



13. symposium Pracovní skupiny chlopenní a vrozené srdeční vady v dospělosti České kardiologické společnosti

RIZIKOVÝ PACIENT S CHLOPENNÍ VADOU

Pardubice, 24.–25. února 2011, Aula Univerzity Pardubice

Program

ČTVRTEK 24. 2. 2011

9.00–9.15 hod. **Zahájení** (A. Mokráček, České Budějovice, P. Vojtíšek, Pardubice)

9.15–9.45 hod. **Slavnostní přednáška: Aortální stenóza** (Roman Čerbák)

9.45–10.00 hod. *Přestávka*

10.00–11.45 hod.

I. Hraniční indikace k operaci srdečních vad

(předsedající: E. Koudelková, Praha, M. Brtko, Hradec Králové)

1. **Kdy již operovat asymptomatické nemocné s pokročilou srdeční vadou?** (E. Koudelková, Praha [15 min])

2. **Kdy ještě operovat rizikové symptomatické nemocné s pokročilou srdeční vadou?** (M. Benešová, Praha [15 min])

3. **Kdy indikovat katetrizační řešení srdeční vady?** (M. Brtko, J. Štásek, J. Bis, P. Polanský, J. Dušek, Hradec Králové [15 min])

4. **Kdy ještě operovat rizikové symptomatické nemocné s pokročilou vrozenou vadou v dospělosti?** (J. Popelová, Š. Černý, P. Pavel, R. Gebauer, P. Jehlička, P. Plášil, Praha [15 min])

5. **Kdy ještě indikovat katetrizační řešení pokročilé vrozené srdeční vady v dospělosti?** (J. Štásek, Hradec Králové [15 min])

6. **Významná aortální stenóza v běžné klinické praxi** (J. Vondrák, Pardubice [10 min])

7. **Ruptura papilárního svalu** (J. Harer, P. Žáček, J. Vojáček, I. Šteiner, A. F. Sobonde, Hradec Králové [10 min])

8. **Srdeční amyloidóza – kukaččí vejce v rutinním diagnostickém procesu** (P. Žáček, J. Harer, M. Brtko, M. Tuna, P. Polanský, J. Vojáček, J. Dominik, T. Rozkoš, Hradec Králové [10 min])

11.45–12.05 hod. **Přednáška firmy Actelion: Plicní arteriální hypertenze u pacientů s vrozenými srdečními vadami** (P. Antonová, Praha [20 min])

12.05–13.00 hod. *Oběd*

13.00–14.45 hod.

II. Infekční endokarditida, varia

(předsedající: K. Linhartová, J. Beneš, Praha)

1. **Epidemiologie infekční endokarditidy v České republice: výsledky studie Endokarditidy 2007** (J. Beneš, Praha [20 min])

2. **Klinické projevy infekční endokarditidy** (P. Vojtíšek, M. Kubrycht, Pardubice [15 min])

3. **Echokardiografické nálezy u mladých pacientů s infekční endokarditidou** (K. Linhartová, J. Fiedler, Praha [15 min])

4. **Infekční endokarditida u drogově závislých. Role chirurga** (M. Šetina, Praha [15 min])

5. **Infekční endokarditida u pacientky s Crohnovou chorobou** (J. Biskupová, P. Nedbal, P. Kučera, T. Belza, P. Křiváček, Š. Černý, Liberec, Praha [10 min])

6. **Kdy operovat/neoperovat chronickou mitrální regurgitaci?** (M. Vambera, A. Mokráček, M. Krupauerová, České Budějovice [10 min])

7. **Náhrada aortální chlopně u nemocné v 27. týdnu gravidity** (V. Lonský, A. Steriovský, K. Příkrylová, K. Fábiková, P. Marcián, M. Procházka, Olomouc [10 min])

8. **Fallotova tetralogie v dospělosti** (R. Hazuková, J. Popelová, J. Vojáček, M. Pleskot, J. Štásek, R. Praus, A. Lukeš, M. Brtko, P. Polanský, Hradec Králové, Praha [10 min])

14.45–15.15 hod. *Přestávka*

15.15–17.00 hod.

