

PRACE KAZUISTYCZNE • CASE REPORTS

Nieprawidłowe odejście lewej tętnicy szyjnej jako przyczyna nawracających omdleń

Abnormal origin of the left common carotid artery as the cause of recurrent fainting

AGATA RĘKAS-WÓJCIK^{1,A}, EMILIA KANCIK^{1,A}, ANDRZEJ PRYSTUPA^{1,B}, MAŁGORZATA DEC^{1,E}, EWA KURYS-DENIS^{2,B}, JERZY MOSIEWICZ^{1,E}, WITOLD KRUPSKI^{2,E}¹ Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie² II Zakład Radiologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie**A** – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Zmienność anatomiczna naczyń odchodzących od łuku aorty jest znaczna, większość z tych anomalii naczyniowych nie daje specyficznych objawów. Nieprawidłowe odejście lewej tętnicy szyjnej wspólnej od pnia ramienno-głowego, które spotyka się najczęściej, może wiązać się czasem z nieprawidłowym, krętym przebiegiem tętnic szyjnych, a co za tym idzie – obecnością zwężeń z zagięcia (kinking). W pracy przedstawiamy opis przypadku pacjenta obciążonego chorobą niedokrwinną serca, u którego po wykonaniu tomografii komputerowej klatki piersiowej z kontrastem rozpoznano nieprawidłowe odejście z zagięciem tętnicy szyjnej wspólnej lewej, będące przyczyną nawracających omdleń. Uwidocznienie różnych anomalii naczyniowych za pomocą badań obrazowych ma szczególne znaczenie przy planowaniu operacji kardiologicznych.

Słowa kluczowe: łuk aorty, tętnica szyjna lewa.

Summary Variability of vascular anatomy of aortic arch is high, most of these vascular anomalies do not give specific symptoms. Incorrect departure of left common carotid artery from the brachiocephalic trunk, which is the most common, may be associated with abnormal time, sinuous course of the cervical, and thus the presence of stenosis of bending (kinking). In this paper the authors present a description of a patient with ischemic heart disease, in whom after a CT scan of the chest with contrast, an abnormal departure and a bending of the left common carotid artery causing recurrent syncope was diagnosed. Visualization of various vascular anomalies using imaging diagnostics is particularly important when planning cardiac surgery.

Key words: aortic arch, the left carotid artery.

Wstęp

Zmienność anatomiczna naczyń odchodzących od łuku aorty jest znaczna. Częstość ich występowania jest trudna do dokładnego określenia ze względu na to, że większość z nich pozostaje bezobjawowa i jest wykrywana przypadkowo. Najczęstszą anomalią naczyń odchodzących od łuku aorty jest odejście tętnicy szyjnej wspólnej lewej od pnia ramienno-głowego i stanowi 73% wszystkich nieprawidłowości anatomicznych naczyń odchodzących od łuku aorty oraz występuje u około 22% populacji. Nieprawidłowość ta najczęściej nie powoduje objawów klinicznych. W pracy przedstawiono przypadek kliniczny chorego, u którego odejście lewej tętnicy szyjnej wspólnej od pnia ramienno-głowego było przyczyną nawracających omdleń.

Opis przypadku

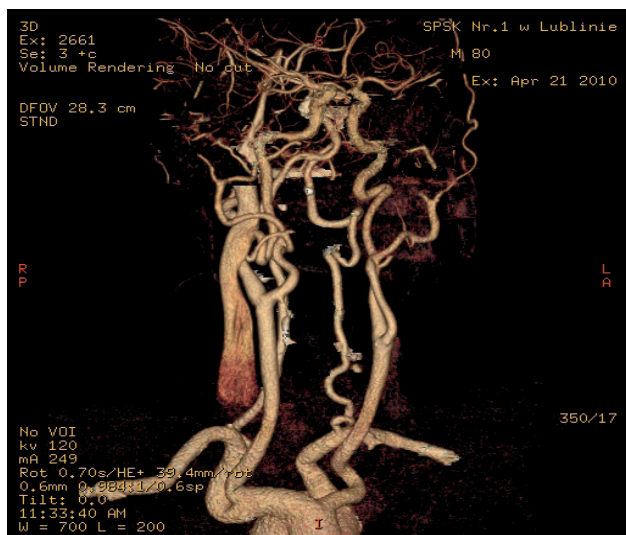
Pacjent 80-letni przyjęty został do kliniki z powodu utrzymujących się od 2 godzin silnych dolegliwości bólowych zlokalizowanych zamostkowo z towarzyszącym uczuciem niepokoju oraz krótkotrwałym omdleniem. Chory był przewlekłe leczony z powodu nadciśnienia tętniczego oraz podawał w wywiadzie liczne zasłabnięcia z utratą przytomności.

