπέρταση
Υπερλιπιδαιμία
Χειρουργηθείσα Στεφανιαία Νόσος(2006)

Effie ROUSKA, MD

Ιστορικό- Παρούσα νόσος

- 1^η Στεφανιογραφία (08/2003)
 - LAD : Δύο διαδοχικές στενώσεις 90% μετά D2
 - D1 αποφραγμένος, D2 στένωση 70- 80%
 - Cx : 50% στο αρχικό τμήμα του OM
 - RCA : διάχυτες μη κριτικές στενώσεις
- LV : EF=50%, υποκινησία μέσου και κορυφαίου τμήματος προσθίου
- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Στεφανιαία νόσος ενός αγγείου
- ΣΥΣΤΑΣΗ : Δοκιμασία κόπωσης υπό πλήρη φ. Αγωγή και επανεκτίμηση

Ιστορικό- Παρούσα νόσος

- 2^η Στεφανιογραφία (05/2006)
 - LAD : 50% στο εγγυς, 90% μετά D1, εν συνεχεία απόφραξη
 - D1 αποφραγμένος, D2 στένωση 70- 80%
 - Cx : 70% στο αρχικό τμήμα του ΟΜ
 - RCA : 60-70%
- LV : δεν έγινε εκτίμηση
- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Στεφανιαία νόσος τριών αγγείων
- ΣΥΣΤΑΣΗ : χειρουργείο

Χειρουργείο (1 / 06 / 2006)

- LIMA in situ off pump στον LAD (1.25 mm)

ΜΟΝΟΙΝ!

- Σχόλια

Κατά τη διάρκεια της τοποθέτησης της αορτικής κάννουλας στην ανιούσα αορτή για τη σύνδεση του αρρώστου με την εξωσωματική κυκλοφορία

ο χειρουργός διαπιστώνει ότι το αορτικό τοίχωμα είναι βαρέως αθηρωματικό και εξαιρετικά παχυτοίχωματικό. Αυτό εγκυμονεί σημαντική κίνδυνο διαχώρισμου κατά την είσοδο της αορτικής κάννουλας και επιπροσθέτως δημιουργεί μεγάλα ερωτηματικά για τη δυνατότητα εκτέλεσης κεντρικών αναστομών στην αορτή αυτή.

Ιστολογική

- 1. Τεμάχια φλεγμονώδους αορτής από το χειρουργείο
- 2. Λεμφαδένας μεσαυλίου

- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ιστός με στοιχεία χρόνιας μη ειδικής φλεγμονής

Λεμφαδένας με ήπιες αλλοιώσεις μη ειδικής αντιδραστικής λεμφοζιδιακής λεμφαδενίτιδας

Κακοήθης νεοπλασματική εξεργασία δεν παρατηρείται

Συμπληρωματική PCI (13 / 06 / 2006)

- Επιτυχής αγγειοπλαστική 2 αγγείων
 - Cx
 - RCA

Effie ROUSKA, MD

Στη διάρκεια του επόμενου χρόνου:

- Ο ασθενής μήνες μετά τις παρεμβάσεις παραπονείται για επιγαστραλγία - επανειλημμένες γαστροσκοπήσεις (Διαφραγματοκήλη, ρισοφαγίτιδα 1^{ου} βαθμού)
- Σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου με Θαλιό-201 (05/ 2007)
 - Έλλειμμα στη κορυφή του κατωτέρου τοιχώματος και ελαφρά πρόσληψη στο υπόλοιπο κατώτερο τοίχωμα
Στην επανακατανομή το έλλειμμα στη κορυφή παραμένει ενώ καλυτερεύει στο υπόλοιπο τμήμα του
Στα υπόλοιπα τοιχώματα η πρόσληψη είναι ικανοποιητική και στις δύο φάσεις.

3η Στεφανιογραφία (05/2007)

- LAD : 50% στο εγγυς, απόφραξη μετά D1
 - D1 αποφραγμένος, D2 στένωση 70- 80%
- Cx : βατό stent
- RCA : βατό stent
- LIMA : αποφραγμένη
- LV : διάταση , υποκινησία προσθιοπλαγίου τοιχώματος
Κοιλιογραφία EF: 55% με υψηλή LVEDP 40mmHg
- Αορτογραφία : AR 3+/4+, διάταση ανιούσης αορτής
- ΣΥΣΤΑΣΗ : χειρουργείο ???

