

Masywne skrzepliny w lewym przedsionku u pacjenta z zaawansowaną stenozą mitralną

Andrzej Wojtarowicz, Edyta Płońska-Gościniak

Klinika Kardiologii PAM w Szczecinie

Adres do korespondencji

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

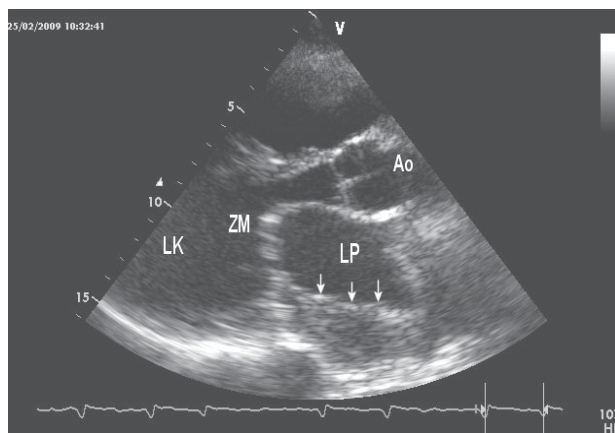
Kardiologia po Dyplomie 2010; 9 (5): 47-48

Zwężenie lewego ujścia żylnego (stenoza mitralna), zwłaszcza jeśli nie stwierdza się istotnej niedomykalności, natomiast gdy współistnieje częste w tej wadzie migotanie przedsionków, sprzyja powstawaniu skrzeplin w lewym przedsionku. Powstają one najczęściej w uszku, jednak przy znacznym zwolnieniu przepływu krwi mogą powstawać w innych częściach przedsionka. Zator obwodowy może być pierwszą kliniczną manifestacją stenozy mitralnej. Niewystarczające leczenie przeciwkrzepliwie lub jego zaniechanie oczywiście znacznie zwiększa prawdopodobieństwo powstania skrzeplin.

Prezentujemy przypadek 60-letniego chorego ze stenozą mitralną rozpoznaną wiele lat wcześniej. W 2003 r. stwierdzono u chorego utrwalone migotanie przedsionków. W 2004 r. zaproponowano mu leczenie operacyjne,

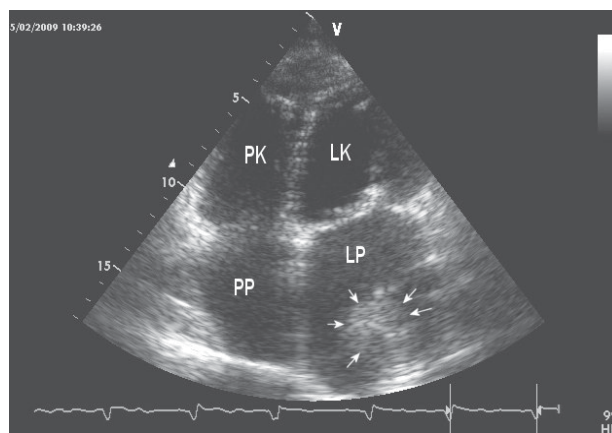
na które pacjent nie wyraził zgody. Leczył się nieregularnie, przez większość czasu nie przyjmował antykoagulantów. Jego stan powoli się pogarszał, okresowo objawy osiągały nasilenie IV klasy niewydolności wg NYHA. W 2009 r. zdecydował się na leczenie operacyjne i został przyjęty do Kliniki Kardiologii PAM w celu uzupełnienia diagnostyki. W chwili przyjęcia chory był w III klasie wg NYHA. Stwierdzono migotanie przedsionków ze średnią czynnością komór 90/min, natomiast koronarografia nie wykazała istotnych zmian.

