

Παρουσίαση ασθενούς με διαχωριστικό αιμάτωμα μυοκαρδίου

↪ **Ειρήνη Εμ. Βελεγράκη**

Ειδικευόμενη Καρδιολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Νίκαιας "Άγιος Παντελεήμων"

Αλέξανδρος Σ. Στεφανίδης

Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Νίκαιας "Άγιος Παντελεήμων"

Ηλίας Γ. Πασιώτης

Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Νίκαιας "Άγιος Παντελεήμων"

Κωνσταντίνος Σ. Φιλίππου

Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Νίκαιας "Άγιος Παντελεήμων"

Ελένη Μ. Καλκανδή

Διευθύντρια Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Νίκαιας "Άγιος Παντελεήμων"

Παναγιώτης Ν. Μάργος

Επιμελητής Α', Α' Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. Νίκαιας "Άγιος Παντελεήμων"

Αθανάσιος Ι. Κρανίδης

Συντ. Διευθυντής Α' Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Νίκαιας "Άγιος Παντελεήμων"

Παρουσίαση περιστατικού

Πρόκειται για άνδρα ασθενή, 63 ετών, με ιστορικό παλαιού εμφράγματος του μυοκαρδίου, ο οποίος προσκομίσθηκε στο ΤΕΠ του νοσοκομείου λόγω παρατείνόμενου οπισθοστερνικού άλγους από 24 ώρου. Σε παλαιότερο στεφανιογραφικό έλεγχο, ο ασθενής παρουσίαζε γενικευμένη εκτεταμένη στεφανιαία εκτασία, με σημαντικές βλάβες επί των διαγωνίων κλάδων και επί του οξέος επιχειλίου κλάδου της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας. Ο ασθενής βρισκόταν σε αγωγή με ριβαροξαμπά-

νη (20 mg x 1/ημ) λόγω παροξυσμικής κολπικής μαρμαρυγής. Από το λοιπό ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται από έτους διάγνωση νεοπλάσματος παχέος εντέρου με ηπατικές μεταστάσεις, για τα οποία λάμβανε χημειοθεραπεία.

Το ηλεκτροκαρδιογράφημα επιφανείας 12 απαγωγών ήταν ενδεικτικό οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου προσθίου τοιχώματος (ανάσπαση διαστήματος ST στις απαγωγές V2-V5 με κατοπτρική εικόνα στις κατώτερες). Ο ασθενής οδηγήθηκε στο αιμοδυναμικό εργαστήριο, όπου διαπιστώθηκε



Εικόνα 1. Διαθωρακική κορυφαία τομή 4 κοιλοτήτων χωρίς (άνω) και με έγχρωμο Doppler (κάτω). Διακρίνεται το ιστίο του διαχωρισμένου έσω χιτώνα της αριστερής κοιλίας, ο οποίος την διαμερισματοποιεί σε δυο κοιλότητες, που επικοινωνούν (υπάρχει σε αμφότερες ροή αίματος).

απόφραξη του λίκαν εκτατικού προσθίου κατιόντα κλάδου και έντονα αθηρωεκατακτικό λοιπό δίκτυο των επικαρδιακών στεφανιαίων αρτηριών, με βραδεία ροή. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με συγχορήγηση αντιπηκτικής και αντιαιμοπεταλιακής αγωγής. Λίγες ώρες μετά, ωστόσο, παρουσίασε ηλεκτρική θύελλα, η οποία αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με απινίδωση, χορήγηση αμιωδαρόνης και διασωλήνωση. Ακολούθησε σταδιακή βελτίωση και αποσωλήνωση.

