

Skrzepliny w echokardiografii

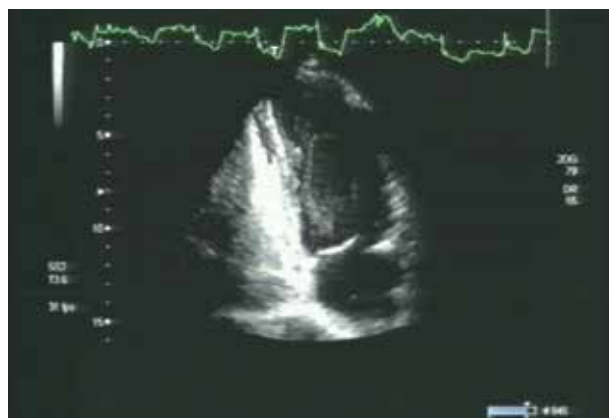
Barbara Larysz, Benita Busz-Papież, Joanna Jędrzychowska-Baraniak

Oddział Kardiologii z Pododdziałami Kardiologii Inwazyjnej
i Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego,
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony
w Szczecinie

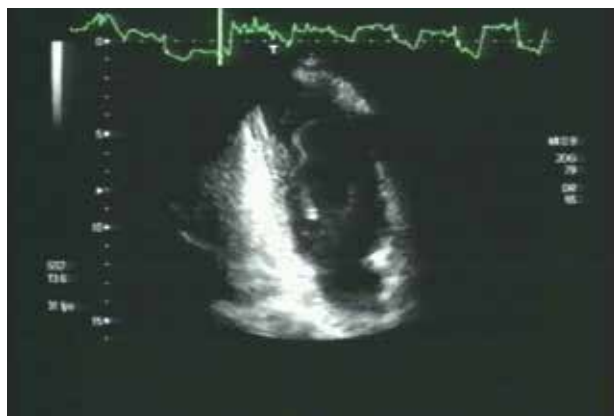
W dniu zdarzenia 18-letni mężczyzna w godzinach porannych nie zdał egzaminu na prawo jazdy, wieczorem długo siedział przed komputerem. Około godziny 23 rodzice usłyszeli hałas, po czym znaleźli syna na podłodze. Nie oddychał, rodzice podjęli próbę reanimacji i wezwali pogotowie, które po skutecznej defibrylacji zawiozło chorego do szpitala. Tam ponownie wystąpiło migotanie komór i chory został poddany defibrylacji. Następnego dnia odzyskał przytomność, pozostawał w logicznym kontakcie bez deficytów neurologicznych i z niepamięcią wsteczną dotyczącą zdarzenia. W wywiadzie podawał występowanie od kilku lat okresowo spoczynkowych bólów w klatce piersiowej i uczucia niemiernego bicia serca. Dwa lata wcześniej był hospitalizowany ze względu na podejrzenie zespołu Cushinga i niedoczynności tarczycy, które wykluczono. Wykonano wtedy EKG i badanie echokardiograficzne, które były prawidłowe. Aktualnie w badaniu przedmiotowym, z wyjątkiem pojedynczych podbiegnięć krwawych związanych z urazem i tachykardii, bez odchyłeń. Stężenia 5-krotnie oznaczanej troponiny I i CK-MB masa były prawidłowe.

W EKG rytm zatokowy początkowo przyspieszony, zmniejszenie r w V_3 - V_4 , ujemne załamki T w V_1 - V_6 , prawidłowe odstępy PQ i QT. W czasie wielodobowego monitorowania EKG rejestrowano pojedyncze pobudzenia przedwczesne komorowe i jedną krótką wstawkę przyspieszonego rytmu komorowego.

W badaniu echokardiograficznym stwierdzono prawidłową wielkość jam serca, prawidłowe zastawki serca, hipokinezę segmentu koniuszkowego przegrody i ściany przedniej, frakcję wyrzutową 50%. W jamie lewej komory, szczególnie w okolicy koniuszka, obserwowano w czasie badania powstawanie i rozplýwanie się luźnych skrzeplin lub nietypowych obszarów samoistnego kontrastowania krwi. Wykonano koronarografię, w której opisano zwężenia tętnic szczególnie gałęzi pośredniej i gałęzi marginalnej spowodowane obecnością skrzeplin.