III. Resynchronizační terapie u kriticky nemocných

(předsedající: A. Mokráček, A. Bulava, České Budějovice)

1. **Srdeční resynchronizační léčba s pomocí epikardiálně zavedené elektrody – kombinované výsledky střednědobého sledování ze dvou center** (M. Fedorco, Olomouc, A. Bulava, České Budějovice [20 min])

2. **Význam echokardiografie v indikaci srdeční resynchronizační léčby** (M. Hutýra, Olomouc [20 min])

3. **Kombinovaný přínos ICD a srdeční resynchronizační léčby – je možné jedno bez druhého?** (A. Bulava, České Budějovice [20 min])

4. **Dlouhodobé sledování nemocného po opakované náhradě aortální chlopně. Význam resynchronizační terapie (kasuistika)** (V. Rozsíval, M. Pavolko, A. Havlíček, Pardubice [15 min])

5. **Technické svízele při implantaci levokomorové elektrody – kdy ještě kardiolog chirurga nepotřebujeme?** (A. Bulava, České Budějovice [20 min])

6. **Panelová diskuse** [10 min]

19.00–24.00 hod.

Společenský večer v hotelu Zlatá Štíka „Glássov, Simulanti a Rock'n'roll“

Taneční večer se skupinami The Glass Onion (www.theglassonion.cz) a Simulantenbande (www.simulantenbande.tym.cz)

IV. RT-3D echokardiografie v diagnostice chlopenních vad

(předsedající: J. Nečas, Brno, J. Januška, Třinec)

A. Mitrální chlopeň

1. **Live demonstrace zpracování RT-3D TEE záznamu u mitrální chlopně** (S. Kovalová, Brno [5 min])
2. **Přínos RT-3D TEE pro diagnostiku mitrální stenózy** (J. Nečas, Brno [8 min])
3. **Přínos RT-3D TEE pro diagnostiku mitrální regurgitace** (S. Kovalová, Brno [15 min])
4. **RT-3D TEE navigace u intervenčních výkonů na mitrální chlopni** (L. Škňouřil, Třinec [8 min])
5. **TEE obraz dysfunkce mitrálních náhrad** (M. Troubil, P. Marcián, V. Bruk, V. Lonský, Olomouc [7 min])
6. **Přínos 3D echokardiografie v každodenní praxi – roční zkušenosti s 3D jícnovým vyšetřením v reálném čase** (P. Roučka, T. Hájek, Plzeň [7 min])

B. Aortální chlopeň

7. **Live demonstrace zpracování RT-3D záznamu u aortální vady** (J. Nečas, Brno [5 min])
8. **Přínos RT-3D TEE pro diagnostiku aortálních chlopenních vad** (K. Linhartová, Praha [15 min])
9. **RT-3D TEE navigace u intervenčních výkonů na aortální chlopni** (J. Januška, Třinec [8 min])

10. **Využití 3D echokardiografie v diagnostice infekční endokarditidy aortální chlopně: dvě kasuistiky** (M. Pleva, J. Scheeová, J. Bezecný, M. Kodajová, D. Kučera, M. Koleč, R. Brát, Ostrava [7 min])

C. Trikuspidální chlopeň

11. **Live demonstrace zpracování RT-3D záznamu u trikuspidální vady** (J. Nečas, Brno [5 min])
12. **Přínos RT-3D TEE pro diagnostiku trikuspidální regurgitace** (J. Nečas, Brno [8 min])

10.45–12.30 hod.

V. Reoperace srdečních vad, dysfunkce chlopenních náhrad

(předsedající: Š. Černý, Praha, A. Mokráček, České Budějovice)

1. **Počátky operací srdečních chlopní** (J. Tošovský, Praha [10 min])
2. **Reoperace srdečních vad v moderní kardiokirurgii – technické aspekty** (Š. Černý, Praha, [20 min])
3. **Dysfunkce chlopenních náhrad** (M. Šetina, Praha [15 min])
4. **Časně a pozdní selhání plastik mitrální chlopně** (Š. Černý, Praha [15 min])
5. **Časně a pozdní selhání plastik aortální chlopně** (J. Vojáček, Hradec Králové [15 min])
6. **Selhání alograftů a autograftů ve střednědobém horizontu, vlastní zkušenosti** (A. Mokráček, České Budějovice [15 min])
7. **Reoperace po výkonech na aortě a význam dlouhodobého sledování v chirurgii hrudní aorty** (I. Skalský, Praha [15 min])

