

Κλινικό Περιστατικό

Επιμέλεια περιστατικού:

Μαλκότς Μπελκίς, Ειδικευόμενη Καρδιολογίας, MSc, PhD (c)
Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝΑ

Αιτία παραπομπής

Γυναίκα, 60 ετών, παραπέμφθηκε για καρδιολογική εκτίμηση στο πλαίσιο διερεύνησης υποτροπιαζόντων ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.

Το 2024 νοσηλεύτηκε δύο φορές στην Νευρολογική Κλινική λόγω επεισοδίων ισχαιμικού ΑΕΕ.

Στο πρώτο επεισόδιο εκδήλωσε αιφνίδια δυσαρθρία και ήπια δεξιά ημιπάρεση, με πλήρη νευρολογική αποκατάσταση μετά τη νοσηλεία και κατάλληλη αγωγή. Λίγους μήνες αργότερα ακολούθησε δεύτερο επεισόδιο με παροδική αριστερή ημιπάρεση, επίσης με καλή λειτουργική έκβαση.

Ατομικό αναμνηστικό:

- Αρτηριακή υπέρταση
- Δυσλιπιδαιμία
- Υποθυρεοειδισμός

υπό φαρμακευτική αγωγή.

Διαγνωστικός έλεγχος:

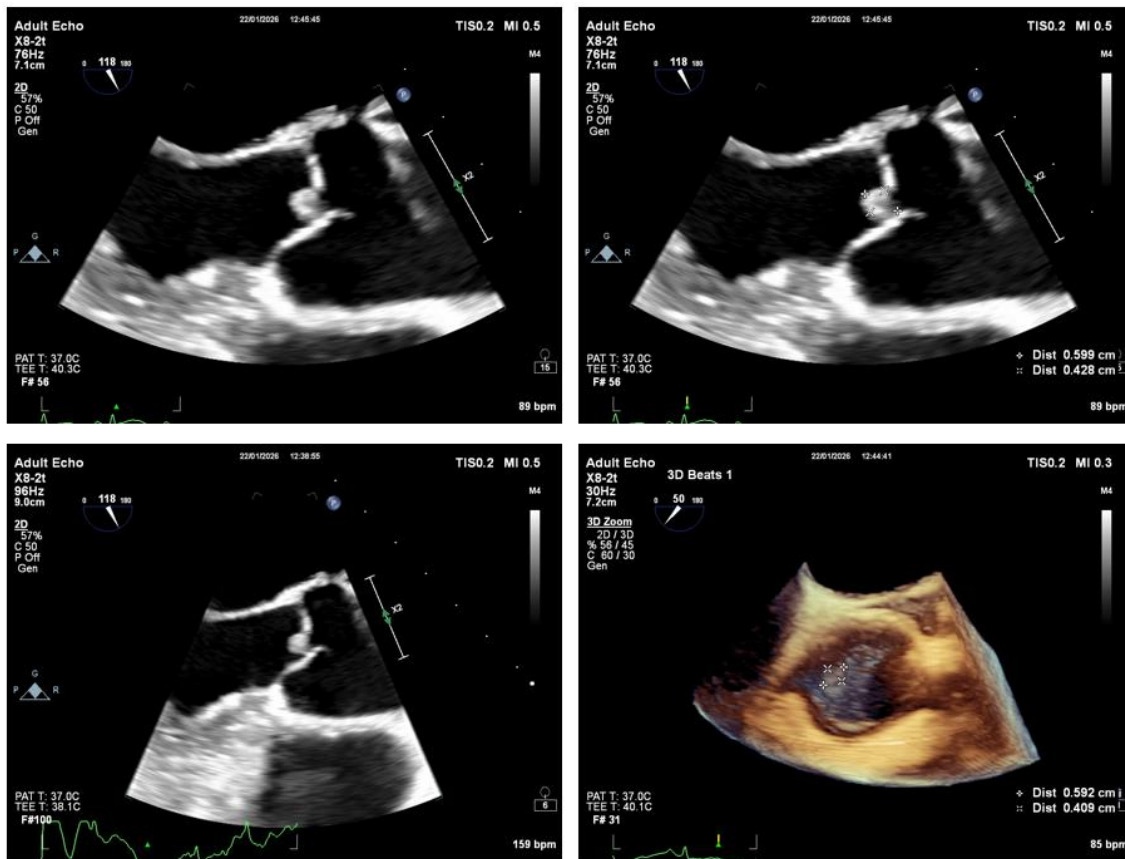
Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ανέδειξε πολλαπλές εστίες ισχαιμίας:

- Πέριξ των τριγώνων των πλαγίων κοιλιών
- Στο σώμα της δεξιάς πλάγιας κοιλίας
- Ευμεγέθη εστία στην υποφλοιώδη λευκή ουσία του δεξιού μετωπιαίου λοβού
- Μικρότερες εστίες στην εν τω βάθει και υποφλοιώδη λευκή ουσία αμφοτέρων των ημισφαιρίων

Ο υπερηχογραφικός έλεγχος καρωτίδων (Triplex) δεν ανέδειξε αιμοδυναμικά σημαντικές στενώσεις.