Υποψία

γενικευμένης αγγειίτιδας / αορτίτιδας

Ελεγχος με:

- Βιοψία κροταφικής αρτηρίας
- MRA αορτικού τόξου και θωρακικής αορτής
- MRA κοιλιακής αορτής
- CT θώρακος
- Πλήρη ανοσοδιαγνωστικό έλεγχο

Effie ROUSKA, MD

Ιστολογική (09 / 2007)

- Τμήμα κροταφικής αρτηρίας

Δεν παρατηρούνται αλλοιώσεις κροταφικής αρτηριτιδος

Effie ROUSKA, MD

MRI

- Αορτικό τόξο και θωρακική αορτή
 - AoR=3,5cm
 - Aao=3,8cm
 - Dao=3,2cm
 - Παρουσία Αθηρωματικών Αλλοιώσεων Αορτής
- Κοιλιακή Αορτή
 - Στενώσεις του κάτω τριτημορίου του αγγείου έως και την περιοχή του διχασμού, όπου παρατηρείται και το μικρότερο εύρος του αυλού 1.6cm
 - Στένωση του αυλού στις κοινές λαγόνιες αρτηρίες περί το 15-20% τουλάχιστον

CT θώρακος

- Τοιχωματικές αθηρωματικές αλλοιώσεις θωρακικής αρτηής

Effie ROUSKA, MD

Πλήρης ανοσολογικός έλεγχος

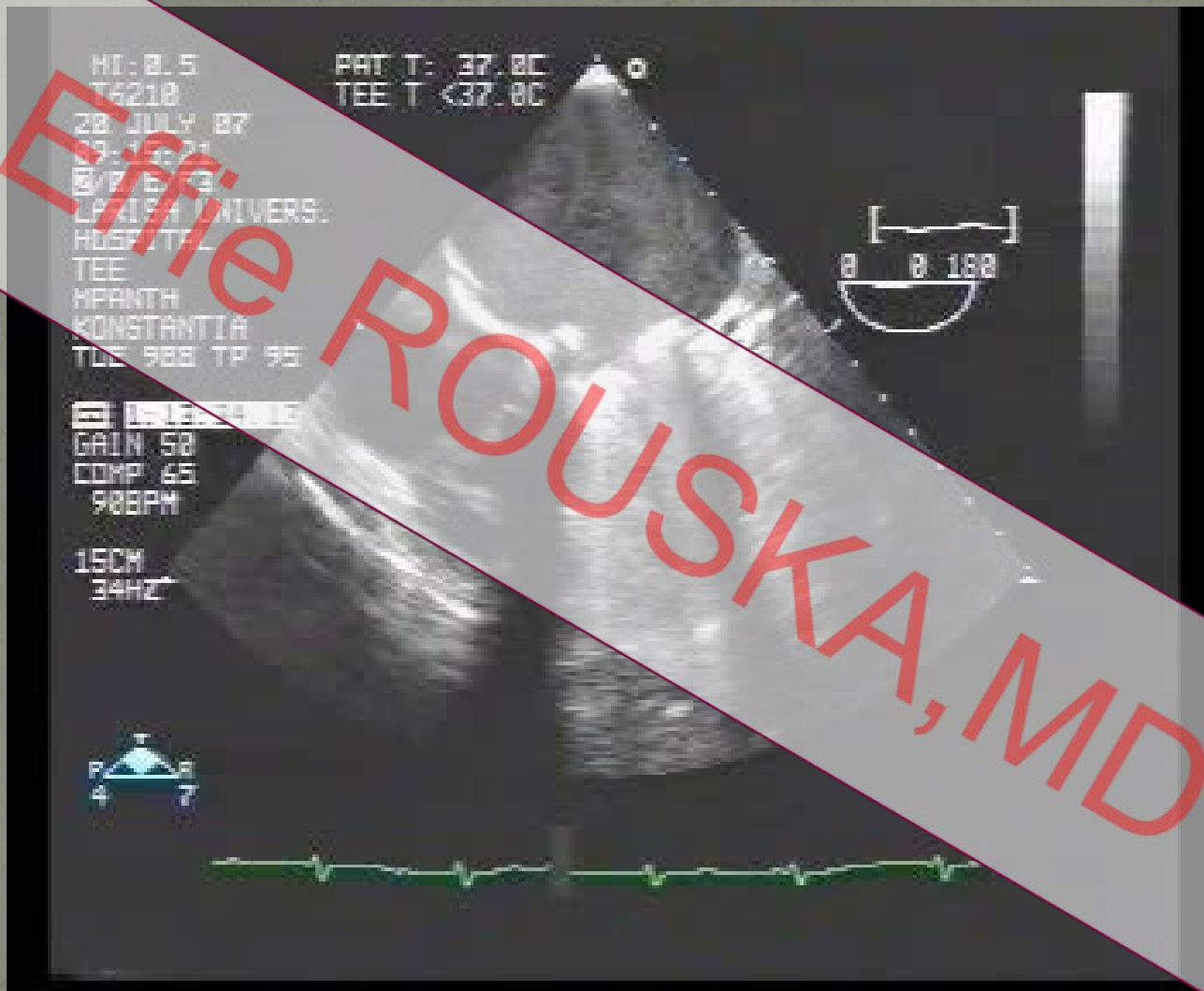
- ΑΝΑ θετικά τίτλο
- Είδος φθορισμού ΑΝΑ στικτός
- Αντι-ΕΝΑ αντισώματα θετικό
- Αντι-Jo1 αντισώματα θετικό

