

**SubID:** 31150802355

**Typ sesji:** PS - Sesja Plakatowa

**Język prezentacji:** polski

**Tytuł pracy:** Amyloidoza serca w wynikach scyntygrafii wykonywanej przy użyciu [<sup>99m</sup>Tc]Tc-DPD. Doświadczenia 1-ośrodkowe.

**Temat:**

**Autor / Autorzy:** Katarzyna Jóźwik-Plebanek<sup>1</sup>, Jacek Wnuk<sup>1</sup>, Marek Cacko<sup>1</sup>, Monika Gawor<sup>2</sup>, Maria Franaszczyk<sup>3</sup>, Jacek Grzybowski<sup>2</sup>, Anna Teresińska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Samodzielna Pracownia Medycyny Nuklearnej, Narodowy Instytut Kardiologii, Warszawa

<sup>2</sup>Oddział Kardiomiopatii, Narodowy Instytut Kardiologii, Warszawa

<sup>3</sup>Pracownia Biologii Molekularnej, Narodowy Instytut Kardiologii, Warszawa

**Abstrakt:**

Wstęp: Amyloidoza (A) jest chorobą systemową związaną z pozakomórkowym odkładaniem się nieprawidłowego białka o budowie włóknkowej - amyloidu. Dwa najczęstsze typy A związane z zajęciem serca (S) to A łańcuchów lekkich (AL) oraz A transtyretynowa (ATTR). Różnicowanie typów oraz ocena zajęcia S ma kluczowe znaczenie kliniczne i prognostyczne. Nowy algorytm diagnostyczny oparty na badaniu scyntygraficznym (SCYNT) z wykorzystaniem znaczników kostnych w połączeniu z badaniami białka monoklonalnego w krwi i moczu (BMk/m) pozwala zrezygnować z wykonywania diagnostyki (DIAG) inwazyjnej.

Cel: Opisanie roli SCYNT wykonywanej przy użyciu [<sup>99m</sup>Tc]Tc-DPD (DPD) w DIAG różnicowej kardiomiopatii u pacjentów (pts) z podejrzeniem amyloidozy serca (AS).

Metodyka: W okresie 08.2018-01.2020 SCYNT wykonano u 70 pts (50M,20K) z rozpoznaną kardiomiopatią i z podejrzeniem AS wysuniętym na podstawie oceny klinicznej oraz badania (BAD) ECHO i/lub MRI. Rejestracje obrazów całego ciała (WB) wykonano po 3h od podania DPD. Wychwyty DPD w S oceniano wizualnie niezależnie 3 obserwatorów, wg 4-st. skali Perugini (skala 0-3). U każdego chorego wykonano BMk/m. U pts ze stwierdzonym wysokim wychwytem DPD w S wykonano badania genetyczne (BAD-GEN) w kierunku mutacji genu transtyretyny. Rozszerzona diagnostyka (DIAG-EXT) służąca rozpoznaniu choroby obejmowała BAD histopatologiczne i DIAG hematologiczną w zależności od obrazu klinicznego.

Wyniki: Wychwyty DPD w S stwierdzono u 18 pts: stopień 3 u 15 pts, stopień 2 u jednego i stopień 1 u dwóch pts. Wyniki oceny poszczególnych obserwatorów nie różniły się między sobą w przypadku wychwyty „3” i „0” (100% zgodności). W przypadku wychwyty „2” lub „1” wynik ustalono na podstawie konsensu.

Spośród 16 pts z wychwytem „2” lub „3”, u 8 nie stwierdzono obecności BMk/m wobec czego rozpoznano ATTR (u 4/8 pts rozpoznano postać dziedziczną). Na podstawie DIAG-EXT: a) u 8 pozostałych pts z wychwytem „2” lub „3” rozpoznano ATTR, b) u obu pts z wychwytem „1” rozpoznano AL, c) w grupie 52 pts bez wychwyty DPD w S nie stwierdzono ATTR. Ostatecznie, u wszystkich 16 pts z wychwytem „2” lub „3” rozpoznano ATTR a u żadnego z pozostałych pts nie rozpoznano ostatecznie ATTR.

Ponadto zwiększony wychwyty DPD stwierdzono w obrębie jamy ustnej u 3 pts z ATTR i jednego z AL (wychwyty w sercu „0”) i w tarczycy u 2 pts (wychwyty w sercu „3” oraz „0”).

Wnioski: Scyntygrafia WB przy użyciu DPD jest metodą łatwą w zakresie rejestracji i bardzo wysoko powtarzalną w zakresie interpretacji obrazów pod kątem AS. U 50% chorych z ATTR S, wynik SCYNT (wysoki wychwyty DPD w S) wraz z brakiem obecności BMk/m

umożliwił postawienia rozpoznania bez konieczności prowadzenia dodatkowej DIAG.  
Badanie WB dostarcza dodatkowe informacje o wychwycie DPD w strukturach pozasercowych i pozaszkieletowych u pts z AS, jednak ich znaczenie pozostaje niejasne.