RYCINA 2



RYCINA 1



RYCINA 3

Zastosowano kwas acetylosalicylowy, kłopidogrel, heparynę niefrakcjonowaną, acenokumarol, beta-adrenolityk. Pacjentowi wszczepiono kardiowerter-defibrylator. Wykonano dostępne badania w kierunku zaburzeń układu krzepnięcia (oznaczono liczbę płytek krwi, czas protrombinowy, APTT, INR, fibrynogen, d-dimery, aktywność białka S, białka C, czynnika V, antytrombiny III, przeciwciała antyfosfolipidowe w klasach IgG i IgM, przeciwciała przeciw β_2 -glikoproteinie) – wyniki były prawidłowe. Podwyższone było jedynie stężenie czynnika VIII (244% przy normie do 150%). Prawidłowe były także badania w kierunku chorób zapalnych: OB, CRP, leukocytoza, przeciwciała przeciwko cytomegalii, mononukleozie, WZW B i C, badanie kału w kierunku adenowirusów i rotawirusów. W czasie pobytu kilkakrotnie nawracały spo-

czynkowe bóle w klatce piersiowej ustępujące po nitroglicerynie. W obrazie echokardiograficznym w trakcie leczenia przeciwkrzepliwego nadal obserwowano obecność skrzeplin/samoistnego kontrastowania się krwi w jamie lewej komory i hipokinezę segmentów koniuszkowych przegrody i ściany przedniej. Wypisany z zaleceniem stosowania kwasu acetylosalicylowego i acenokumarolu.

Obecnie po trzech latach pacjent czuje się dobrze, miewa sporadycznie bóle w klatce piersiowej, nie wymagał defibrylacji, w obrazie echokardiograficznym utrzymują się zaburzenia kurczliwości segmentów koniuszkowych ściany przedniej i przegrody międzykomorowej bez istotnego upośledzenia frakcji wyrzutowej, nie stwierdza się natomiast obecnie skrzeplin w jamie lewej komory.

Odpowiedź ze str. 62

Odpowiedź:

W procesie kwalifikacji do leczenia operacyjnego/interwencyjnego podstawową rolę, poza istotnością przecieku, odgrywa wielkość ubytku i jego lokalizacja. Nie każdy ubytek przegrody międzyprzedsionkowej typu *ostium secundum* może być poddany zabiegowi przezskórnemu. Zwraca się bacznie uwagę na szerokość rąbków przegrody międzyprzedsionkowej, stanowiących podparcie dla implantowanego okludera. Oceny anatomii ubytku dokonuje się w badaniu przezprzełykowym. Z wyjątkiem rąbka przedniego aortalnego ich szerokość powinna wynosić co najmniej 5 mm. Już badanie przezklatkowe nasuwa podejrzenie rozległości ubytku. Przeciek lewo-prawy widoczny na rycinie 1 szerokim strumieniem dostaje się do lewego przedsionka. Mamy więc do czynienia z czynnościowo wspólnym przedsionkiem, który nie stwarza możliwości leczenia interwencyjnego. O tym, że przeciek u opisanej chorej jest duży, świadczą także rozmiary pnia płucnego oraz prawej komory (ryc. 2), będącej jamą dominującą. Ryciny 3 i 4 przedstawiają jeszcze inną cechę anatomii serca, mogącą zaważyć na wyborze techniki zabiegu. Uważny

czytelnik zapewne dostrzeże liniową strukturę w jamie prawego przedsionka, będącą zastawką żyły głównej dolnej. Zastawka jest fałdem otaczającym przedni brzeg ujścia żyły głównej dolnej, a jej zadaniem w życiu płodowym jest kierowanie strumienia krwi do otworu owalnego, stąd zastawka może niemal dotykać przegrody międzyprzedsionkowej. Stopień rozwoju zastawki jest zmienny. U części pacjentów zastawka nie występuje, u innych jest bardzo dobrze rozwinięta. Zdarza się, że zastawka jest wielokrotnie perforowana, co tworzy wówczas tzw. siatkę Chiariego. Większość zastawek nie powoduje żadnych zaburzeń hemodynamicznych. Może się jednak zdarzyć, że pozostałości zatoki żyłnej tworzą błonę częściowo lub całkowicie zamykającą jamę prawego przedsionka, dzieląc ją na część żylną – zawierającą żyły systemowe i otwór owalny – oraz część centralną z prawym uszkiem i zastawką trójdzielną (obraz tzw. serca trójprzedsionkowego prawostronnego). U opisanej chorej zastawka nie powoduje zaburzeń hemodynamicznych, jest jednak duża i dotyka przegrody międzyprzedsionkowej. W takich warunkach implantacja okludera może być trudna. Zatem decyzja o poddaniu chorej leczeniu operacyjnemu była słuszna.