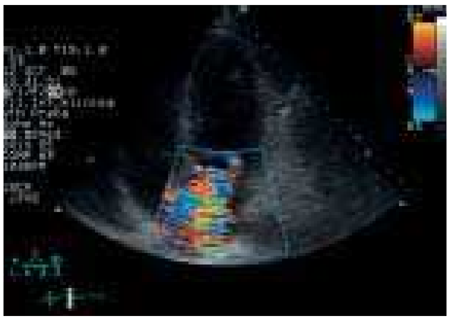
Prolaps mitrální chlopně se závažnou regurgitací a malými symptomy

Obr. 1 TTE, apikální čtyřdutinová projekce: prolaps zadního cípu mitrální chlopně s vlající šlašinkou (označen šipkou)

Obr. 3 TEE, čtyřdutinová projekce s výtokovým traktem; ztluštělý, prolabující zadní cíp chlopně s vlající šlašinkou (šipka)

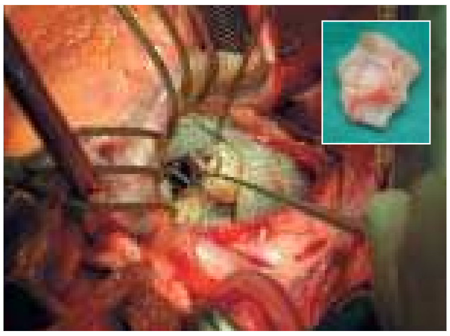


Obr. 2 TTE, apikální čtyřdutinová projekce: barevné dopplerovské mapování zachycuje těžkou mitrální regurgitaci; turbulentní proudění (barevná mozaika) vyplňuje v systole většinu levé síně a zasahuje až k ústí plicních žil

U 51letého muže byl náhodně při preventivní prohlídce v květnu 2005 zjištěn poslechový nález nedomykavosti mitrální chlopně. Následné echokardiografické vyšetření stanovilo diagnózu prolapsu mitrální chlopně s významnou mitrální regurgitací. S tímto nálezem byl pacient odeslán v červnu ke konziliárnímu vyšetření na naši kliniku. S výjimkou zvýšené únavy po větší námaze byl zcela asymptomatický. Echokardiografické vyšetření potvrdilo diagnózu holosystolického prolapsu zadního cípu mitrální chlopně s rupturou šlašinky a těžkou doprovodnou mitrální regurgitací. Levá komora byla hraničně velká s diastolickým rozměrem (LKd) 5,88 cm, systolickým rozměrem (LKs) 3,83 cm. Levá síň (LS) byla jen lehce zvětšená – 4,58 cm a ejekční frakce (EF LK) činila 0,63. Nemocný byl odeslán zpět do péče ambulantního kardiologa s tím, že chlopenní vada může v dohledné době dospět k nutnosti operačního řešení a doporučením naší kontroly s odstupem 4–6 měsíců, případně i dříve při zhoršení klinické symptomatologie.

Ke kontrolnímu vyšetření se nemocný dostavil v polovině října. Subjektivní obtíže se zhoršily jen zcela mírně. Udával lehkou námahovou dušnost, námahové palpitace a únavu. Echokardiografické vyšetření však prokázalo jasnou progresi kardiálního postižení. Trval obraz prolapsu segmentu P2 zadního cípu s významnou regurgitací *(obrázky 1–3)*. Levá komora byla již mírně dilatovaná se zachovanou dobrou klidovou systolickou funkcí, dále se zvětšila levá síň (LKd 6,19 cm, LKs 3,92 cm, LS 4,82 cm, EF LK 0,65). Nález byl podle echokardiografie vhodný k rekonstrukčnímu výkonu na mitrální chlopni a nemocný s operací souhlasil. Proto bylo doplněno katetrizační vyšetření, jež potvrdilo normální nález na věnčitých tepnách a absenci plicní hypertenze. Nemocnému byla provedena quadrangulární resekce části P2 zadního cípu mitrální chlopně s resuturou a implantace anuloplastického prstence *(obrázky 4 a 5)*. Podle peroperační jícnové echokardiografie zůstala jen zcela stopová reziduální mitrální regurgitace. Pooperační průběh byl bez komplikací.

Uvedená kasuistika se dotýká otázky indikace operace u chronické mitrální regurgitace. Při jejím řešení lze vycházet z doporučení ACC/AHA[1] a pracovní skupiny pro chlopenní vady ESC.[2] U asymptomatických pacientů s normální systolickou funkcí (EF LK ≥ 0,60) je možný konzervativní postup s klinickými kontrolami každých šest měsíců a echokardiografickým vyšetřením jednou do roka. Pokud je zjištěno progresivní zvětšování levé síně, nástup fibrilace síní nebo přítomnost plicní hypertenze, je vhodné zvážit časný termín operace, zejména pokud je možný rekonstrukční výkon na chlopni. Operace je rovněž indikována při nálezu systolické dysfunkce levé komory (EF LK ≤ 0,60, LKs > 4,5 cm). U nemocných s mírnými příznaky, při možnosti zachování nativní chlopně, je operace možná i při normální nebo hraniční systolické funkci. Přihlíží se rovněž k dynamice zvětšování levé síně, arytmiím a plicní hypertenzi. Důležitá je i preference nemocného k operaci nebo konzervativnímu postupu. Cílem však je vždy provést operaci včas, před rozvojem ireverzibilní dysfunkce levé komory.



Obr. 4 Peroperační nález: pohled z levé síně; ztluštělý zadní cíp mitrální chlopně s myxoidní degenerací, prolabující do levé síně, ruptura šlašinky

Obr. 5 Peroperační nález: resekovaná část zadního cípu chlopně (vpravo nahoře v *obrázku 4*)

LITERATURA

1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with valvular heart disease. J Am Coll Cardiol 1998;32:1486.
2. Lung B, Gohlke-Barwolf C, Tornos P, et al. Recommendations on the management of the asymptomatic patient with valvular heart disease. Eur Heart J 2002;23:1252.

*Jiří Král, Eva Kábrtová, Jan Tošovský**

*III. interní klinika, *II. chirurgická klinika kardiovaskulární chirurgie, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, Česká republika*

Adresa: doc. MUDr. Jiří Král, CSc., III. interní klinika, VFN a 1. LF UK, U nemocnice 1, 128 08 Praha 2, Česká republika, e-mail: jiri.kral@vfn.cz