W badaniu fizykalnym w momencie przyjęcia u chorego stwierdzono tachykardię, a nad polami płucnymi słyszalnym był szmer pęcherzykowy, z pojedynczymi trzeszczeniami u podstawy obu płuc. Z wykonanych badań laboratoryjnych: morfologia krwi obwodowej była prawidłowa, natomiast badania chemiczne wydolności wątroby i nerek za-

wierały się w zakresie referencyjnym. W badaniu elektrokardiograficznym stwierdzono obecność rytmu zatokowego, miarowego, przyspieszonego do 100/min oraz poziome obniżenie odcinka ST o 1 mm w odprowadzeniach od V4 do V6 oraz dodatkowe pojedyncze komorowe zaburzenia rytmu serca. W odprowadzeniu II, III, aVF widoczny był patologiczny załamek q i ujemny załamek T. Kontrolne badania poziomu troponin były prawidłowe. Ciśnienie tętnicze zmierzone przy przyjęciu wynosiło 140/90 mm Hg. Z powodu nawracających silnych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej chorego skierowano do dalszego leczenia interwencyjnego w Klinice Kardiologii. U pacjenta wykonano koronarografię i angioplastykę gałęzi okalającej lewej tętnicy wieńcowej. Po przeprowadzonym zabiegu dolegliwości bólowe w okolicy zamostkowej ustąpiły, natomiast epizod zasłabnięcia powtórzył się w kolejnych dniach hospitalizacji 2-krotnie. Ze względu na powtarzające się omdlenia wykonano u pacjenta tomografię komputerową klatki piersiowej z kontrastem. W badaniu tomograficznym klatki piersiowej stwierdzono obecność nieprawidłowego odejścia lewej tętnicy szyjnej wspólnej z pnia ramienno-głowego mogące być przyczyną nawracających omdleń (fot. 1). Pacjent w stanie dobrym został wypisany do domu z zaleceniem systematycznej kontroli w Poradni Kardiologicznej.

Omówienie

Badania naczyniowe z zastosowaniem tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, często z użyciem środków kontrastowych, są powszechnie używane w diagnostyce niejasnych lub trudnych do wytłumaczenia



Fotografia 1. Rekonstrukcja przednia obraz 3D. Nieprawidłowe odejście lewej tętnicy szyjnej wspólnej i tętnic zaopatrujących mózgowie. Widoczne podwójne zagięcia obu tętnic podobojczykowych i zagięcie proksymalnego odcinka prawej tętnicy szyjnej wspólnej

objawów klinicznych. Nieprawidłowe odejście lewej tętnicy szyjnej wspólnej od pnia ramienno-głowego jest rzadko opisywaną, lecz znaną nieprawidłowością łuku aorty. Jeśli chodzi o podział łuku aorty, istnieje jego wiele możliwości. Z łuku aorty najczęściej odchodzą (w 83%) trzy pnie: pień ramienno-głowy, dzielący się na prawą tętnicę podobojczykową i prawą tętnicę szyjną wspólną, lewą tętnicę szyjną wspólną i lewą tętnicę podobojczykową. Zwykła liczba trzech pni może się zmniejszać lub zwiększać, jak również mogą się zmieniać ich wzajemne stosunki. Można uwzględnić następujące odmiany: pojedyncza tętnica odchodzi od łuku, a następnie dzieli się na gałąź szyjną i podobojczykową lub dwie tętnice odchodzą od łuku – to najczęstsza obserwowana odmiana (10%): od łuku odchodzi pień ramienno-głowy oddający prawą tętnicę podobojczykową i obie tętnice szyjne wspólne; od łuku odchodzi pień ramienno-głowy, a drugim naczyniem jest tętnica

