

Skrzepliny w echokardiografii

Andrzej Wojtarowicz, Edyta Płońska-Gościńskiak, Maciej Lewandowski, Irmina Kossuth

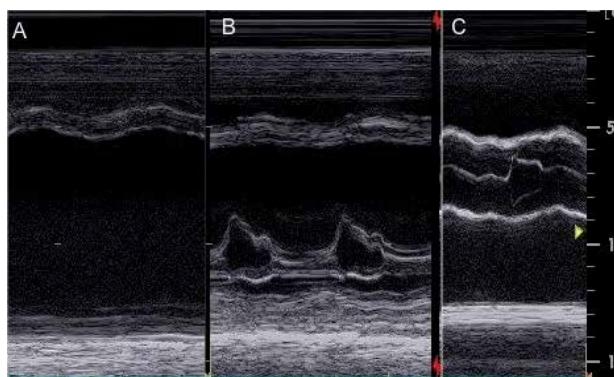
Klinika Kardiologii Pomorskiej Akademii Medycznej
w Szczecinie

Adres do korespondencji:

Klinika Kardiologii
Pomorska Akademia Medyczna
al. Powstańców Wlkp. 72
70-111 Szczecin

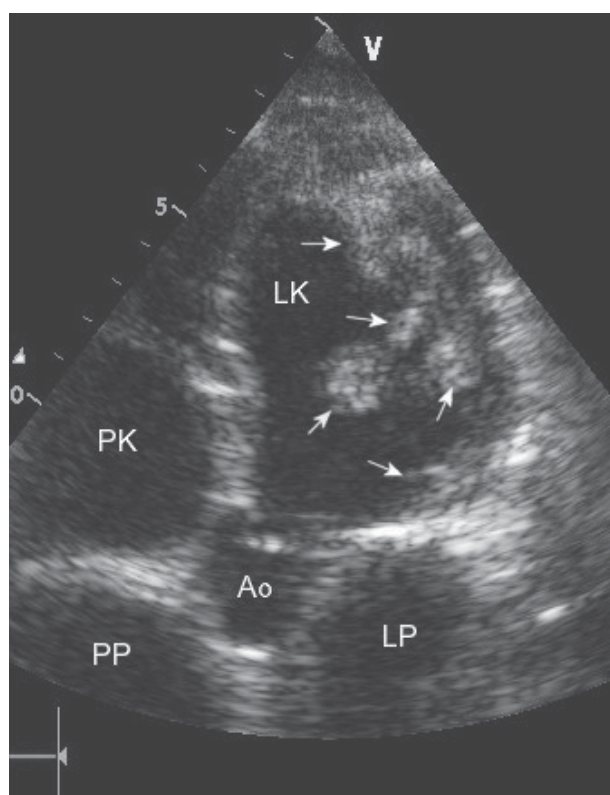
Palący tytoń 21-letni mężczyzna został przyjęty do Kliniki Kardiologii Pomorskiej Akademii Medycznej z objawami lewokomorowej niewydolności serca oraz uczuciem szybkiego bicia serca trwającym od kilku tygodni. Około 5 miesięcy wcześniej przebył infekcję grypopodobną. W badaniach dodatkowych stwierdzono nieco podwyższone wykładniki stanu zapalnego (CRP) i leukocyturię, które ulegały normalizacji w ciągu 2-tygodniowej obserwacji. EKG wykazało tachykardię zatokową o częstości 120/min, brak progresji załamka R w V_1 - V_5 i ujemne załamki T w V_5 - V_6 , ponadto pobudzenia przedwczesne pochodzenia komorowego (dwuosrodkowe). W badaniu ultrasonograficznym stwierdzono obecność cech kardiomiopatii rozstrzeniowej (kulista jama lewej komory, LVEDd 74 mm, LVEDs 71 mm, uogólniona hipokineza z globalną LVEF 17%) ze skrzeplinami w obu komorach serca. Poza typowym leczeniem niewydolności serca wdrożono leczenie przeciwkrzepliwie (początkowo heparyną drobnocząsteczkową, a następnie warfaryną) i antybiotykoterapię. W kontrolnym badaniu ultrasonograficznym po 3 tygodniach leczenia przeciw-

krzepliwego nie stwierdzono skrzeplin w jamach serca, przy braku klinicznych cech zatorowości obwodowej w trakcie obserwacji. Nie stwierdzono natomiast poprawy funkcji lewej komory, a ze względu na nasilenie objawów niewydolności serca chory ponownie został przyjęty do kliniki w celu leczenia i kwalifikacji do dalszego postępowania.