12.30 hod. *Zakončení symposia* (A. Mokráček, České Budějovice, P. Vojtíšek, Pardubice)

12.30–13.30 hod. *Oběd*

Abstrakta

INFEKČNÍ ENDOKARDITIDA U PACIENTKY S CROHNOVOU CHOROBOU

BISKUPOVÁ J¹, NEDBAL P¹, KUČERA P¹, BELZA T¹, KŘIVÁČEK P², ČERNÝ Š²

¹ Kardiologické oddělení, Krajská nemocnice Liberec, ² Kardiokirurgické oddělení, Kardiocentrum, Nemocnice Na Homolce, Praha

Kasuistika pojednává o pacientce, která byla přijata na kardiologické oddělení pro opakované prekolapsové stavy a progresi dušnosti s pracovními diagnózami plicní embolie.

Šlo o padesátiletou ženu s roční anamnézou Crohnovy choroby s těžkým postižením terminálního ilea a Bauhinovy chlopně, která neužívala doporučenou medikaci a při exacerbaci základního onemocnění opakovaně odmítala hospitalizaci i plně indikované chirurgické řešení. Při přijetí dominovaly projevy jednostranného srdečního selhání, při fyzikálním vyšetření byl zachycen hluchý systolicko-diastolický šelest s maximem nad aortální chlopni. Na základě urgentně provedeného transthorakálního a následně transezofageálního echokardiografického vyšetření byla zjištěna infekční endokarditida aortální chlopně s těžkou regurgitací při devastaci aortální chlopně. Pro progresi stavu se známkami počínajícího kardiogenního šoku byla pacientka indikována urgentně k náhradě aortální chlopně. Operační řešení bylo úspěšné a i přes vysoké riziko infekce při floridním střevním zánětu nedošlo v pooperačním období ke vzniku protézové infekční endokarditidy.

Vzhledem k průkazu *Enterococcus faecalis* v hemokulturách šlo tedy nejprve o komplikaci floridně probíhajícího chronického střevního zánětu. Ve spolupráci s gastroenterologem byla upravena farmakoterapie Crohnovy choroby a po dlouhodobé aplikaci intravenózních antibiotik (ampicilin) byla pacientka v dobrém stavu propuštěna po šesti týdnech do domácí péče.

RUPTURA PAPILÁRNÍHO SVALU

HARRER J¹, ŽÁČEK P¹, VOJÁČEK J¹, ŠTEINER I¹, SOBONDE AF²

¹ Kardiokirurgická klinika, Kardiocentrum, ² Fingerlandův ústav patologie, FN Hradec Králové a LF UK

Ruptura papilárního svalu je poměrně vzácnou příčinou mitrální regurgitace. Dojde-li však k této komplikaci, jde o život ohrožující stav, který je nutno bezodkladně řešit.

Prezentujeme naši zkušenost s chirurgickou léčbou ruptury papilárního svalu. Popisujeme tři případy, u kterých k této komplikaci došlo. Ve dvou případech byla příčinou ruptury papilárního svalu nekroza srdečního svalu v souvislosti s infarktem myokardu. V jiném případě šlo o rupturu na podkladě infekční endokarditidy. Dva nemocní výkon přežili a v jednom případě došlo k úmrtí. U pacienta, kde došlo k úmrtí, byla operace provedena pro akutní stav srdečního selhávání v důsledku poinfarktové ruptury mezikomorového septa a baze posteromediálního papilárního svalu byla částečně utržena v místě rozsáhlého infarktu. Navíc je při řešení postinfarktového defektu septa komor (DSK) zadní levostranná ventrikulotomie spojena s rizikem poranění baze posteromediálního papilárního svalu. Bylo provedeno uzavření rozsáhlého defektu mezikomorové přepážky perikardiální záplatou a uvolněný posteromediální sval byl fixován transmurálně naloženým podložkovým stehem. Pro riziko vytržení stehem fixovaného papilárního svalu byla provedena náhrada mitrální chlopně mechanickou chlopenní protézou s ponecháním zadního cípu mitrální chlopně. Pacient však za dva dny po výkonu umírá na progredující kardiální selhání. Při pitvě byla zjištěna kompletně překrývající a dobře držící záplata postinfarktového DSK a utržená část posteromediálního papilárního svalu fixovaná stehem. V ostatních dvou případech nemocní i přes prodloužené zotavování přežili.