Ο εργαστηριακός έλεγχος θρομβοφιλίας ήταν αρνητικός, ενώ η 24ωρη καταγραφή καρδιακού ρυθμού δεν κατέδειξε επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής.

Στο πλαίσιο διερεύνησης πιθανής καρδιογενούς εμβολογόνου εστίας πραγματοποιήθηκε διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα (ΤΤΕ), το οποίο ανέδειξε μικρού μεγέθους υπερηχογενή μάζα προσκολλημένη στην αορτική βαλβίδα, με ασήμαντου βαθμού ανεπάρκεια (Εικόνα 1).



Εικόνα 1. Διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα (ΤΤΕ) που απεικονίζει την υπερηχογενή μάζα προσκολλημένη στην αορτική βαλβίδα.

Για περαιτέρω χαρακτηρισμό διενεργήθηκε διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα (ΤΤΕ), το οποίο επιβεβαίωσε εστιακή πάχυνση στη μη στεφανιαία πτυχή της αορτικής βαλβίδας, διαμέτρου 6–9 mm, με μορφολογία συμβατή με θηλώδες ινοελάστωμα.

Δεν αναδείχθηκαν άλλες ενδοκαρδιακές μάζες ή θρόμβοι. Η συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας ήταν φυσιολογική, χωρίς ενδείξεις σημαντικής βαλβιδοπάθειας.

Θεραπευτική στρατηγική:

Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα, η βλάβη θεωρήθηκε πιθανή πηγή συστηματικών εμβολών και η ασθενής παραπέμφθηκε για καρδιοχειρουργική εκτίμηση με σκοπό τη χειρουργική εξαίρεσή της.

Θηλώδες Ινοελάστωμα

Το θηλώδες ινοελάστωμα αποτελεί καλοήγη πρωτοπαθή καρδιακό όγκο και είναι ο συχνότερος όγκος των καρδιακών βαλβίδων. Εντοπίζεται κυρίως στην αορτική και μιτροειδή βαλβίδα.

Μακροσκοπικά εμφανίζεται ως μικρή, μισχωτή, υψηλής κινητικότητας μάζα με πολλαπλές θηλώδεις προσεκβολές, που συχνά περιγράφεται ως «θαλάσσια ανεμώνη».

Ιστολογικά αποτελείται από πυρήνα ινώδους και ελαστικού ιστού, ο οποίος περιβάλλεται από ενδοθήλιο. Παρότι πρόκειται για καλοήγη νεοπλασία, έχει σημαντική κλινική σημασία λόγω του αυξημένου κινδύνου συστηματικών εμβολών. Οι εμβολές μπορεί να προκύψουν είτε από αποκόλληση θραυσμάτων του ίδιου του όγκου είτε από θρόμβους που σχηματίζονται στην επιφάνειά του.

Κλινική εικόνα

Οι περισσότεροι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί και η διάγνωση τίθεται τυχαία.

Όταν υπάρχουν συμπτώματα, αυτά σχετίζονται κυρίως με εμβολικά επεισόδια:

- Ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
- Παροδικά ισχαιμικά επεισόδια
- Στεφανιαία εμβολή με στηθάγχη ή έμφραγμα
- Περιφερικές εμβολές

Η εντόπιση στην αορτική βαλβίδα σχετίζεται ιδιαίτερα με αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλικών εμβολών, όπως στο παρόν περιστατικό.

Διάγνωση

Η υπερηχοκαρδιογραφία αποτελεί τη βασική διαγνωστική μέθοδο.

- Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα μπορεί να θέσει την υποψία.
- Το διοισοφάγειο υπερηχοκαρδιογράφημα έχει μεγαλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα, επιτρέποντας καλύτερη απεικόνιση του μίσχου, της κινητικότητας και του σημείου πρόσφυσης.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει:

θρόμβο, εκπλαστήσεις ενδοκαρδίτιδας, ινώδη πάχυνση βαλβίδων (Lambli's excrescences) και άλλους πρωτοπαθείς καρδιακούς όγκους.

Θεραπεία

Η θεραπευτική προσέγγιση εξαρτάται από:

- Την παρουσία συμπτωμάτων
- Το μέγεθος και την κινητικότητα της μάζας
- Την εντόπιση της

Σε συμπτωματικούς ασθενείς ή σε ασθενείς με προηγούμενα εμβολικά επεισόδια συνιστάται χειρουργική αφαίρεση, η οποία είναι συνήθως ασφαλής και οριστική, με χαμηλό ποσοστό υποτροπής και διατήρηση της βαλβιδικής λειτουργίας.

Σε ασυμπτωματικούς ασθενείς μπορεί να ακολουθηθεί εξατομικευμένη προσέγγιση, με χειρουργική αντιμετώπιση σε περιπτώσεις υψηλής κινητικότητας ή μεγέθους >1 cm, ιδίως όταν η βλάβη εντοπίζεται στην αριστερή καρδιά.