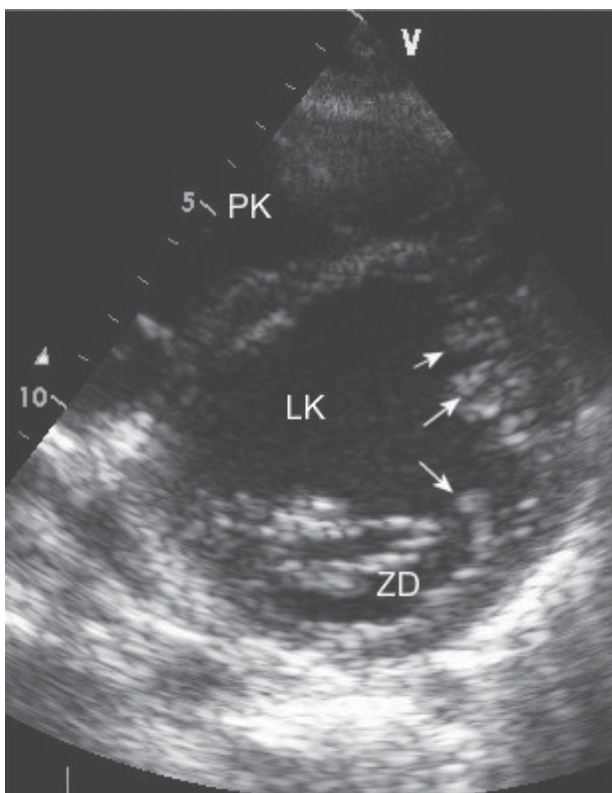
RYCINA 1

Badanie w dniu przyjęcia, prezentacja M. **A.** Poszerzona lewa komora z hipokinezą przegrody międzykomorowej i akinezą tylnej ściany. **B.** Poziom zastawki dwudzielnej. **C.** Poziom zastawki aortalnej – przymyknięcie płatków w trakcie trwania skurczu.



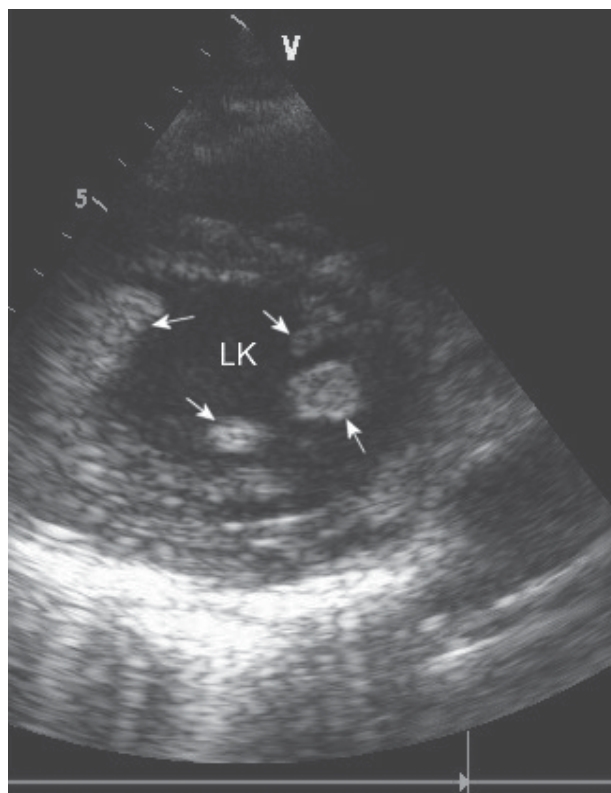
RYCINA 2

Pierwsze badanie kontrolne w trakcie hospitalizacji. Projekcja pięciojamowa z koniuszka. Liczne skrzepliny przyścienne i balotujące, głównie wzdłuż ściany bocznej i w koniuszku, również przy pierścieniu mitralnym (strzałki). LK – lewa komora, LP – lewy przedsionek, PK – prawa komora, PP – prawy przedsionek, Ao – aorta.