Závěr: Je podivuhodné, že se i přes vysoké mechanické nároky, které jsou na papilární svaly kladeny, vyskytuje ruptura papilárních svalů poměrně zřídka. Dojde-li však k této komplikaci, jde vždy o velmi závažný stav vyžadující náhradu mitrální chlopně.

FALLOTOVA TETRALOGIE V DOSPĚLOSTI

HAZUKOVÁ R¹, POPELOVÁ J², VOJÁČEK J¹, PLESKOT M¹, ŠTÁSEK J¹, PRAUS R¹, LUKEŠ A³, BRTO M⁴, POLANSKÝ P⁴

¹ Interní klinika, FN Hradec Králové a LF UK, ² Kardiokirurgické oddělení, Kardiocentrum, Nemocnice Na Homolce, Praha, ³ Dětská klinika, ⁴ Kardiokirurgická klinika, Kardiocentrum, FN Hradec Králové a LF UK

Fallotova tetralogie (TOF) je závažná komplexní cyanotická vrozená srdeční vada. Možnost chirurgické korekce TOF zásadně ovlivnila prognózu a umožnila jedincům dospět a přirozeně stárnout. Proto se dnes kardiolog pro dospělé setkává s TOF ve své praxi častěji. Obsahem sdělení jsou nejdůležitější aspekty TOF v medicíně dospělých.

NÁHRADA AORTÁLNÍ CHLOPNĚ U NEMOCNÉ V 27. TÝDNU GRAVIDITY

LONSKÝ V¹, STERIOVSKÝ A¹, PŘIKRYLOVÁ K¹, FÁBIKOVÁ K¹, MARCIÁN P¹, PROCHÁZKA M²

¹ Kardiologická klinika, ² Porodnicko-gynekologická klinika, FN Olomouc a LF UP

Úvod: Operace těhotných žen v mimotělním oběhu jsou indikovány pouze v případech, kdy jde o srdeční onemocnění, které buď během těhotenství akutně vzniklo, nebo se manifestovalo a bezprostředně ohrožuje ženu na životě tak, že není možné vyčkat s operací až do porodu. Určitou formou srdečního onemocnění trpí ve fertilním věku 2–4 % žen. Akutní aortální insuficience se vyskytuje s četností 1 : 8 000 těhotenství, infarkt myokardu 1 : 10 000 těhotenství. Riziko úmrtí je pro ženu dáno rizikovostí operace při základním onemocnění, riziko úmrtí plodu je až 33 %. Současná doporučení pro vedení mimotělního oběhu jsou následující: Standardní monitorace ženy, monitorace ozev plodu, heparinizace bez omezení (heparin neprostupuje placentou), normotermie, průtok kalkulovat 3 l/min/m², hematokrit > 30 %, perfuzní tlak > 70 mm Hg, kardioplegii odsávat mimo operační pole, co nejkratší mimotělní oběh. Literární zdroje jsou zcela minimální, omezeny pouze na jednotlivé kasuistiky.

Kasuistika: 34letá žena s akutní aortální insuficiencí pro endokarditidu. Ve 27. týdnu pro srdeční selhání indikována k akutní operaci. Použit oxygenátor Medos Hilite 7000 hep-ctd, hemokoncentrator, $\emptyset$ průtok 6,6 l/min, $\emptyset$ tlak 95 mm Hg, SvO₂ $\geq$ 74 %, teplota $\geq$ 35,3 °C, htk 0,19–0,26 (po hemokoncentraci), svorka 44 min, oběh 77 min, ACT 380 s, dávka heparinu 4,7 mg/kg, nejvyšší TF plodu 80 min. Provedena AVR SJM 19, sutura PFO. Pooperační průběh nekomplikovaný.

