



REDAKTOR DZIAŁU
dr n. med.
Magdalena
Zagrodzka

Kardiologia po Dyplomie
2010; 9 (6): 70

Drogie Koleżanki i Koledzy,

W tym numerze przedstawiamy przypadek pacjentki po wszczepieniu dwujamowego stymulatora serca, u której doszło do perforacji ściany prawej komory. W procesie diagnostycznym wykonano 64-rzędowe badanie TK, zgodnie z rutynowym protokołem – typowym dla podstawowych badań klatki piersiowej – bez bramkowania EKG. Chciałabym zaprosić Państwa do nadsyłania do działu Diagnostyka obrazowa opisów przypadków klinicznych, z którymi się Państwo spotkaliście, a rozpoznanie niekoniecznie opierało się na badaniu kardio-TK. W wielu szpitalach w Polsce każdego dnia dzięki podstawowym badaniom obrazowym z wysmienitymi rezultatami diagnozują Państwo pacjentów, niekoniecznie dysponując sprzętem, który AHA (American Heart Association) sugeruje jako „state-of-the-art” diagnostyki obrazowej w kardiologii. Każdy z Państwa w codziennej praktyce klinicznej musiał również niejednokrotnie skonfrontować się z przypadkami nietypowymi, zaskakującymi w ostatecznym rozpoznaniu. Bez możliwości publikacji te wyjątkowo cenne, bo unikalne doświadczenia tracone są bezpowrotnie dla szerszego grona koleżanek i kolegów klinicystów. Zachęcam zatem do dzielenia się na łamach *Kardiologii po Dyplomie* Państwa doświadczeniami i wątpliwościami w sytuacjach nietypowych i zapraszam do dyskusji na ich temat. Dzięki takiej konstruktywnej analizie przypadek pacjentki z przetoką wieńcowo-płucną, rozpoznaną przez zespół kardiologa i radiologa z Gdyni, opublikowany na łamach *Kardiologii po Dyplomie* kilka miesięcy temu, został szczęśliwie zoperowany przez zespół z II Kliniki Kardiochirurgii SUM w Katowicach-Ochojcu. Koleżanki i koledzy z tego ośrodka po analizie przypadku zaoferowali swoją pomoc. Zapraszam Państwa do takiej współpracy i zachęcam do nadsyłania opisów trudnych diagnostycznie i terapeutycznie przypadków klinicznych.

Magdalena Zagrodzka

Perforacja prawej komory u pacjentki z dwujamowym stymulatorem serca

Michał Pieczara,¹ Krzysztof Ptaszkiewicz,² Michał Finik¹

¹Oddział Kardiologii, Szpital Miejski, Jaworzno

²Zakład Diagnostyki Obrazowej, Szpital Miejski, Jaworzno

Adres do korespondencji

m.zagrodzka@gmail.com

Kardiologia po Dyplomie 2010; 9 (6): 71-72

Wszystko jest lekcją

Eugène Ionesco

Przedstawiamy przypadek pacjentki, której implantowano dwujamowy stymulator serca z powodu zespołu chorej zatoki z samoistnie występującymi omdleniami (klasa I/C). Poprzez wenesekcję założono elektrody pasywne do uszka prawego przedsionka oraz do koniuszka prawej komory. Próba przeponowa impulsem 10V wykonana podczas zabiegu nie spowodowała dolegliwości u pacjentki. W kontrolnym radiogramie wykonanym po zabiegu potwierdzono prawidłową lokalizację elektrod i wykluczono odmę opłucnej (ryc. 1). W badaniu echokardiograficznym zweryfikowano prawidłową lokalizację elektrod i nie wykazano obecności płynu w jamie osierdzia. Pacjentkę wypisano do domu w stanie dobrym, z prawidłowo gojącą się raną.

Po 10 dniach chora zgłosiła się do oddziału ratunkowego z powodu klucia w okolicy lewego nadbrzusza, dolegli-

ści były zgodne z falą tętna. W badaniu radiologicznym klatki piersiowej wykazano prawidłową lokalizację elektrody przedsionkowej, natomiast elektrodę komorową uwidoczniiono w lewym zachyłku przeponowym (ryc. 2). W badaniu echokardiograficznym wykazano dyslokację elektrody komorowej poza prawą komorę oraz stwierdzono płyn w jamie osierdzia o grubości warstwy do 3-4 mm. Wykonane następnie badanie TK klatki piersiowej potwierdziło perforację prawej komory przez elektrodę komorową z jej nadprzeponowym ułożeniem w zachyłku przednim, wzdłuż opłucnej (ryc. 3-6). W kolejnych badaniach echokardiograficznych nie wykazano zwiększania ilości płynu w jamie osierdzia. Po kilkugodzinnej obserwacji na oddziale chorą przekazano do kliniki kardiochirurgii.