Effie ROUSKA, MD

Διάγνωση

Effie ROUSKA, MD

Echo : TOE (12/2007)



Ερώτηση

- Πρέπει ο άρρωστος να ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΙ??
- Πού θα τον παραπεμφουμε??
- Τί εναλλακτικές λύσεις έχουμε από την ώρα που είναι συμπτωματικός??

Effie ROUSKA, MD

Effie ROUSKAKI
ΕΥΚΛΕΠΗ, MD



B



FIGURE 84-2B Takayasu disease. **A**, Takayasu arteritis. Granulomatous inflammation and medial destruction (**left panel**) has led to marked aortic root dilation (**right panel**) in a 17-year-old female high school student who developed symptoms of congestive heart failure and exertional angina. She also had diffuse narrowing of the left common carotid artery and irregular dilation of the innominate artery. **B**, Occlusion of both subclavian arteries has led to leg pressures being the only reliable measure of central aortic pressure.



FIGURE 84-3 Giant cell arteritis. Takayasu-like lesions involving the subclavian and axillary arteries in a case of giant cell arteritis are shown.

© Copyright 2008 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc.

TABLE 84-2 Clinical Profile of Giant Cell Arteritis	
Abnormality	Frequency (%)
Atypical headache	60-90
Tender temporal artery	40-70
Systemic symptoms not attributable to other diseases	20-50
Fever	20-50
Polymyalgia rheumatica	30-50
Acute visual abnormalities	12-40
Transient ischemic attack or stroke	5-10
Claudication	
"Jaw"	30-70
Extremities	5-15
Aortic aneurysm	15-20
Dramatic response to CS	~100
Positive temporal artery biopsy	~50-80

CS=corticosteroids.

TABLE 84-2 Clinical Profile of Giant Cell Arteritis.

© Copyright 2008 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc.

TABLE 84-3**Definition of Kawasaki Syndrome**

Fever ≥ 5 days, without other explanation, plus at least four of the following:

1. Bilateral conjunctival injection
2. Mucous membrane changes—injectred or fissured lips; injectred pharynx or “strawberry” tongue.
3. Extremity abnormality—erythema of palms, soles, edema of hands, feet, or generalized or peripheral desquamation (hands, feet).
4. Rash (polymorphous)
5. Cervical lymphadenopathy (usually a single node >1.5 cm)

Associated manifestations

Irritability
Sterile pyuria, meatitis
Perineal erythema and desquamation
Arthralgias, arthritis
Abdominal pain, diarrhea
Aseptic meningitis
Hepatitis
Obstructive jaundice
Hydrops of gallbladder
Uveitis
Sensorineural hearing loss
Cardiovascular changes

80% cases <4 years old; rare, >8 years old

CDC=Centers for Disease Control and Prevention.

Modified from Barron K: Kawasaki disease: Etiology, pathogenesis and treatment.

Cleve Clin J Med 69(Suppl 2):69, 2002.

TABLE 84-3 Definition of Kawasaki Syndrome.

(Modified from Barron K: Kawasaki disease: Etiology, pathogenesis and treatment. Cleve Clin J Med 69(Suppl 2):69, 2002.)