Závěr: Ve výjimečných případech je operace s použitím mimotělního oběhu v těhotenství se známými riziky pro plod proveditelná. Psychické zatížení celého operačního týmu je neposlední. V řádném termínu porod zdravé holčičky císařským řezem.

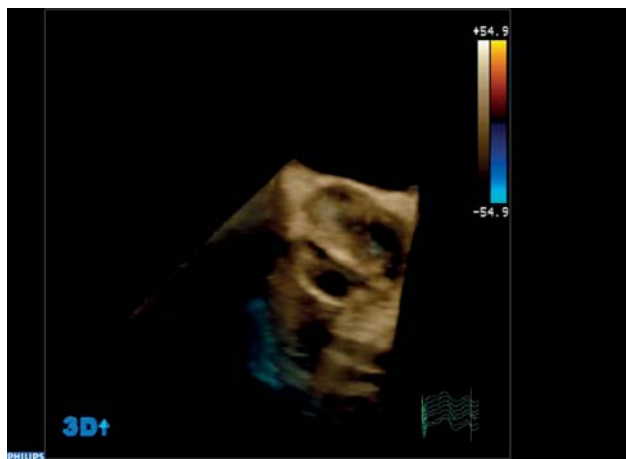
VYUŽITÍ 3D ECHOKARDIOGRAFIE V DIAGNOSTICE INFEKČNÍ ENDOKARDITIDY AORTÁLNÍ CHLOPNĚ: DVĚ KASUISTIKY

PLEVA M¹, SCHEEOVÁ J¹, BEZECNÝ J¹, KODAJOVÁ M¹, KUČERA D¹, KOLEK M², BRÁT R²

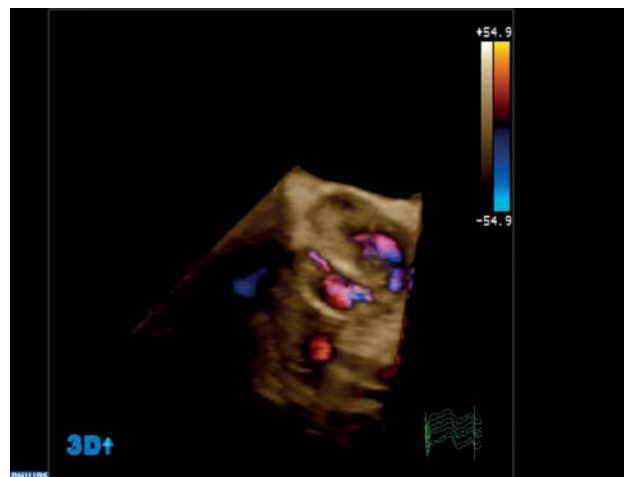
¹ Vaskulární centrum, Vítkovická nemocnice, a. s., Ostrava, ² Kardiologická klinika, FN Ostrava

Trojrozměrné zobrazení (3D) aortální chlopně při jícnové echokardiografii obvykle nepřináší další zásadní informace pro diagnostiku její patologie oproti dvojrozměrnému zobrazení (2D), které je zásadní a v naprosté většině případů dostačující ke stanovení závažnosti aortální vady či detekci patologických útvarů. Za výjimku považujeme možnost 3D zobrazení komplikací infekční endokarditidy, jakými jsou perforace nebo destrukce cípu. Další možností 3D zobrazení je detekce patologie mechanické chlopně v aortální pozici.

V první kasuistice prezentujeme význam 3D zobrazení u pacienta přijatého v septickém šoku v důsledku infekční endokarditidy aortální chlopně způsobené meticilin-rezistentním zlatým stafylokokem. Nucený odklad operace pro průkaz extrakardiálních abscesů a osteomyelitidy sternu vedl i přes agresivní baktericidní antibiotickou léčbu k progresi nálezů na aortální chlopně ve smyslu perforace a destrukce jejích cípů zobrazeného 3D echokardiografií a potvrzeného perioperačním nálezem. Ve druhé kasuistice dokumentujeme význam kombinace 2D a 3D zobrazení ke stanovení patologie mechanické chlopně v aortální pozici (současný nález pannu a vegetace).



