

Zagadka echokardiograficzna

MIROSLAW KOWALSKI

Klinika Wad Wrodzonych Serca Instytutu Kardiologii w Warszawie-Aninie

Kardiologia po Dyplomie 2011; 10 (6): 45

Dane kliniczne:

Pacjent, lat 53, został przyjęty do kliniki w trybie pilnym z powodu pogorszenia tolerancji wysiłku (III klasa niewydolności wg NYHA). Od około 1,5 roku chorował na nadciśnienie tętnicze. Negował inne choroby przewlekłe. Nie palił. Osłuchiwaniem stwierdzono szmer rozkurczowy 3/6 w II prawym międzyżebżu. W badaniu echokardiograficznym zwracał uwagę tętniak aorty wstępującej (średnica 71 mm, łuk 42 mm), z dużą niedomykalnością trójdzielną zastawki aortalnej (frakcja niedomykalności mierzona metodą dopplerowską wynosiła 78%). Jama lewej komory była powiększona do 63 mm w rozkurczu z nieznacznym przerostem mięśnia (12 mm) i upośledzoną jego kurczliwością (EF=29%). Niedomykalność mitralna była mała.

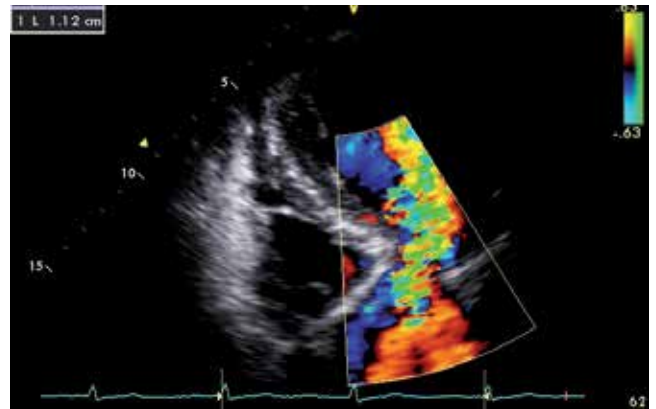
Stwierdzono nieznacznie powiększoną jamę lewego przedsiionka, nieposzerzony pień płucny (średnica 25 mm). Jama prawej komory miała graniczną wielkość. Niedomykalność trójdzielna była mała, a wartość RVSP liczona z fali zwrotnej trójdzielnej wynosiła 32 mm Hg. W chwili przyjęcia tętno u chorego było miarowe 76/min, a ciśnienie tętnicze wynosiło 150/85 mm Hg. Wykonano angio-TK tętnic wieńcowych, wykluczając miażdżycę.

Pytanie:

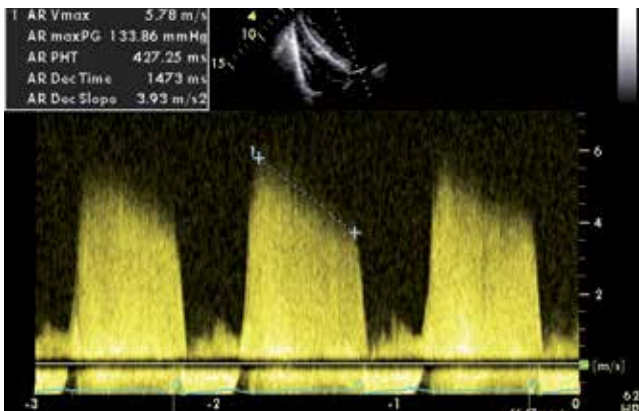
Jak należy postąpić w przedstawionej sytuacji? Czy wyniki badania echokardiograficznego są spójne i czy odzwierciedlają przebieg choroby?



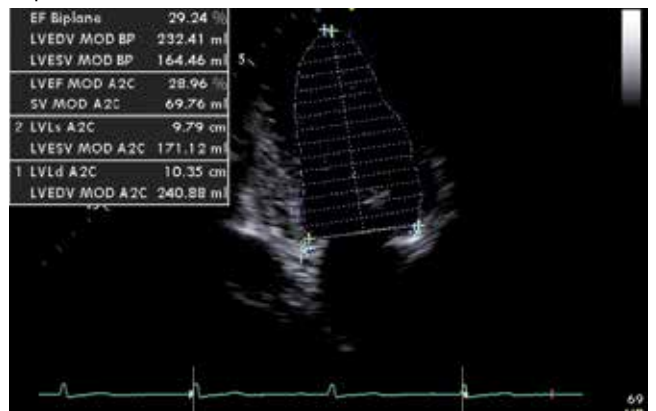
RYCINA 1. Projekcja przymostkowa w osi długiej. Prezentacja 2D.



RYCINA 2. Projekcja koniuszkowa pięciojamowa. Tryb kolorowego doplera.



RYCINA 3. Projekcja koniuszkowa pięciojamowa. Tryb fali ciągłej.



RYCINA 4. Projekcja koniuszkowa dwujamowa. Prezentacja 2D. Ocena frakcji wyrzutowej metodą Simpsona.

Odpowiedź na str. 41