

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России
Кафедра лучевой диагностики ИПО

Случай 270: Спонтанная диссекция коронарной артерии, связанная с фибромускулярной дисплазией

 Mario Sutil-Vega¹ ✉, Daniel Romeu Vilar², Antonio J. Barros-Membrilla, Xavier Millán, J. Alberto Hidalgo, Guillem Pons-Lladó

✓ Author Affiliations

Published Online: Sep 19 2019 | <https://doi.org/10.1148/radiol.2019170822>

Выполнил:
Ординатор кафедры
лучевой диагностики
ИПО
Фоос Глеб Анатольевич

Красноярск 2022

Актуальность

- Спонтанная диссекция коронарных артерий считается редким заболеванием с распространенностью 0,2-1,1% у пациентов с острым коронарным синдромом
- В 90% случаев данное заболевание встречается в у женщин, в возрасте 45–55 лет
- Артериальная гипертензия является единственным сопутствующим сердечно-сосудистым фактором риска
- Острая внутрибольничная смертность составляет менее 5% и частота повторных инфарктов и 5-10%

Факторы риска

Спонтанная диссекция коронарной артерии была связана с состояниями:

- Беременность
- Гормональная терапия
- Употребление наркотиков
- Системные воспалительные заболевания, такие как васкулит
- Нейрофиброматоз I типа
- Фибромышечная дисплазия
- Синдром Элерса-Данлоса типа IV
- Эластическая псевдоксантома
- Синдром Марфана
- Синдром Лойса-Дитца
- Потенциальные триггеры, такие как чрезмерная физическая нагрузка или интенсивный эмоциональный стресс

Лечение

- Реваскуляризация является ведущим методом лечения, ввиду малой эффективности медикаментозного лечения

Фибромускулярная дисплазия

- Заболевание, часто связанное со спонтанной диссекцией коронарных артерий
- Встречается у женщин среднего возраста и локализуется в почечных или сонных артериях, может возникать более чем в одном месте
- Вызывает извитость артерий, комбинированный ряд стенозов и аневризм, приводящих к морфологии “нити бус” и спонтанному расслоению или интрамуральной гематоме, вызывая дистальное сужение или окклюзии пораженной артерии

Васкулиты

- Группа системных аутоиммунных заболеваний, характеризующихся воспалением кровеносных сосудов
- Основной орган-мишень - сердце, поэтому в данном случае их следует рассматривать как возможную основную причину
- Отсутствие симптомов, повышенных воспалительных параметров и иммунных маркеров (СОЭ, С-реактивный уровень белка, антинуклеарные антитела, антинейтрофильные цитоплазматические антитела и ревматоидный фактор) помогли исключить диагноз васкулиты, такие как артериит Такаясу, синдром Бехчета и пурпуру Шенлейна-Геноха

- Нейрофиброматоз I типа и заболевания соединительной ткани (синдром Элерса-Данлоса IV типа, эластическая псевдоксантома, синдром Марфана, синдром Лойса-Дитца) были исключены из-за отсутствия **морфологических критериев** (пигментация кожи, нейрофибромы, повышенная гибкость связок, нестабильность суставов, гиперэластичность кожи), **эхокардиографических критериев** (дилатация аорты или легочной артерии, пролапс митрального клапана) и **семейного анамнеза**