Z uwagi na niewielkie objawy perforacji prawej komory bez tamponady serca i bez przyrostu płynu w worku osierdziowym chorą zakwalifikowano do zabiegu przezżylnego. Usunięto elektrodę komorową, następnie implantowano elektrodę aktywną do prawej komory.



RYCINA 1

Badanie rtg klatki piersiowej w projekcji PA wykonane po implantacji rozrusznika. Prawidłowe położenie elektrod.



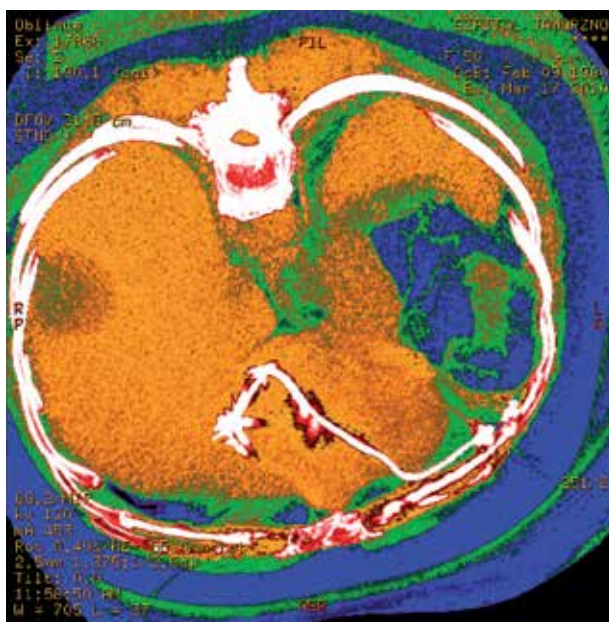
RYCINA 2

Badanie rtg klatki piersiowej w projekcji PA wykonane 10 dni po zabiegu. Koniec elektrody komorowej w zachyłku przeponowym przednim.



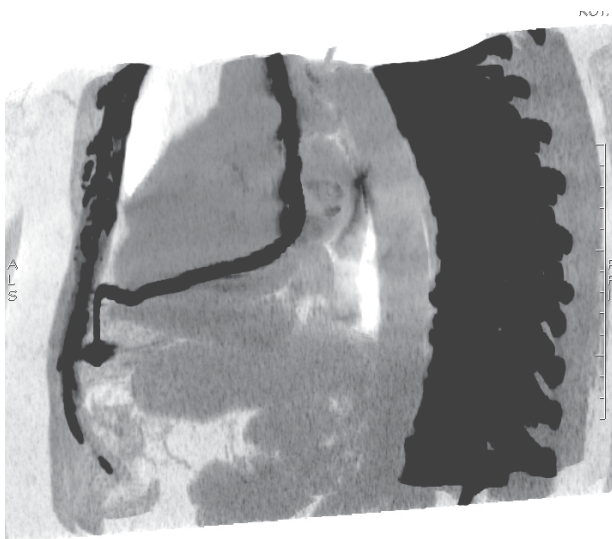
RYCINA 3

Badanie TK klatki piersiowej, warstwa poprzeczna (faza bez podania środka kontrastowego). Koniec elektrody komorowej przekracza ścianę prawej komory, drążąc dalej w kierunku zachyłka opłucnej wzdłuż przedniej ściany klatki piersiowej.



RYCINA 5

Badanie TK klatki piersiowej, rekonstrukcja MIP kolor, kolor zielony koduje powietrze. Koniec elektrody w zachyłku przednim przepony.



RYCINA 4

Badanie TK klatki piersiowej, rekonstrukcja MIP Invers. Elektroda (w kolorze czarnym) po przekroczeniu granicy ściany prawej komory zagięta ku dołowi.



RYCINA 6

Badanie TK klatki piersiowej, rekonstrukcja MIP kolor. Widoczny przebieg elektrody na całej długości wzdłuż VCS, prawego przedsionka, prawej komory aż do zachyłka przedniego przepony.

W kontrolnych badaniach echokardiograficznych obrzez serca oraz ilość płynu w jamie osierdzia pozostawały bez zmian. Pacjentkę po kilkudniowej obserwacji wypisano do domu w stanie stabilnym. Po dwóch miesiącach chorą przyjęto ponownie w celu wykonania kontrolnego

badania echokardiograficznego oraz radiologicznego. Badania potwierdziły prawidłową lokalizację elektrod przedsionkowej i komorowej. Nie stwierdzono także płynu w jamie osierdzia.