

Typowy obraz zaawansowanej, zaniedbanej stenozы mitralnej

Andrzej Wojtarowicz

Adres:

Klinika Kardiologii
Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

Adres do korespondencji:

Klinika Kardiologii PAM
Al. Powstańców Wielkopolskich 72,
70-111 Szczecin

Zwężenie lewego ujścia żylnego (potocznie zwane stenozą mitralną) ma najczęściej etiologię reumatyczną, u osób w zaawansowanym wieku do istotnego zwężenia tego ujścia może prowadzić też postępujące, masywne wapnienie pierścienia mitralnego przechodzące na podstawę płatków. Inne przyczyny, w tym wrodzone, są rzadkie. Dynamika rozwoju choroby najczęściej jest powolna, często mija nawet kilkadziesiąt lat od epizodu gorączki reumatycznej do klinicznego ujawnienia się stenozы mitralnej. Przebieg choroby charakteryzuje się jednak stopniowym narastaniem zmian na zastawce, zmniejszaniem się pola ujścia mitralnego i nasilaniem objawów klinicznych. Początkowo są one wynikiem zastoju krwi w krążeniu płucnym, następnie dochodzi do znacznego wzrostu oporu w naczyniach płucnych i przeciążenia ciśnieniowego prawej komory, co może powodować znacznego stopnia niedomykalność zastawki trójdzielnej i przeciążenie objętościowe prawego serca. Prowadzi to do nieodwracalnych zmian narządowych i świadczy o tym, że optymalny moment dla leczenia interwencyjnego nie został uchwyczony i wykorzystany. Przy prawidłowo działającej opiece kardiologicznej nie powinno do tego dochodzić, jednak z wielu powodów (lekceważenie choroby przez chorego, strach przed leczeniem, zaniedbania ze strony ochrony zdrowia czy niekorzystne zbiegi okoliczności) nadal spotyka się chorych w zaawansowanym stadium wady i wtórną do stenozы mitralnej patologią prawego serca.

W badaniu echokardiograficznym, oprócz typowych zmian dla zwężenia lewego ujścia żylnego, pojawiają się pewne dodatkowe elementy.

Prezentowane badanie zostało wykonane u 78-letniej pacjentki skierowanej na konsultację do kliniki kardiologii z objawami niewydolności serca w klasie III według NYHA i z podejrzeniem wady serca, w celu ustalenia dalszego postępowania. Kobieta miała świadomość choroby serca, lecz wcześniej nie czuła potrzeby wykonania dokładniejszych badań. Prowadziła siedzący tryb życia i dolegliwości częściowo wiązała z wiekiem. Dopiero pojawienie się

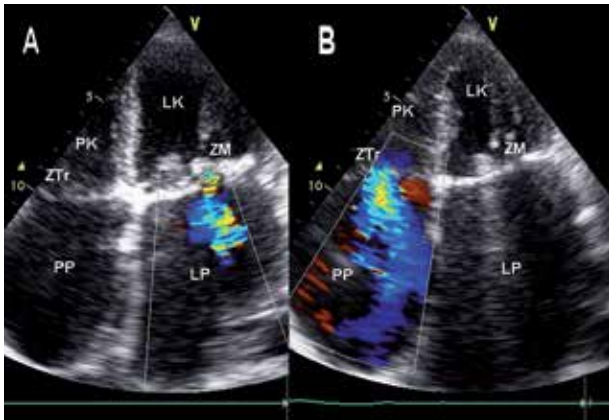
objawów niewydolności prawokomorowej spowodowało, że zgłosiła się do specjalisty.

W badaniu echokardiograficznym stwierdzono masywnie zwapniałą zastawkę dwudzielną znacznie upośledzającą ruchomość płatków (pole ujścia ok. 1 cm², gradient maksymalny 23 mm Hg, gradient średni 8,2 mm Hg) (ryc. 1). Ponadto występowała umiarkowana niedomykalność zastawki dwudzielnej. Stwierdzono także znacznego stopnia niedomykalność zastawki trójdzielnej oraz znaczne powiększenie obu przedsionków – około 7 cm w wymiarze poprzecznym (ryc. 2). Lewa komora by-



RYCINA 1

Typowy przepływ przez stenotyczną zastawkę dwudzielną, pozwalający wyliczyć niektóre parametry hemodynamiczne wady: w tym przypadku gradient maksymalny wynosi ok. 23 mm Hg, średni ok. 8,2 mm Hg, a pole ujścia mitralnego ok. 1 cm².