Στην υπερηχογραφική μελέτη διαπιστώθηκε σοβαρά επηρεασμένη συνολική συσταλτικότητα

αριστερής κοιλίας, με εκτεταμένη ακινησία προσθίου τοιχώματος και κορυφής, και κλάσμα εξώθησής της 30%. Στην προσεκτικότερη παρατήρηση της κορυφής διαπιστώθηκε σχηματισμός ευμεγέθους ανευρύσματος και εικόνα διαχωρισμού του μυοκαρδίου (Εικόνα 1). Η Doppler μελέτη κατέδειξε διαταραχή της διαστολικής πλήρωσης της αριστερής κοιλίας (περιοριστική φυσιολογία) και πνευμονική υπέρταση. Για την καλύτερη απεικόνιση του κορυφαίου ανευρύσματος και του διαχωρισμού του μυοκαρδίου χρησιμοποιήθηκε, επίσης, παράγοντας ηχοαντίθεσης και διαπιστώθηκε πλήρωση της σχηματισθείσας κοιλότητας. Δεν διαπιστώθηκε επικοινωνία με τη δεξιά κοιλία ή με την περικαρδιακή κοιλότητα.

Τρεις μήνες μετά, και αφού τελικά εμφυτεύτηκε απινιδιστής, ο ασθενής βρίσκεται σε καλή κατάσταση.

Συζήτηση

Το διαχωριστικό αιμάτωμα μυοκαρδίου είναι μια σπάνια αλλά γνωστή επιπλοκή του εμφράγματος του μυοκαρδίου. Αποτελεί ατελή μορφή καρδιακής ρήξης. Μετά από ένα συνήθως εκτεταμένο και διατοιχωματικό έμφραγμα του μυοκαρδίου, αίμα μπορεί να διηθήσει τις σπειροειδώς διατεταγμένες μυοκαρδιακές ίνες, οι οποίες διαχωρίζονται. Παράλληλα, διαχωρίζονται και τα διαπυραίνοντα αγγεία, με αποτέλεσμα την περαιτέρω επέκταση του αιματώματος^{1,2}. Η επιπλοκή συνήθως επισυμβαίνει το πρώτο 24ωρο ή κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας μετά την εγκατάσταση του εμφράγματος³. Η ακεραιότητα του περικαρδίου διατηρείται, όμως, στην περίπτωση που το αιμάτωμα επεκταθεί στην περικαρδιακή κοιλότητα, ο σχηματισμός που προκύπτει ονομάζεται ψευδοανεύρυσμα. Παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί, που φαίνεται να παίζουν ρόλο στο σχηματισμό του αιματώματος, είναι η αυξημένη πίεση της αριστερής κοιλίας, η απώλεια των δυνάμεων στήριξης του εμφραγματικού ιστού και η δυσυνέργεια περιοχών του μυοκαρδίου. Το διαχωριστικό αιμάτωμα του μυοκαρδίου μπορεί να αναπτυχθεί στο ελεύθερο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας, στη δεξιά κοιλία ή στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα⁴.

Με την εξέλιξη των ηχοκαρδιογραφικών τεχνικών, η επιπλοκή αυτή είναι ευκολότερο να απεικονιστεί σε σχέση με το παρελθόν, όπου αποτελούσε συνήθως εύρημα νεκροτομικών μελετών. Τα βασικά υπερηχογραφικά κριτήρια διάγνωσης του διαχωριστικού αιματώματος του μυοκαρδίου είναι:

- Σχηματισμός μιας ή περισσότερων κοιλοτήτων σε εμφραγματική περιοχή με συνήθως υποηχογενές ή σπανιότερα ηχογενές κέντρο, η οποία αυξάνεται κατά τη συστολή και μειώνεται στη διαστολή.
- Παρουσία λεπτής και κινητής σχισμής του ενδοκαρδίου και διατήρηση ακεραιότητας του μυοκαρδίου.
- Επικοινωνία της αντίστοιχης κοιλίας με το διατοιχωματικό αιμάτωμα

Η διαφορική διάγνωση του διαχωριστικού αιματώματος μυοκαρδίου περιλαμβάνει τον ενδοκοιλιακό θρόμβο, το ψευδοανεύρυσμα και τις προεξάρχουσες κοιλιακές δοκιδώσεις. Ιδιαίτερα η ηχοκαρδιογραφία αντίθεσης μπορεί να βοηθήσει στην απεικόνιση των ορίων του ενδοκαρδίου και να θέσει τη διάγνωση⁵.