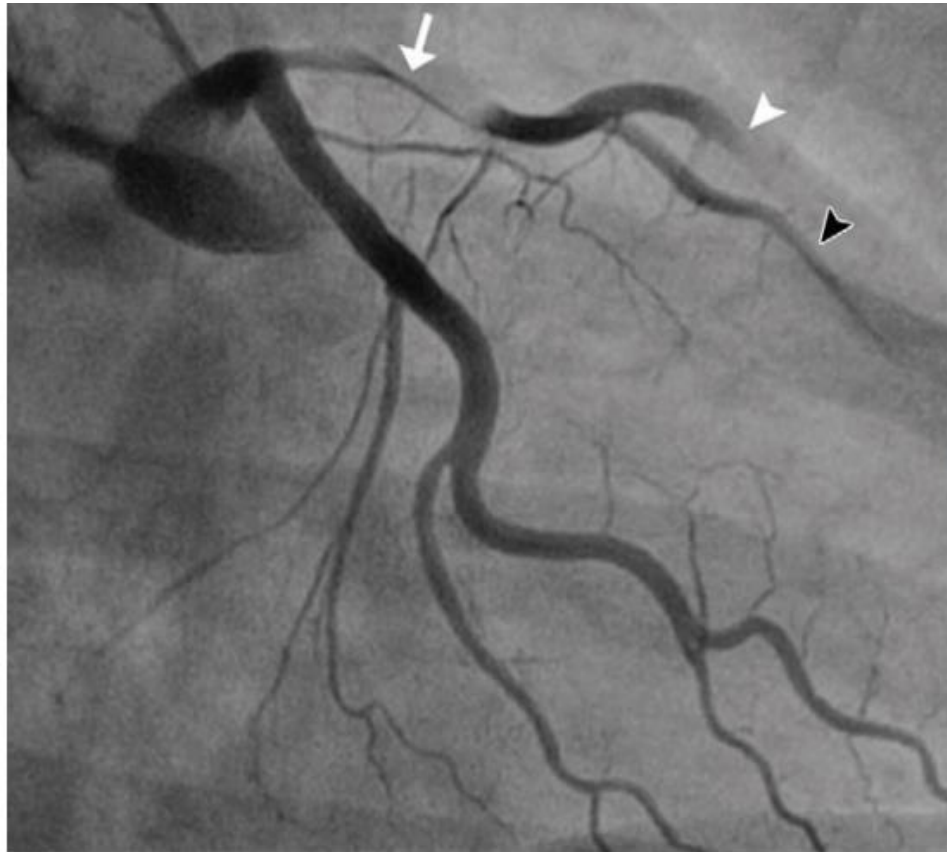
Клинический случай

- **Женщина**, 54 года, жалобы на боли за грудиной, возникшая остро, во время активной физической нагрузки
- **Анамнез:** артериальная гипертензия, постменопауза, давняя история мигренозных головных болей без гормональной или медикаментозной терапии
- **ЭКГ:** признаки инфаркта миокарда с подъемом переднего сегмента ST
- **Лабораторно:** уровень высокочувствительных Т-тропонинов составил 820 нг/л (норма, 13 нг/л). Анализы крови на С-реактивный белок, ревматоидный фактор, антинуклеарные антитела, цитоплазматические антинейтрофильные антитела и ангиотензинпревращающий фермент **отрицательные**
- **ЭхоКГ:** нормальная фракция выброса левого желудочка, без явных региональных аномалий движения стенки
- Для дальнейшей оценки была выполнена **коронарная ангиография** от основания черепа до лобкового симфиза

Результаты КАГ

- 95% стеноз по всей длине проксимального сегмента ПМЖВ с гемодинамически значимой лимитацией кровотока как в дистальной части ПМЖВ, так и в первой диагональной ветви

Коронарная ангиограмма, правая передняя косая проекция 30° и каудальная угловая проекция 20°