RYCINA 3

Obraz w osi krótkiej przymostkowej na poziomie zastawki dwudzielnej. Ruchome skrzepliny przy ścianie bocznej i przy pierścieniu mitralnym. LK – lewa komora, PK – prawa komora, ZD – zastawka dwudzielna.



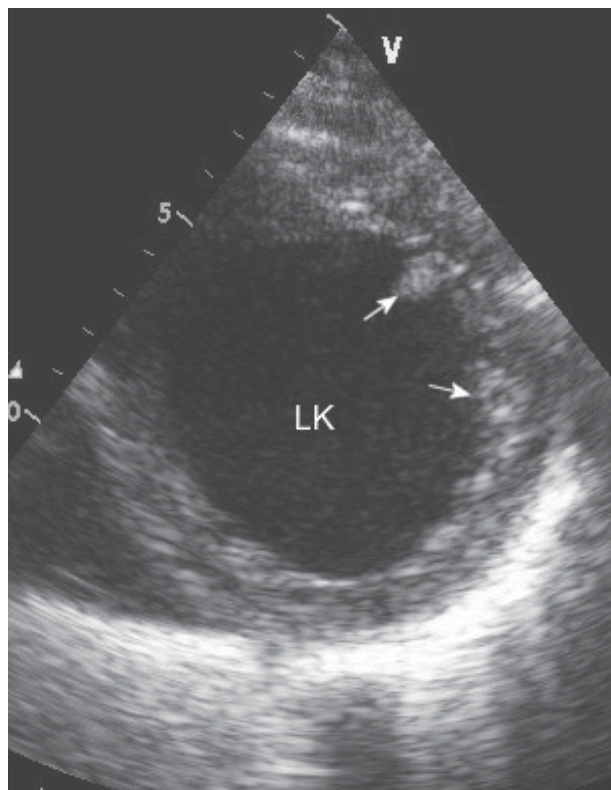
RYCINA 4

Nietypowa skośna projekcja zbliżona do osi krótkiej. Duże ruchome skrzepliny w świetle lewej komory i gruba skrzeplina tapetująca ścianę (strzałki).

Odpowiedź ze str. 66

Odpowiedź:

Opisane powyżej tętniakowate poszerzenie pnia tętnicy płucnej u młodej kobiety (ryc. 1) ma prawdopodobnie charakter idiopatyczny. Wykonane badania nie potwierdziły bowiem obecności nadciśnienia płucnego zarówno serc pochodnego, jak i wynikającego z patologii w zakresie układu oddechowego. Poszerzenie pnia (średnica 5 cm [górną granicę normy – 2,9 cm]) obejmuje także zatoki tętnicy oraz pierścień zastawki płucnej. W postępowaniu u chorego z samoistnym poszerzeniem pnia tętnicy płucnej należy zawsze rozważyć wykonanie zabiegu operacyjnego, chociaż wskazania do tej metody leczenia nie są jasno określone. W przedstawionej sytuacji zabieg operacyjny jest tym bardziej uzasadniony, że poszerzeniu pnia tętnicy towarzyszy fala zwrotna płucna o istotnym stopniu zaawansowania (poszerzona talia niedomykalności – ryc. 2). Cofanie się krwi do jamy prawej komory powoduje jej przeciążenie objętościowe i wtórną rozstrzeń (ryc. 3). Spośród przedstawionych argumentów przemawiających za celowością leczenia operacyjnego najbardziej przekonująca jest wybitnie zmniejszona amplituda ruchu pierścienia zastawki trójdzielnej (TAM). W warunkach prawidłowych wielkość tej amplitudy powinna wynosić 24–26 mm. Wartość 9 mm uzyskana w badaniu (ryc. 4) wskazuje na istotnie upośledzoną funkcję skurczową prawej komory i potwierdza zasadność przeprowadzenia operacji (mimo braku klinicznych cech niewydolności prawej komory).



RYCINA 5

Badanie kontrolne po 2 dniach, oś krótka przymostkowa. W świetle lewej komory jedynie pojedyncze, nieduże skrzepliny przyścienne (strzałki).