Obrázek 1 Perforace cípu aortální chlopně v 3D zobrazení



Obrázek 2 Perforace cípu aortální chlopně v 3D zobrazení s barevným dopplerovským mapováním

PŘÍNOS 3D ECHOKARDIOGRAFIE V KAŽDODENNÍ PRAXI – ROČNÍ ZKUŠENOSTI S 3D JÍCNÝM VYŠETŘENÍM V REÁLNÉM ČASE

ROUČKA P, HÁJEK T

Kardiologické oddělení, FN Plzeň

Poslední dobou zaznamenáváme rozšíření 3D technologie nejen v běžném životě, ale i ve zdravotnictví. Začátkem roku 2010 jsme doplnili protokol perioperačního vyšetření o možnost real-time 3D jícnové echokardiografie. Plastický obraz vyšetřovaných struktur zlepšuje anatomické znalosti, prostorovou orientaci, a tím zjednodušuje komunikaci mezi vyšetřujícím echokardiografistou a operátorem. Hlavní přínos vyšetření zaznamenáváme zejména v těchto oblastech:

- komplexní, ucelený pohled na mitrální a trikuspidální ústí;
- přesná segmentární, funkční analýza a kvantifikace mitrálních vad, lepší zobrazení špatně vyšetřitelných mezních struktur, např. komisur;
- větší záchyt diskrétních změn, např. intrakardiálních útvarů;
- přesná lokalizace, rozsah dehiscencí, perforací a ostatních komplikací srdeční chirurgie;
- rychlá transformace z 2D do 3D obrazu a naopak, včetně výhodného paralelního zobrazení dvou na sebe kolmých 2D řezů bez nutnosti další manipulace sondou.

Závěr: 3D echokardiografické vyšetření v reálném čase není v současné době konkurentem 2D vyšetření, ale jeho cenným doplněním a rozšířením. Představuje významnou pomoc v perioperační diagnostice, zvyšuje úroveň diagnostické přesnosti, a tím i odhadu operační strategie a úspěšnosti záchranné operace chlopní.

POČÁTKY OPERACÍ SRDEČNÍCH CHLOPNÍ

TOŠOVSKÝ J

II. chirurgická klinika – kardiologická chirurgie, VFN a 1. LF UK, Praha

První úspěšná operace pro postižení srdeční chlopně byla provedena již ve dvacátých letech minulého století. Trvalo celá desetiletí, než se korekce nebo náhrada srdečních chlopní stala uznávaným a rutinním postupem v léčbě těchto onemocnění. Je přímo fascinující sledovat počátky chirurgie srdečních chlopní, vývoj chirurgické techniky, umělých srdečních chlopní, vývoj poznání významu a vlivu jednotlivých srdečních vad na hemodynamiku a prognózu nemocného.

Byla to někdy nesmírná odvaha a osobní nasazení chirurgů, které vedly k dosažení úspěchů a prosazení této léčby. Předcházela jim experimentální práce, nové poznatky týkající se jak patofyziologie oběhu, tak péče o nemocné při operaci srdce, zavedení mimotělního oběhu do klinické praxe, nové diagnostické postupy u srdečních vad a mnohé další objevy.

Tato rozsáhlá práce umožnila dosáhnout dnešního stavu chirurgické léčby nemocných s postižením srdečních chlopní. Tento současný stav léčby postižení srdečních chlopní jistě není konečný. Vedle vývoje ve světě jsou stručně uvedeny počátky chlopní chirurgie v našich zemích.

3D TEE OBRAZ DYSFUNKCE MITRÁLNÍCH NÁHRAD

TROUBIL M, MARCIÁN P, BRUK V, LONSKÝ V

Kardiologická klinika, FN Olomouc a LF UP

Úvod: Chlopenní náhrady jsou implantovány již více než 50 let, přičemž lehce převládají mechanické chlopenní náhrady nad biologickými. Nemocní s chlopenní náhradou jsou vystaveni riziku některých závažných komplikací. Četnost těchto komplikací je 2–3 % na pacienta a rok a mortalita v souvislosti s protézou je 1–2 % na pacienta a rok. Dysfunkce chlopenních náhrad lze dělit na obstrukční a regurgitační. Obstrukční dysfunkce může mít podklad trombotický a netrombotický (pannus, patient-prosthesis mismatch, vegetace). Trombotické komplikace chlopenních náhrad včetně embolizačních příhod jsou poměrně časté a postihují 0,7–6 % pacientů/rok. Regurgitační dysfunkce se dělí dle etiologie na infekční a mechanickou-strukturní, infekční protézová endokarditida potom na časnou a pozdní.