podobojczykowa lub od łuku odchodzi prawy i lewy pień ramienno-głowy i każdy oddaje tętnicę szyjną wspólną i tętnicę podobojczykową. Ostatnią możliwością jest obecność czterech tętnic – gdy brak pnia ramienno-głowego i wszystkie tętnice odchodzą od łuku samodzielnie. Obserwuje się również bezpośrednie odejście od łuku aorty lewej tętnicy kręgosłupowej [1].

Objawy, takie jak: omdlenie, splątanie, szumy w uszach i zaburzenia pamięci, są związane z chorobą tętnic szyjnych tylko wtedy, gdy istnieje korelacja między obrazem angiograficznym a objawami klinicznymi. Według doniesień, zagięcie naczynia powoduje objawy tylko wtedy, gdy jest ono objęte miażdżycą. Czasami wystąpienie objawów zależy od ruchu głowy lub jej określonej pozycji, które powodują zagięcie naczynia, czyli kinking, z okresowym niedokrwieniem. Według artykułu *Kinks, coils, and carotids: a review* nawracające epizody zaburzeń krążenia mózgowego są częstsze u pacjentów z zagięciem tętnicy w stosunku do grupy kontrolnej [2]. Rzadką, ale możliwą przyczyną zasłabnięć oraz omdleń jest także zespół podkradania tętnicy kręgosłupowej, który należy uwzględnić podczas różnicowania omdleń [4].

Opisywana powyżej patologia odejścia tętnic od łuku aorty ma szczególne znaczenie w przypadku operacji chirurgicznych wykonywanych w obrębie klatki piersiowej oraz szyi, gdyż niewiedza chirurga o możliwości takiej zmiany może być przyczyną poważnych powikłań w trakcie zabiegów chirurgicznych.

Podsumowanie

Wielorzędowa tomografia komputerowa daje możliwość szybkiej i dokładnej diagnostyki obserwowanych klinicznie wad serca, wad układu naczyniowego oraz anomalii naczyniowych, w tym również w obrębie łuku aorty. Dzięki zaawansowanej diagnostyce radiologicznej możliwe jest wczesne wykrycie, a nawet leczenie anomalii naczyniowych z wykorzystaniem radiologii zabiegowej. Pozyskane informacje na temat przebiegu oraz podziału poszczególnych naczyń służą nie tylko wytłumaczeniu niespecyficznych objawów klinicznych, ale również pozwalają na zaplanowanie operacji kardiologicznej przez określenie przestrzennych warunków topograficznych [3].

Piśmiennictwo

1. Głowacki J, Maślanka P, Miszański-Jamka K, i wsp. Współistnienie koarktacji aorty z anomalią tętnic łuku aorty na podstawie badań naczyniowych w 64-warstwowej tomografii komputerowej. *Kardiochir Torakochir Pol* 2008; 5(3): 328–331.
2. Desai B, Toole JF. Kinks, coils, and carotids: a review. *Stroke* 1975; 6(6): 649–653.
3. Dziekiewicz M, Brzozowski K, Jaroń B. Zmienność anatomiczna naczyń odchodzących od łuku aorty – opis dwóch przypadków. *Acta Angiol* 2006; 12(2): 80–84.
4. Kancik E, Rymarz E, Prystupa A, i wsp. Zespół podkradania tętnicy kręgosłupowej. *Fam Med Prim Care Rev* 2011; 3: 642–645.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Emilia Kancik
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych UM
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1
ul. Staszica 16
20-081 Lublin
Tel.: 505 816-824
E-mail: drkancik@interia.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.02.2013 r.

Po recenzji: 10.03.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 25.03.2013 r.