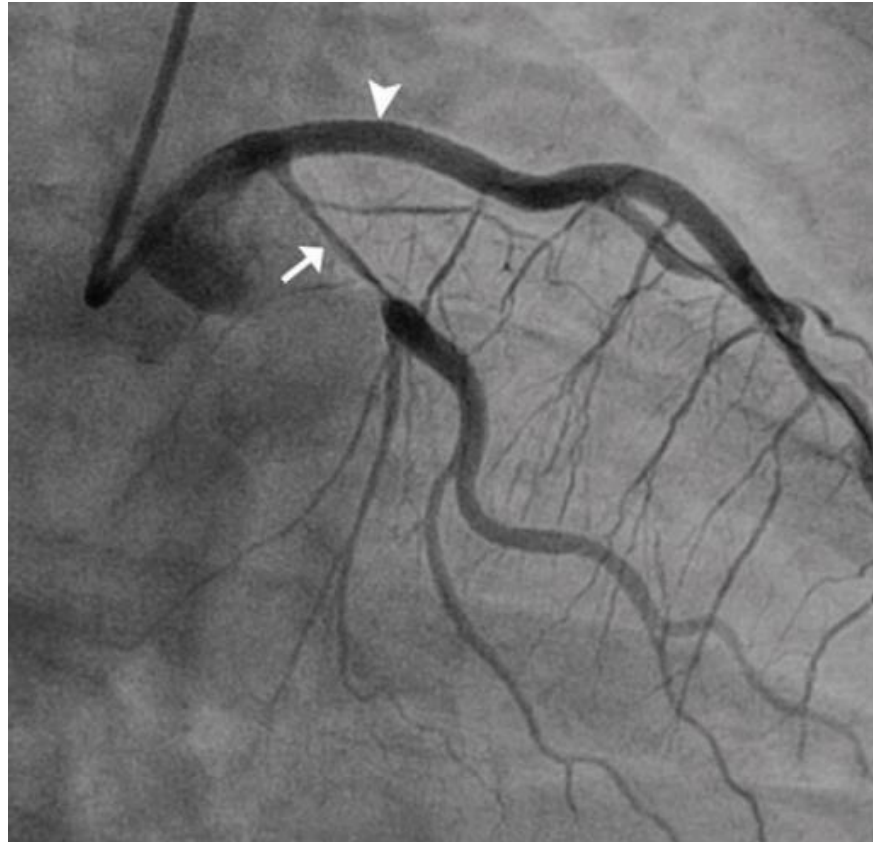


- Критическое (95%) сужение просвета (стрелка) в проксимальном отделе передней межжелудочковой ветви(ПМЖВ) артерии с лимитацией кровотока в дистальном отделе ПМЖВ (белая стрелка) и первой диагональной ветви (черная стрелка)

Результаты КАГ

- После восстановления коронарного кровотока стентом 4.0 x 23 мм, отмечалось снижение сегмента ST на электрокардиограмме (ЭКГ) и уменьшение болевого синдрома
- После стентирования возникло последующее сужение (стеноз 80%) в проксимальном сегменте левой огибающей ветви (ОВ) коронарной артерии

Коронарная ангиограмма, правая передняя косая проекция 30° и каудальная угловая проекция 20°

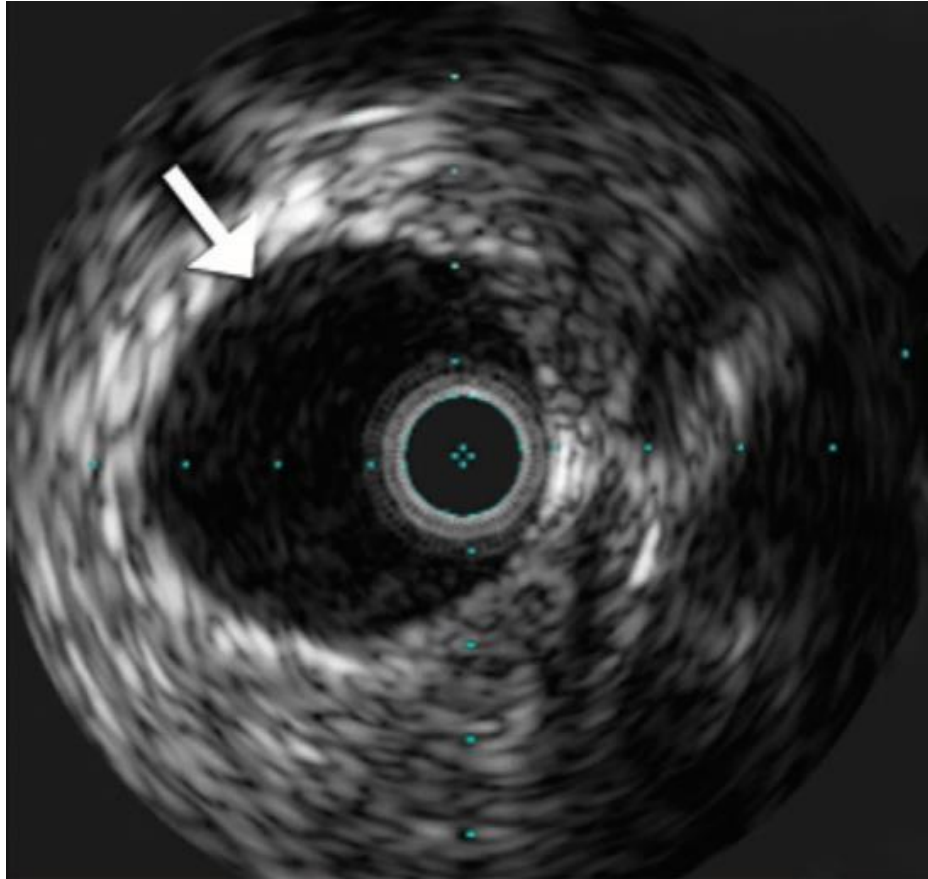


- Был установлен стент ПМЖВ (указатель стрелки), после этого появилось новое сужение просвета в проксимальном отделе ОВ (стрелка)

