

Skrzepliny w echokardiografii

Danuta Karasek, Jan Błażejowski, Wojciech Gilewski, Władysław Sinkiewicz

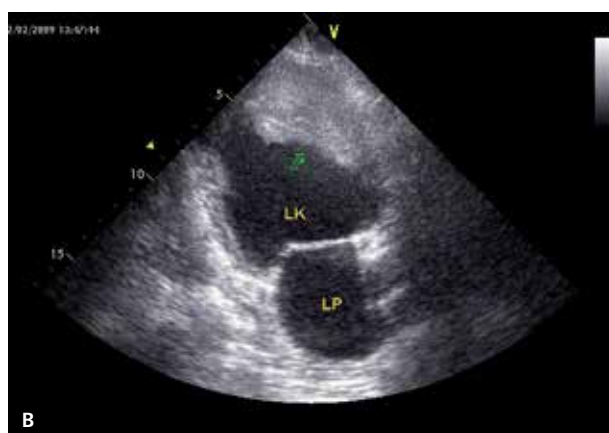
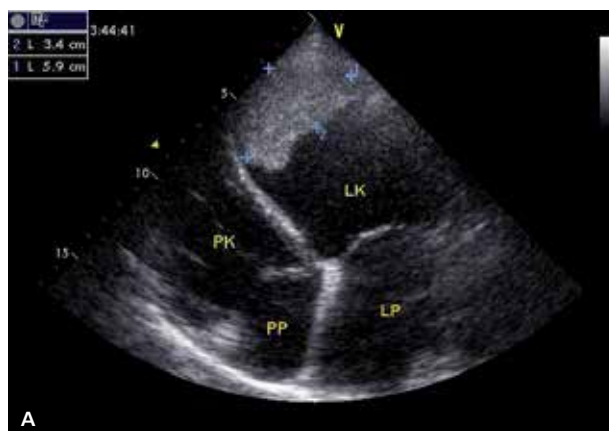
II Katedra i Klinika Kardiologii Collegium Medicum UMK
w Bydgoszczy

Adres do korespondencji:

II Katedra i Klinika Kardiologii Collegium Medicum UMK
w Bydgoszczy
Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr J. Bizuela
ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz

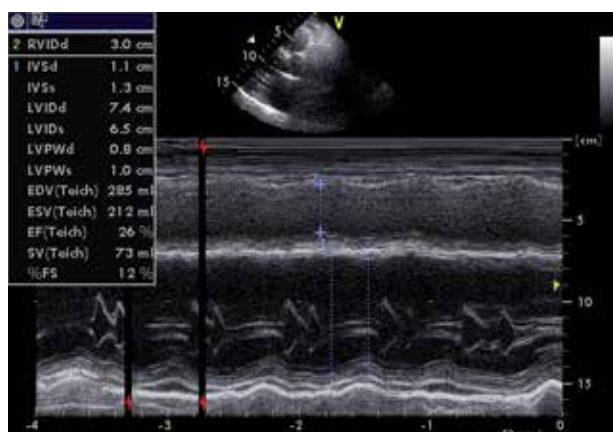
Kardiologia po Dyplomie 2010; 9 (3): 52-53

Pacjent, 53 lata, został przyjęty do kliniki kardiologii w stanie ciężkim z powodu nasilającej się od około 2 tygodni duszności oraz narastających obrzęków kończyn dolnych. Chory w 2005 r. przebył zawał mięśnia sercowego ściany przedniej, leczony pierwotną angioplastyką wieńcową tętnicy przedniej zstępującej (LAD) i powikłany ostrą niewydolnością serca oraz blokiem przedsionkowo-komorowym III stopnia. Ponadto chory leczy się z powodu astmy oskrzelowej i cukrzycy typu 2. W badaniach dodatkowych stwierdzono leukocytozę (15,1 K/ μ l), podwyższone stężenie CRP (114 mg/l), BNP (4244 pg/ml, stężenie prawidłowe wynosi <100 pg/ml). W badaniu echokardiograficz-