Diagnostika: V diagnostice PVT používáme transthorakální (TTE), transezofageální echokardiografii (TEE) a skiagrafii mechanické protězy. Pro zobrazení mitrální pozice je suverénně nejlepší metodou vyšetření TEE ve 2D, resp. 3D modalitě. Akvizice zobrazení je možná dvojím způsobem: v režimu Live 3D nebo Full-volume, která navíc umožňuje superpozici 3D obrazu a color flow mappingu (CFM).

Kasuistiky: Obsahem sdělení je prezentace TEE nálezů, 3D rekonstrukce a možnosti kvantifikace. 1. Pacient s obstrukční trombózou mechanické protězy. 2. Pacient s obstrukcí bioprotězy degenerativní etiologie. 3. Pacient s trombotickou obstrukcí bioprotězy. 4. Infekční endokarditida mitrální mechanické protězy. 4. Paravalvulární regurgitace mitrální mechanické protězy. 5. Dehiscence mitrálního prstence.

KDY OPEROVAT/NEOPEROVAT CHRONICKOU MITRÁLNÍ REGURGITACI

VAMBERA M, MOKRÁČEK A, KRUPAUEROVÁ M

Kardiologické oddělení, Kardiocentrum, Nemocnice České Budějovice,

KARDIOECHO, s. r. o., České Budějovice

Mitrální regurgitace (MR) představuje objemové přetížení LK, které, pokud je dlouhodobé, vede k ireverzibilnímu poškození funkce LK. Zpočátku je kontraktální dysfunkce LK maskována mechanismem redukce afterloadu. Prognóza závažné MR je nepříznivá, MR se chová velmi dynamicky v závislosti na srdečním výdeji a afterloadu. Indikace k operaci MR, především mitrální plastice, je v hraničních případech obtížná. Odvozuje se z korektního zhodnocení symptomů, které si často pacienti nepřipouštějí nebo je i popírají.

Za těchto okolností je vedle klinického a echokardiografického zhodnocení před invazivním vyšetřením výhodné zátěžové vyšetření, jež často vede ke správnému zhodnocení a určení závažnosti MR. Rozhodující je stanovení velikosti a funkce LK. EF < 60 %, ESD ≥ 40 mm, RF > 50 % celkového tepového objemu jsou ukazatele nepříznivé prognózy. Důležitým prediktorem zvýšené pooperační mortality je snížená EF, vyšší věk, zvýšený sérový kreatinin, přítomnost koronárního postižení a pokročilá funkční klasifikace vady.

Rovněž velikost levé síně, trikuspidální regurgitace (resp. plicní hypertenze) zvyšují riziko a ukazují na závažnost vady.

V hodnocení funkce LK nacházejí místo moderní metody tkáňového dopplerovského zobrazení (speckle tracking). Slibná je také analýza rotace a torze LK.

Hamletovská otázka „watchfull neglect or operate on“ tak zůstává stále ne zcela zodpovězena.

VÝZNAMNÁ AORTÁLNÍ STENÓZA V BĚŽNÉ KLINICKÉ PRAXI

VONDRÁK J

Kardiologické oddělení, Pardubická krajská nemocnice

Úvod: Aortální stenóza je v rozvinutých zemích třetí nejčastější kardiiovaskulární chorobou a je nejčastější indikací operace chlopní. Její příčinou je u dospělých prakticky výhradně kalcifikace dvou- či trojčepé aortální chlopně.

Cíl: Charakterizovat soubor pacientů indikovaných do našeho centra k celkovému došetření pro významnou aortální stenózu.

Metodika: Rozbor 100 konsekutivních pacientů komplexně vyšetřených pro významnou aortální stenózu v období březen 2009–srpen 2010.