Результаты КАГ

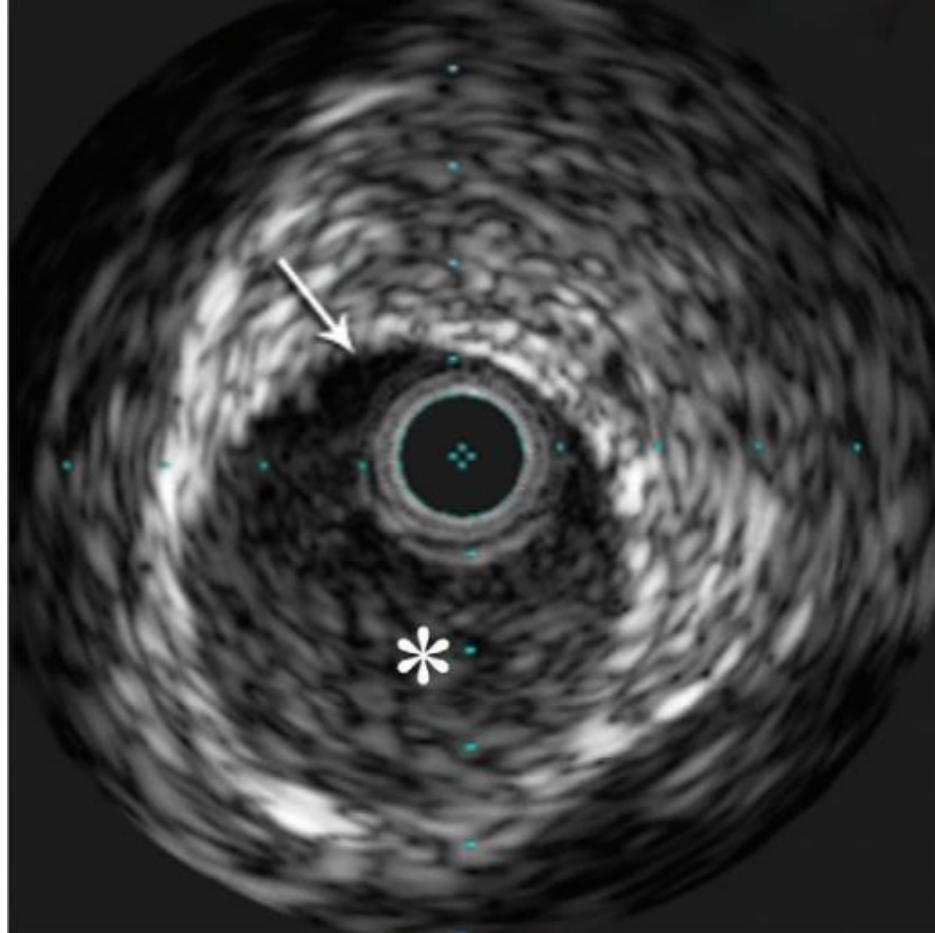
- Первоначально предполагался консервативный подход лечения, но у пациента снова появились признаки ишемии, в том числе загрудинные боли, подъем сегмента ST в боковых отведениях ЭКГ и замедление коронарного кровотока в огибающей артерии
- Перед новой попыткой ангиопластики было проведено внутривенное ультразвуковое исследование левого основного ствола, ПМЖВ и ОВ

Внутрисосудистое УЗ-изображение дистального отдела ПМЖВ



- Нормальный просвет и стенка артерии

Внутрисосудистое УЗ-изображение проксимального отдела ОКА



- Субокклюзия (стрелка) из-за сдавления интрамуральной гематомой (*)

Результаты КАГ

- После установки стента 4.0 x 33 мм в проксимальном отделе ОВ, была выполнены серии снимков, демонстрирующие восстановление кровотока в ОВ и сохранение нормального кровотока в ПМЖВ

Коронарная ангиограмма, правая передняя косая проекция 30° и каудальная угловая проекция 20°



- Восстановление нормального кровотока в ПМЖВ и ОВ

Мультифокальная фибромышечная дисплазия.

