

Spontane dissectie van een coronairarterie bij fibromusculaire dysplasie

Lieke Bakkerus, Angela Maas

L.H. Bakkerus, student geneeskunde, Radbouduniversiteit, Nijmegen

A.H.E.M. Maas, hoogleraar cardiologie voor vrouwen, afdeling Cardiologie, Radboudumc, Nijmegen

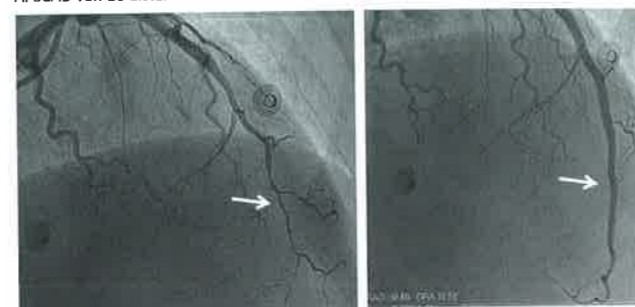
Leerpunten

- Bij vrouwen onder de 50 jaar met een acuut myocardinfarct wordt ongeveer 10% veroorzaakt door een spontane dissectie van de coronairarterie (SCAD).
- Fibromusculaire dysplasie (FMD) komt voor bij 20-40% van de patiënten met SCAD; alle patiënten met SCAD dienen gescreend te worden op FMD.
- Bij een SCAD met een behouden flow van de aangedane coronairarterie wordt een conservatief beleid geadviseerd; stentplaatsing is alleen aangewezen bij een gestoorde flow.
- Bij een SCAD wordt behandeling met acetylsalicylzuur geadviseerd, hoewel de duur van de behandeling nog onbekend is.

Casus

Een 49-jarige vrouw, zonder voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten, krijgt plotseling last van aanvallen van brandend maagzuur. Na een dag van aanhoudende klachten neemt zij contact op met de huisarts, die haar doorstuurt naar de Spoedeisende Hulp. In het ziekenhuis collabeert zij, waarbij het ECG veranderingen laat zien passend bij een ST-elevatie myocardinfarct (STEMI). Er wordt met spoed een coronaire angiografie gedaan, die tekenen vertoont van een *spontaneous coronary artery dissection* (SCAD) in de LAD (figuur 1). Wegens een slechte bloeddoorstroming (TIMI-flow 1) wordt besloten tot een coronaire interventie (PCI), waarbij vier *drug-eluting stents* geplaatst worden (figuur 1). Een half jaar later blijkt uit een screenend CT-onderzoek van de abdominale en cerebrovasculaire vaten dat mevrouw lijdt aan

A. SCAD van de distale LAD B. LAD na PCI met plaatsing 4 stents

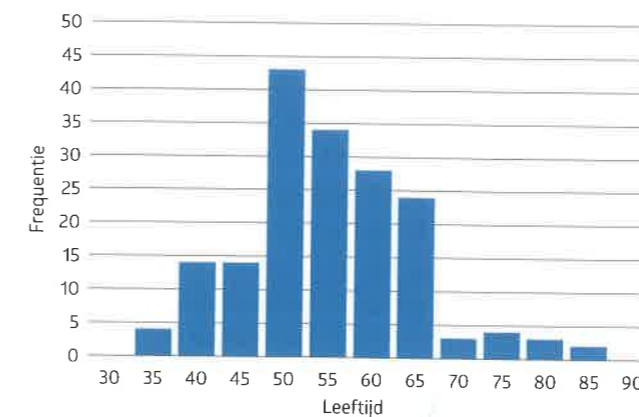


Figuur 1 Coronaire angiografie van de casuspatiënte met SCAD voor (A) en na (B) behandeling.

fibromusculaire dysplasie (FMD). Zij heeft daarbij passende afwijkingen aan de truncus coeliacus, de arteria mesenterica superior, beide nierarteriën en de arteria carotis interna. De patiënte is niet familiair belast voor hart- en vaatziekten en ook andere bindweefselziekten zoals het Ehlers-Danlosyndroom komen niet in haar familie voor. Zij rookt niet en is niet bekend met hypertensie. Achteraf is geen luxerend moment voor de SCAD aanwijsbaar, zij heeft ook geen uitzonderlijke fysieke of emotionele stress doorgemaakt in de weken voor het acuut coronair syndroom (ACS). Na een periode van drie maanden, waarin zij zo nu en dan nog lichte klachten heeft van pijn op de borst in rust, zijn haar klachten geleidelijk aan verdwenen. Haar medicatie bestaat uit bisoprolol 1,25 mg 2 dd, gabapentine 300 mg, pantoprazol 40 mg en ticagrelor 90 mg 2 dd.