W badaniu echokardiograficznym przezklatkowym stwierdzono typowe objawy zaawansowanej stenozy mitralnej z masywnym zwapnieniem zastawki i polem ujścia mitralnego ok. 0,7 cm² oraz jedynie niewielką niedomykalność mitralną. Występowały cechy przeciążenia



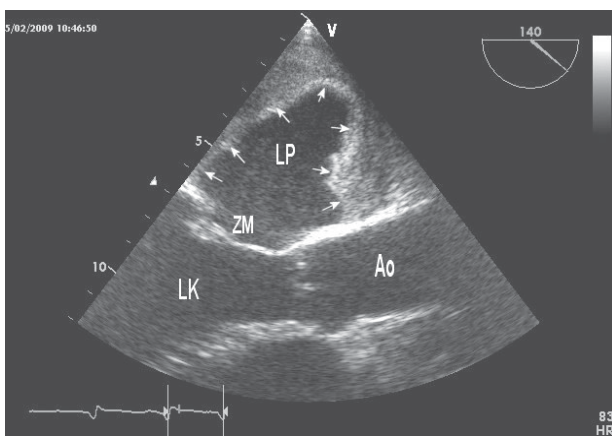
RYCINA 1

Oś długa przymostkowa. Stenotyczna zastawka mitralna (ZM). Przy tylnej ścianie poszerzonego lewego przedsionka (LP) duża, przyścienna skrzeplina (strzałki). LK – lewa komora, Ao – aorta.



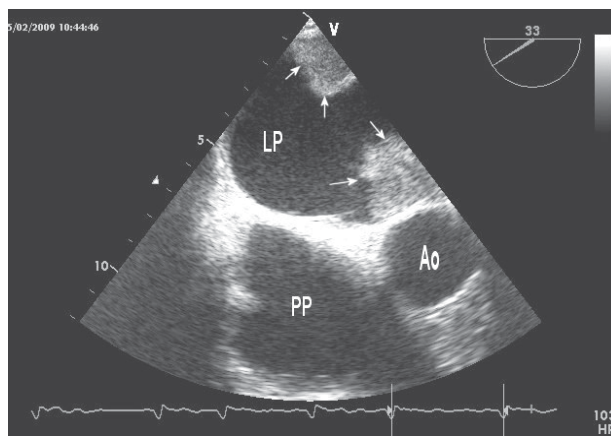
RYCINA 2

Projekcja czterojamowa koniuszkowa. W lewym przedsionku (LP) duża skrzeplina na szerokiej szypule (strzałki). LK – lewa komora, PK – prawa komora, PP – prawy przedsionek.



RYCINA 3

Badanie przezprzełykowe (TEE). Widoczna stenotyczna zastawka mitralna (ZM), lewy przedsionek (LP) wytapetowany grubą warstwą skrzepliny (strzałki). LK – lewa komora, Ao – aorta.



RYCINA 4

Badanie przezprzełykowe (TEE). W lewym przedsionku (LP) dwie części tej samej, tapetującej skrzepliny w innym ujęciu. PP – prawy przedsionek, Ao – aorta.

prawej komory – na podstawie prędkości fali zwrotnej umiarkowanej niedomykalności trójdziennej oceniono, że ciśnienie w prawej komorze wynosi ok. 70 mm Hg. Uwagę zwracały duże skrzepliny w świetle lewego przedsionka, w badaniu przezklatkowym widoczne przy jego tylnej ścianie (ryc. 1) i przy sklepieniu (ryc. 2). Badanie przezprzełykowe wykazało, że skrzepliny tapetują prawie wszystkie ściany przedsionka (ryc. 3, 4). Stwierdzono dodatkową silnie zorganizowaną skrzeplinę wychodzącą z uszka (ryc. 5) oraz silny efekt krwi echogennej.

Po konsultacji kardiologicznej pacjent został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego.



RYCINA 5

Badanie przezprzełykowe (TEE). Oprócz poprzednio opisywanej skrzepliny tapetującej lewy przedsionek (LP) druga, silnie zorganizowana skrzeplina (grube strzałki) wychodząca z uszka lewego przedsionka. Widoczna fala zwrotna niewielkiej niedomykalności mitralnej.