КТ с контрастированием на уровне левой(а) и правой(б) почечной артерии, аксиальная плоскость



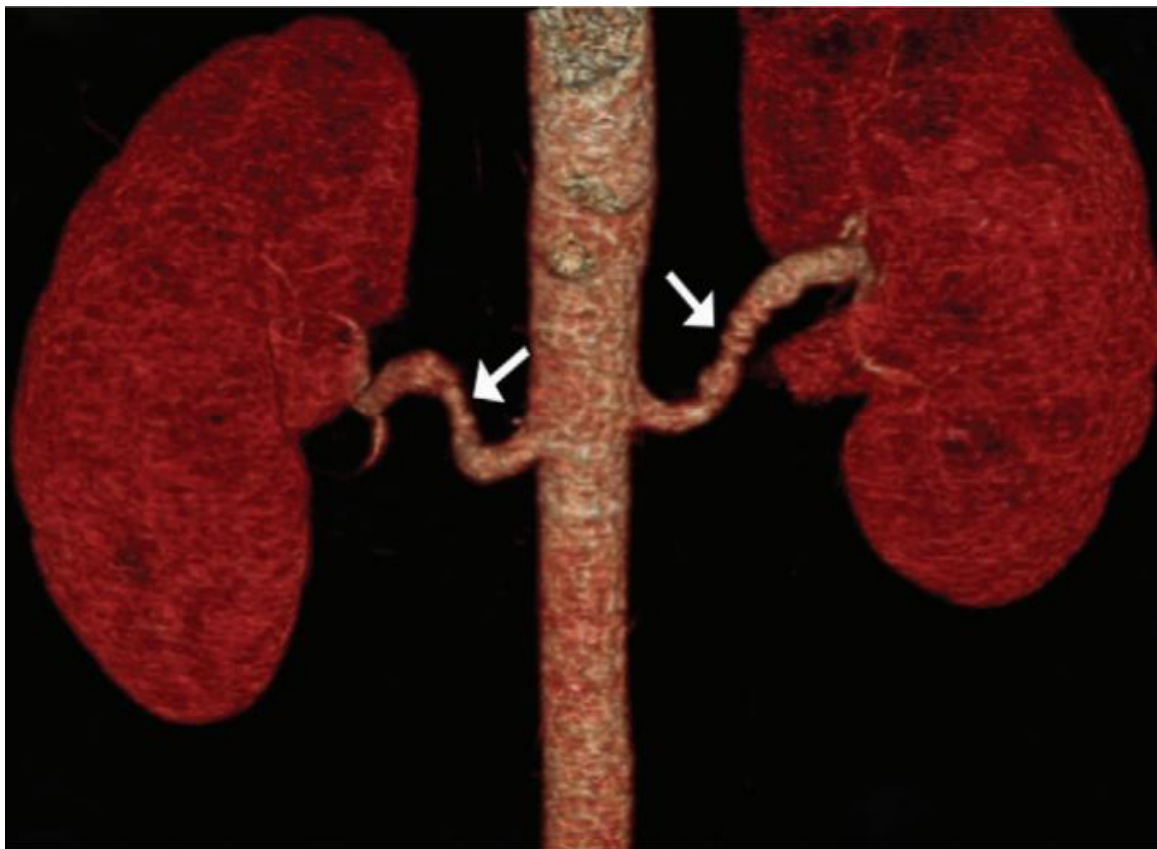
а.



б.

- Почечные артерии имеют вид “цепочки бусин” (стрелка) из-за мультифокального концентрического сужения просвета, чередующегося с областями фокальной дилатации вдоль артерий
- Аневризма селезеночной артерии, расположенная рядом с воротами селезенки (*)

Изображение коронарного объемного рендеринга



- Почечные артерии с появлением “цепочки бусин” мультифокальной фибромышечной дисплазии

Заключение

- Диагностика спонтанной диссекции коронарных артерий требует систематического скрининга ряда потенциальных причин, включая сосудистые заболевания, не связанные с коронарными артериями, такие как фибромышечная дисплазия, которая в ряде случаев является уже существующим состоянием
- КТ имеет высокую диагностическую значимость для выявления данного заболевания

Список использованных источников

- Статья URL - <https://doi.org/10.1148/radiol.2019170822>

 Mario Sutil-Vega¹ , Daniel Romeu Vilar², Antonio J. Barros-Membrilla, Xavier Millán, J. Alberto Hidalgo, Guillem Pons-Lladó

✓ Author Affiliations

Published Online: Sep 19 2019 | <https://doi.org/10.1148/radiol.2019170822>