Spontane dissectie van een coronairarterie (SCAD)

Bij een SCAD is er meestal sprake van een plotselinge scheur in de intima van de vaatwand, waardoor het ware lumen wordt gecompriëerd door het valse lumen ten gevolge van trombusvorming in de media (zie figuur 2). Daarbij is in sommige gevallen een dissectieflap op het coronaire angiogram zichtbaar. Bij een minderheid van de SCAD's is sprake van een

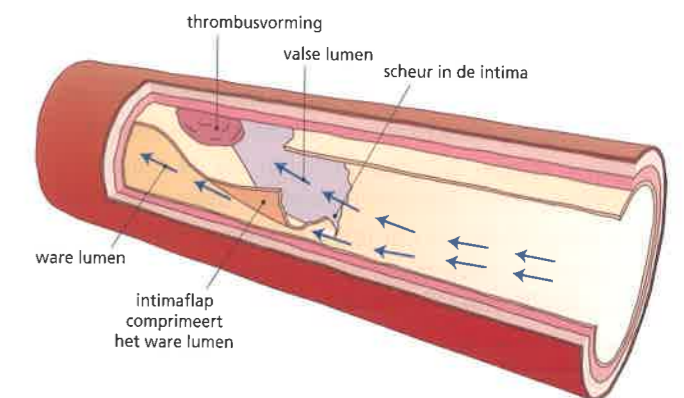


Figuur 2 Histogram met de leeftijdsverdeling van SCAD (ontleend aan: Saw J, et al. *Circulation* 2014;7:645-55).

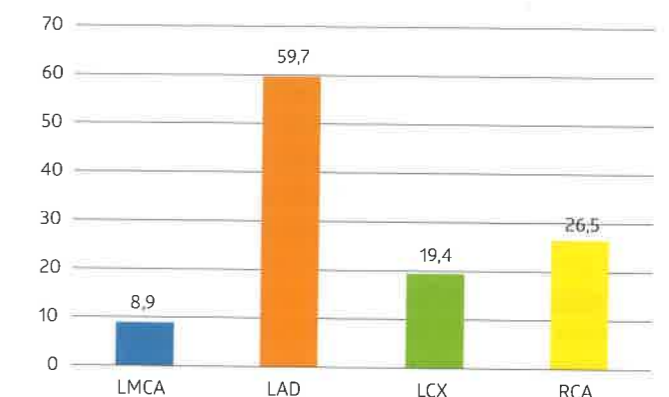
hematoom in de media zonder initiële scheur van de intima.¹ In beide gevallen leidt dit tot het klinisch beeld van een ACS, meestal in de vorm van een STEMI. Meer dan 90% van de SCADs komen voor bij jonge vrouwen, met een piek in de leeftijdsfase 45-65 jaar (zie figuur 3).² In de Zwolle infarctdatabase vonden wij een SCAD bij 10% van de 263 vrouwen met een STEMI onder de 50 jaar. Dit komt overeen met de eerdere bevindingen van Vanzetto et al. uit Italië.³

Beleid in de acute fase

Een SCAD wordt gediagnosticeerd bij een coronaire angiografie. In figuur 4 staan de voorkeurslokalisaties van een SCAD weergegeven. Het betreft meestal de LAD. De angiografische uitingsvormen van een SCAD kunnen verschillen en moeilijk te onderscheiden zijn van atherosclerose. Hierdoor kan de diagnose SCAD lastig zijn en wordt deze nog wel eens gemist. Juist bij jonge vrouwen moet hieraan gedacht worden. De dissectieplaats kan meestal goed zichtbaar gemaakt worden met speciale beeldvormingstechnieken zoals *intravascular ultrasound* (IVUS) en *optical coherence tomography* (OCT). Hierbij wordt gebruikgemaakt van een speciale katheter die in de coronairarterie wordt opgevoerd en met ultrageluidsgolven (IVUS) of hoogfrequente lichtgolven (OCT) de vaatwand van de coronairen nauwkeurig kan afbeelden. Ook het ware en valse lumen zijn hiermee goed van elkaar te onderscheiden. Een groot bezwaar van deze intracoronaire technieken is het risico op een secundaire iatrogene dissectie, vooral bij jonge vrouwen in de instabiele fase van een ACS. Daarom is men hiermee terughoudend en neigt men naar een conservatief beleid indien de TIMI-flow 2 of hoger is.



Figuur 3 Intimaflap met ware en valse lumen.



Figuur 4 Grafiek met verhouding aangedane coronairarteriën SCAD (ontleend aan: Giaccopo D, et al. *International Journal of Cardiology* 2014;175(1):8-20).

TIMI-flow

TIMI-flow is ontwikkeld door de *Thrombolysis In Myocardial Infarction* studiegroep om semikwantitatief de doorbloeding van de coronairen te evalueren. Bij TIMI-flow 0 ontbreekt de antegrade doorbloeding; bij TIMI-flow 1 vult de coronair zich traag en onvolledig; bij TIMI-flow 2 vult de coronair zich traag maar wel volledig; TIMI-flow 3 staat voor normale flow.

De indruk bestaat dat plaatsing van een stent vaker leidt tot angineuze restklachten. Meestal geneest een SCAD spontaan binnen een paar maanden. De kans op een recidief wordt in de verschillende publicaties geschat op 10-17%.⁴ Door sommigen wordt gesuggereerd dat de mate van tortuositas van de coronairvaten gerelateerd is aan een recidief SCAD, maar dit is nog niet bevestigd in longitudinaal onderzoek.⁵