Výsledky: Průměrný věk pacientů v našem souboru je 71 let, převažují muži (59 %), průměrný BMI 29,22. Dominujícím symptomem je dušnost (třída III–IV dle klasifikace NYHA u 54 pacientů) a bolesti na hrudi (48%). Synkopy udávalo 15 nemocných. Sinusový rytmus mělo v den přijetí 82 nemocných.

Z hlavních kardiiovaskulárních rizikových faktorů se arteriální hypertenze vyskytuje u 89 nemocných, léčená hyperlipidemie u 68. V souboru je pouze 36 diabetiků, 9 aktivních kuřáků. Chronickou renální insuficiencí trpí 9 nemocných. Významná koronární nemoc byla diagnostikována ve 49 případech.

V laboratoři byl průměrný celkový cholesterol 4,84 mmol/l, LDL cholesterol 3,0 mmol/l, triglyceridy 1,47 mmol/l, HDL 1,3 mmol/l, kreatinin 97,3 μmol/l.

Při echokardiografickém vyšetření byla dvoučepá aortální chlopně zjištěna u 26 nemocných, u 19 jsme nebyli schopni určit počet čepů. Průměrná indexovaná plocha aortálního ústí byla 0,43 cm²/m², EFLK 59 %. Průměrná tloušťka interventrikulárního septa 12 mm, odhadovaný systolický tlak v plicnici 46 mm Hg, průměrný rozměr ascendentní aorty 35,8 mm.

Při subanalýze nemocných bez významné koronární nemoci byli tito nemocní při srovnání s celým souborem více dušní (NYHA III–IV 64 % vs. 54 %), méně udávali bolesti na hrudi (37 % vs. 48 %). Nemocní s dvoučepou aortální chlopní byli mladší (68 vs. 71 let) a měli širší ascendentní aortu (40 vs. 34 mm). V ostatních sledovaných parametrech se tato skupina pacientů od celkového souboru výrazně nelišila.

87 nemocných bylo indikováno k operaci, 46 z nich ke kombinovanému výkonu – korekce vady a revaskularizace.

Závěr: Aortální stenóza je spojena s nepříznivým kardiiovaskulárním rizikovým profilem a tento profil je srovnatelný s koronární nemocí. Nemocní s dvoučepou aortální chlopní jsou mladšího věku s tendencí k dilataci ascendentní aorty. Nemocné budeme i nadále sledovat s cílem zjistit peri- a pooperační mortalitu a spokojenost nemocných v dalším průběhu léčby.

SRDEČNÍ AMYLOIDÓZA – KUKAČČÍ VEJCE V RUTINNÍM DIAGNOSTICKÉM PROCESU

ŽÁČEK P¹, HARRER J¹, BRTKO M¹, TUNA M¹, POLANSKÝ P¹, VOJÁČEK J¹, DOMINIK J¹, ROZKOŠ T²

¹ Kardiologická klinika, Kardiocentrum, ² Fingerlandův ústav patologie, FN Hradec Králové a LF UK

Srdeční amyloidóza je komplexní onemocnění se závažnou prognózou pro nemocného v době klinické manifestace. Z pohledu kardiologa je jedinou léčebnou možností srdeční transplantace, která však zůstává kontroverzní ve světle následného ohrožení štěpu amyloidózou.

Odlíšnou situací je nedagnostikovaná amyloidóza u nemocného indikovaného ke standardnímu kardiologickému výkonu. Zátěž srdeční operace, s použitím mimotělního oběhu či bez něj, vede zpravidla k nezvládnutelnému srdečnímu selhání. Kardiologický výkon by u nemocného se srdeční amyloidózou neměl být indikován. Včasná předoperační diagnóza srdeční amyloidózy není snadná pro splývání klinických známek s projevy mnohem častějšího postižení srdečních chlopní či věnčitých tepen. Amyloidóza může s ostatními srdečními lézemi i koincidovat. Rutinní zobrazovací metody mohou paradoxně nasměrovat pozornost klinika k majoritní diagnóze. Obtížná diferenciální diagnostika bude analyzována na čtyřech odlišných případech.

Seznam firem inzerujících v tomto čísle

MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o.	2. a 3. strana obálky
SERVIER s.r.o.	4. strana obálky
Edwards Lifesciences AG, organizační složka	strana 33
S & T Plus s.r.o.	strana 35