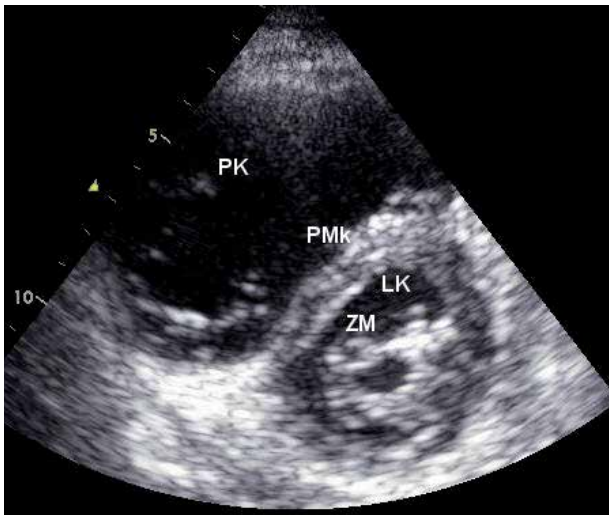
RYCINA 2

Projekcja koniuszkowa 4-jamowa. Zastawka dwudzielna zwapniała, widoczne zwapnienia w aparacie podzastawkowym. Umiarkowana niedomykalność zastawki dwudzielnej (A) i znacznego stopnia – zastawki trójdzielnej (B). Znaczne poszerzenie obu przedsionków, poszerzona również prawa komora. LK – lewa komora, PK – prawa komora, LP – lewy przedsionek, PP – prawy przedsionek, ZM – zastawka mitralna, ZTr – zastawka trójdzielna.



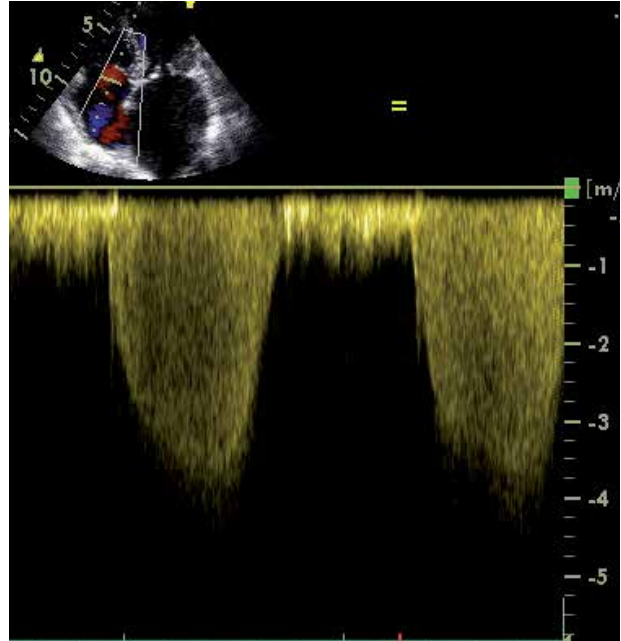
RYCINA 4

Badanie w prezentacji M-mode. Widoczny typowy dla stenozy charakter ruchu zastawki mitralnej z wyraźnie zmniejszoną separacją płatków, niewielkie nachylenie fali E i praktycznie brak fali A, grube, silnie wysycane echo zastawki. Poszerzona jest prawa komora, występuje również wyraźny paradoksalny skurcz przegrody międzykomorowej, tj. jej ruch w czasie skurczu przeciwny do tylnej ściany lewej komory przy prawidłowym przyroście grubości. LK – lewa komora, PK – prawa komora, PMk – przegroda międzykomorowa, ZM – zastawka mitralna.



RYCINA 3

Badanie w osi krótkiej przymostkowej. Zwapniała zastawka mitralna z wyraźnym upośledzeniem otwarcia. Poszerzona prawa komora i prawidłowej wielkości lewa komora o zmienionej geometrii, z prostą przegrodą międzykomorową – objaw przeciążenia prawej komory. LK – lewa komora, PK – prawa komora, PMk – przegroda międzykomorowa, ZM – zastawka mitralna.



RYCINA 5

Fala zwrotna niedomykalności zastawki trójdzielnej – wyliczony na jej podstawie gradient skurczowy między prawą komorą a prawym przedsionkiem wynosił ok. 70 mm Hg, co odpowiada ciśnieniu w prawej komorze ok. 80 mm Hg.

ła prawidłowej wielkości, jej kurczliwość nie była upośledzona, jednak miała zmienioną geometrię (w osi krótkiej przyjmowała kształt elipsy zamiast koła), co wynikało z przeciążenia prawej komory (ryc. 3). Wiązał się z tym również paradoksalny skurcz przegrody międzykomorowej obserwowany w badaniu M-mode (ryc. 4). Prawa komora była poszerzona do ok. 4 cm w rozkurczu, wyliczone z fali niedomykalności zastawki trójdzielnej ciśnienie

skurczowe w prawej komorze wynosiło około 80 mm Hg (ryc. 5).

Przedstawiony obraz jest charakterystyczny dla zaawansowanej zaniedbanej stenozы mitralnej. Nietypowym zjawiskiem w tym stadium wady jest miarowy rytm zatokowy – zwykle występuje migotanie przedsionków. Opisywanej chorej zaproponowano dalszą diagnostykę i ewentualne rozważenie leczenia operacyjnego, na które nie wyraziła zgody.