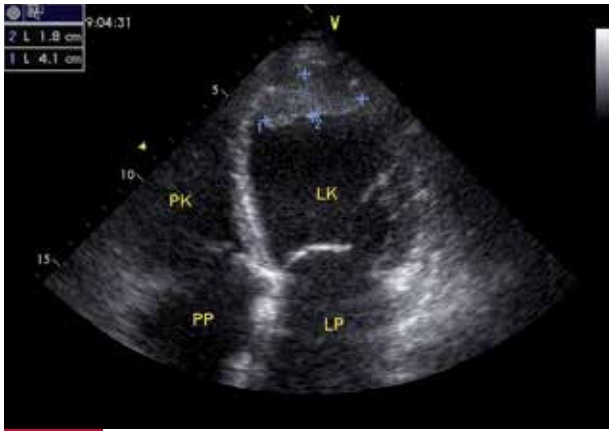
RYCINA 2

Badanie w drugiej dobie hospitalizacji. Masywna skrzeplina w obrębie koniuszka wypełniająca 1/3 objętości lewej komory o wymiarach 59 x 34 mm. **A.** Zmodyfikowana projekcja koniuszkowa czterojamowa. **B.** Projekcja koniuszkowa dwujamowa. LK – lewa komora, LP – lewy przedsionek, PK – prawa komora, PP – prawy przedsionek.



RYCINA 1

Badanie w drugiej dobie hospitalizacji. Projekcja przymostkowa w osi długiej, prezentacja M mode. Poszerzenie obu komór, akineza przegrody międzykomorowej, niewielka ilość płynu w worku osierdziowym.



RYCINA 3

Badanie kontrolne po 3 miesiącach. W okolicy koniuszka lewej komory dobrze zorganizowana przyścienna skrzeplina o wymiarach 41×18 mm. Projekcja koniuszkowa czterojamowa. LK – lewa komora, LP – lewy przedsionek, PK – prawa komora, PP – prawy przedsionek.

Odpowiedź ze str. 54

Odpowiedź:

W obrazie echokardiograficznym u chorej z niewydolnością serca, po zabiegu wszczępienia dwóch sztucznych zastawek w ujście aortalne i mitralne, dominuje jama lewego przedsionka (ryc. 1). Na tej samej rycinie zwraca uwagę poszerzenie żył płucnych, mogące być przyczyną gorszej wydolności fizycznej chorej. W każdym przypadku niewydolności serca u osoby po przebytych zabiegach implantacji sztucznych zastawek konieczna jest wnikliwa ocena funkcji zastawek. W przedstawionym przypadku gradienty wypływu aortalnego są małe. Obserwuje się jednak zwiększone gradienty napływu mitralnego (maksymalny 30,6 mm Hg oraz średni 6,9 mmHg – ryc. 2) w warunkach prawidłowego ruchu dysku sztucznej zastawki obserwowanego w prezentacji jednopłaszczyznowej (ryc. 3). W wykonanych badaniach – przekłatkowym

nym stwierdzono powiększenie wszystkich jam serca (LVEDd 74 mm, LVEDs 65 mm) ze znacznie upośledzoną funkcją skurczową lewej komory, frakcją wyrzutową (EF) ok. 25%, oraz masywną skrzepliną wypełniającą 1/3 lewej komory. Oprócz typowego leczenia niewydolności serca i antybiotykoterapii włączono leczenie przeciwkrzepliwe heparyną drobnocząsteczkową. Pacjenta konsultowano kardiologicznie. Został zdyskwalifikowany z leczenia zabiegowego z uwagi na zbyt wysokie ryzyko operacyjne. Po uzyskaniu poprawy stanu klinicznego pacjenta wypisano do domu z zaleceniem kontynuowania leczenia przeciwkrzepliwego enoksaparyną w dawce terapeutycznej. W kontrolnym badaniu echokardiograficznym wykonanym po 3 miesiącach stwierdzono znacznie mniejszą, zorganizowaną skrzeplinę zlokalizowaną w koniuszku lewej komory. Zalecono kontynuację leczenia przeciwkrzepliwego warfaryną pod kontrolą INR.

i przezprzełykowym – nie stwierdzono cech obstrukcji zastawki wtórnej do obecności skrzepliny lub łąszki. Przyczyną zwiększonych gradientów napływu oraz pogorszenia hemodynamicznego u chorej może być przeciek okołozastawkowy w przyśrodkowej części pierścienia mitralnego (ryc. 4). Przeciek taki powstaje najczęściej wskutek infekcji lub zabiegów chirurgicznych. Mimo że wywiad nie wskazywał na tło infekcyjne pobrano krew na posiew (wyniki ujemne). Niedomykalność okołozastawkową uznano za istotną (talia niedomykalności wynosiła 6 mm). Warto także pamiętać, że u chorej występowały cechy niedokrwistości hemolitycznej. Rozważano zamknięcie przecieku metodą przezskórną z wykorzystaniem okludera Amplatza, jednak po analizie danych uznano, że warunki anatomiczne na to nie pozwalają. Zaproponowano chorej reoperację, na którą nie wyraziła zgody.