

Zagadka echokardiograficzna

Mirostaw Kowalski

Klinika Wad Wrodzonych Serca
Instytutu Kardiologii w Warszawie-Aninie

Kardiologia po Dyplomie 2010; 9 (7): 59

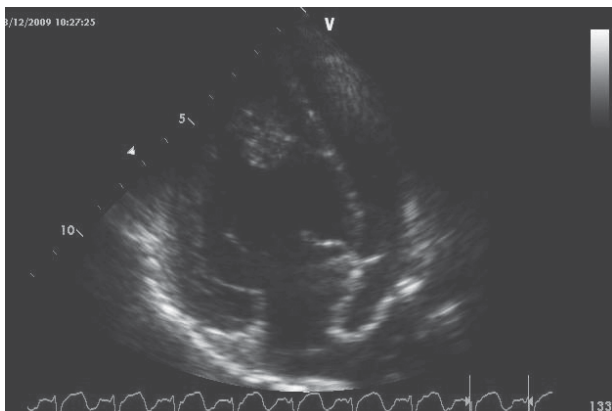
Dane kliniczne:

U mężczyzny, obecnie 19-letniego, wykonano w pierwszym miesiącu życia zabieg operacyjny korekcji przełożenia dużych pni naczyniowych (dTGA). Pilność postępowania poddyktowana była narastającą sinicą centralną, dusznością, obniżonymi wartościami pO_2 . Zabieg nazywany korekcją przedsionkową (Senninga) przyniósł zadowalający rezultat hemodynamiczny. Od 3 roku życia rejestrowano jednak u chorego napadowe trzepotanie przedsionków. Kilkakrotnie wykonywano kardiowersję elektryczną, która nie przynosiła długotrwałego efektu dla utrzymania rytmu zatokowego. Obecna hospitalizacja, dorosłego już mężczyzny, była także spowodowana napadem trzepotania przedsionków z przewodzeniem 2:1 – 3:1 i częstotścią komór

około 120-130/min. Pacjent czuł się dobrze. W badaniu fizykalnym wykluczono sinicę i obrzęki obwodowe. Szmer pęcherzykowy był prawidłowy, a wątroba niepowiększona. W badaniu echokardiograficznym wielkość komory systemowej, mającej morfologię komory prawej, nie przekraczała 5,5 cm (pomiar w projekcji koniuszkowej).

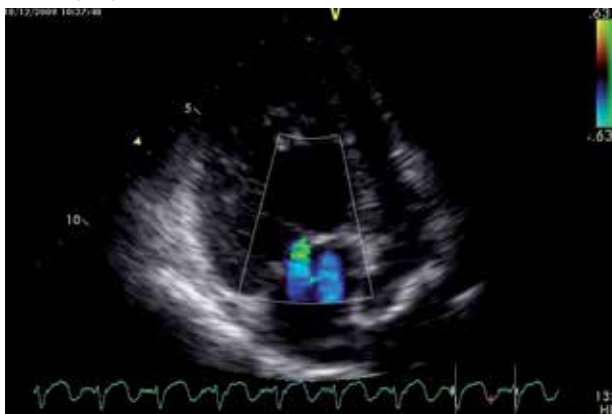
Pytanie:

Na co należy zwrócić szczególną uwagę, wykonując badanie echokardiograficzne u pacjenta po korekcji przedsionkowej TGA? Czy chory może być nadal obserwowany, czy powinien być kwalifikowany do postępowania interwencyjnego, reoperacji?



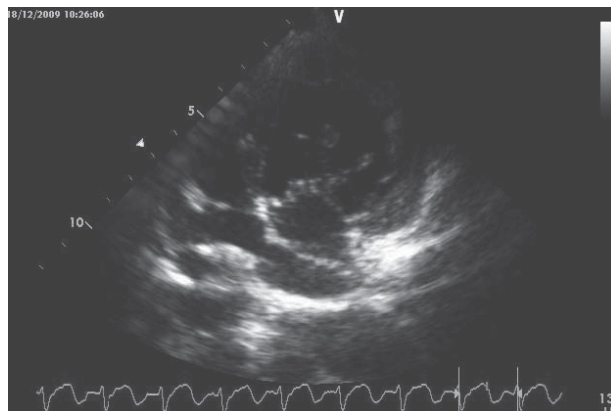
RYCINA 1

Prezentacja 2D. Projekcja koniuszkowa czterojamowa (PK po lewej stronie ryciny).



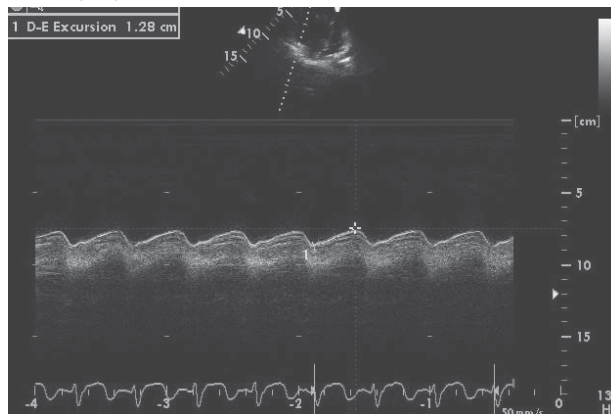
RYCINA 3

Badanie doplerowskie znakowane kolorem. Projekcja koniuszkowa czterojamowa.



RYCINA 2

Prezentacja 2D. Projekcja koniuszkowa zmodyfikowana (LK po lewej stronie ryciny).



RYCINA 4

Badanie jednopłaszczyznowe (M-mode). Amplituda ruchu pierścienia trójdzielnego (TAPSE).

Odpowiedź na str. 69