

Zagadka echokardiograficzna

MIROŚLAW KOWALSKI

Klinika Wad Wrodzonych Serca, Instytut Kardiologii w Warszawie-Aninie

Kardiologia po Dyplomie 2011; 10 (9): 48

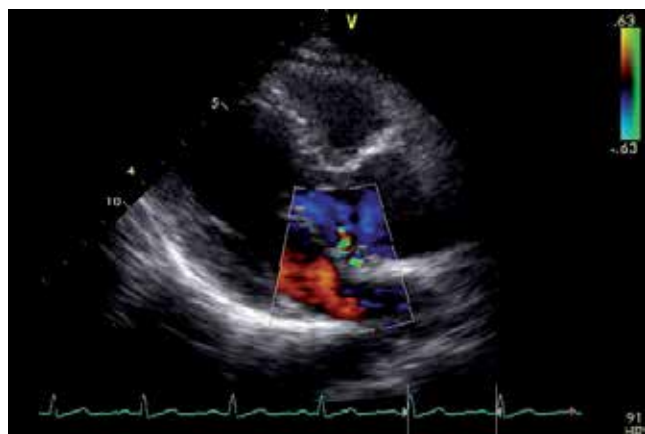
Dane kliniczne:

Mężczyzna, lat 25, z dwupłatkową zastawką aortalną przebył przed rokiem infekcyjne zapalenie wsierdzia, skutecznie leczone antybiotykami. Pozostałością po zapaleniu był rejestrowany w badaniu echokardiograficznym tętniak mykotyczny, zlokalizowany w tkance okołoaortalnej i komunikujący się z drogą odpływu lewej komory. Po roku od zakończenia antybiotykoterapii chory zaczął ponownie gorączkować, a wzrostom temperatury towarzyszyło uczucie osłabienia i kaszel. Lekarze w ośrodku rejonowym uznali, że powodem złego stanu pacjenta jest zapalenie płuc. Mężczyzna otrzymał cefuroksym i gentamycynę, leczenia nimi jednak nie kontynuowano

z powodu bólów brzucha i wzrostu aktywności transaminaz. Badanie echokardiograficzne wykonane w ośrodku rejonowym uwidocznilo poszerzoną do 42 mm opuszkę aorty i jamę po opróżnionym ropniu o maksymalnej średnicy 15 mm z niewielką falą zwrotną widoczną w drodze odpływu lewej komory. Ze względu na utraty przytomności i nawracające drętwienia lewej połowy ciała chory został skierowany do ośrodka referencyjnego.

Pytanie:

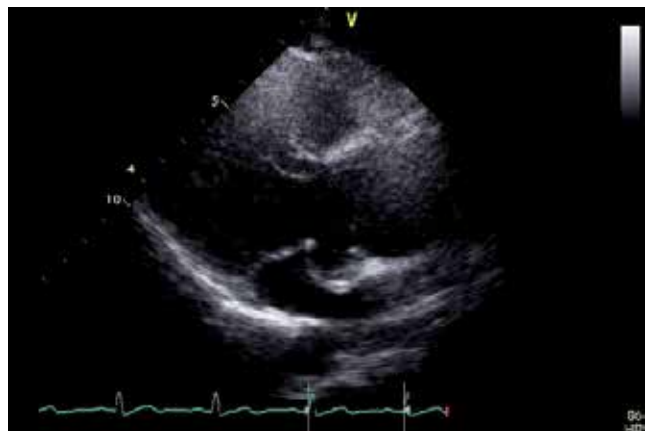
Co może być powodem pogorszenia stanu ogólnego pacjenta? Czy u chorego należy wznowić intensywną antybiotykoterapię? Czy należy go operować?



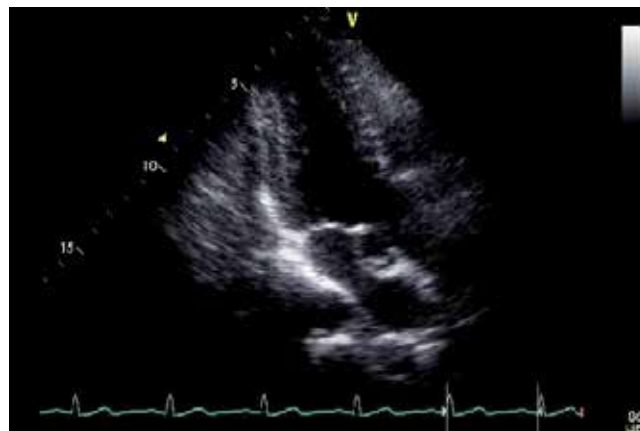
RYCINA 1. Badanie dopplerowskie znakowane kolorem. Projektja przymostkowa w osi długiej.



RYCINA 2. Prezentacja 2D. Projektja przymostkowa w osi długiej.



RYCINA 3. Prezentacja 2D. Projektja przymostkowa w osi długiej.



RYCINA 4. Prezentacja 2D. Projektja koniuszkowa trójjamowa.

Odpowiedź na str. 47