Η αντιμετώπιση του αιματώματος μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική. Με βάση τη μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι, όταν το αιμάτωμα βρίσκεται στα κορυφαία τμήματα της αριστερής ή της δεξιάς κοιλίας, υπάρχουν ισχυρές πιθανότητες να απορροφηθεί αυτόματα, οπότε η συντηρητική

αντιμετώπιση είναι η ενδεικνυόμενη. Σε περίπτωση που το αιμάτωμα επεκτείνεται στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα ή άλλα τμήματα της δεξιάς κοιλίας, τότε θα έπρεπε να εξετάζεται και η ενδεχόμενη χειρουργική αντιμετώπιση^{6,7}.

Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς μπορεί να συμβάλει στην ευκρινέστερη απεικόνιση του μυοκαρδιακού αιματώματος. Αρχικά, μπορεί να μας πληροφορήσει για την ακριβή τοποθεσία και έκταση του προηγηθέντος εμφράγματος. Επιπλέον, καταδεικνύει το αν το αιμάτωμα περικλείεται από περικάρδιο ή εάν επικοινωνεί με την περικαρδιακή κοιλότητα (ψευδοανεύρυσμα)⁷⁻⁹.

Συμπερασματικά, ο ασθενής μας υπέστη ένα διαχωριστικό αιμάτωμα μυοκαρδίου λόγω προσθίου εμφράγματος, επί εδάφους εκτεταμένης στεφανιαίας αθηρωεκτασίας, με συνύπαρξη νεοπλάσματος υπό χημειοθεραπεία. Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, δεν βρέθηκε τεκμηριωμένη συσχέτιση μεταξύ των δυο καταστάσεων. Η ηχοκαρδιογραφική του εικόνα ήταν σαφής και διεγνώσθη άμεσα η σπάνια αυτή επιπλοκή. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Η εντόπιση του διαχωριστικού αιματώματος του μυοκαρδίου περιορίστηκε στα κορυφαία τμήματα των κοιλιών και με βάση τη βιβλιογραφία έχει καλύτερη πρόγνωση. ■

► ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Mechanical complications of myocardial infarction, Pradeep Vaideeswar, Jayashri P Chaudhari, Jagdish Butany 2012 Elsevier
2. Intramyocardial Dissecting Hematoma after Acute Myocardial Infarction-echocardiographic Features and Clinical Outcome. Zhao Y1, He YH1, Liu WX1, Sun L1 Echocardiography. 2016.
3. Lewis AJ, Burchell HB, Titus JL: Clinical and pathologic features of postinfarction cardiac rupture. Am J Cardiol 1969.
4. Long-term Follow-up of Intramyocardial Dissecting Hematomas Complicating Acute Myocardial Infarction Copyright 2005 by the American Society of Echocardiography.
5. Dissecting Intramyocardial Haematoma Diagnosed by Contrast Echocardiography Constantina Aggeli, Konstantinos Lampropoulos, Georgios Giannopoulos, Christos Pitsavos, Christodoulos Stefanadis Hellenic J Cardiol 2010.
6. Dissecting intramyocardial hematoma: clinical presentation, pathophysiology, outcomes and delineation by echocardiography. Vargas-Barrón JI, Roldán FJ, Romero-Cárdenas A, Molina-Carrión M, Vázquez-Antona CA, Zabalgoitia M, Martínez Rios MA, Pérez JE. Echocardiography. 2009.
7. Intramyocardial dissecting hematoma and postinfarction cardiac rupture. Vargas-Barrón JI, Roldán FJ, Romero-Cárdenas Á, Vázquez-Antona CA. Echocardiography. 2013.
8. Mohrs OK, Nowak B, Voigtlaender T: Impending septal rupture in myocardial infarction detected by magnetic resonance imaging. Heart 2004.
9. Agarwal R, Diaz-Ortiz P, Reddy R, et al: A symptomatic in complete left ventricular apical rupture diagnosed by cardiac magnetic resonance imaging. Tex Heart Inst J 2006.