

Zagadka echokardiograficzna

Mirostław Kowalski

Klinika Wad Wrodzonych Serca
Instytutu Kardiologii w Warszawie-Aninie

Kardiologia po Dyplomie 2011; 10 (2): 40

Dane kliniczne:

Pacjentka, lat 20, z zespołem Marfana została przyjęta do kliniki w celu oceny istotności towarzyszącej zespołowi wady serca. Chora od czwartej klasy szkoły podstawowej była zwolniona z zajęć wychowania fizycznego. Zgłaszała ograniczoną tolerancję wysiłku oraz sporadycznie kołatania serca. Wiele lat temu zwichnęła lewy staw kolanowy. W badaniu fizykalnym stwierdzono głośne tony serca, ze szmerem skurczowym 4/6 nad koniuszkiem serca. W badaniu echokardiograficznym zwracała uwagę umiarkowana niedomykalność mitralna (ERO – 0,28 cm², talia niedomykalności – 5 mm), z powiększeniem jamy lewej komory do 6 cm, z frakcją wyrzutową 57% i graniczną wielkością lewego przedsionka (40 mm). Uwidoczni-

no także nieposzerzony pień tętnicy płucnej 22 mm, niepowiększone jamy prawego serca. Nie zarejestrowano fali zwrotnej trójdzielnej. Wymiary aorty wstępującej oraz łuku były prawidłowe. W teście wysiłkowym przy obciążeniu 7,1 METS nie obserwowano zaburzeń rytmu. Ze względu na stabilny obraz kliniczny chora została zakwalifikowana do postępowania zachowawczego.

Pytanie:

Jaka jest etiologia niedomykalności mitralnej w opisanym przypadku? Jakie cechy badania echokardiograficznego mogłyby skłonić lekarzy prowadzących do zakwalifikowania chorej do leczenia operacyjnego?



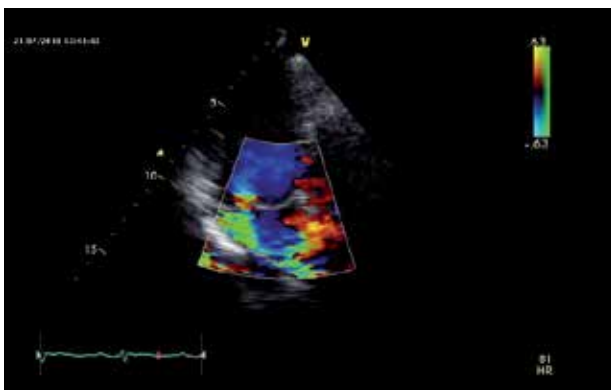
RYCINA 1

Projekcja przymostkowa w osi długiej (skurcz). Prezentacja 2D.



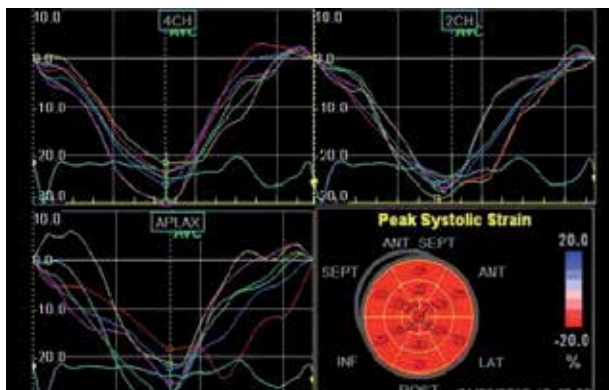
RYCINA 2

Projekcja przymostkowa w osi długiej (rozkurcz). Prezentacja 2D.



RYCINA 3

Projekcja koniuszkowa dwujamowa. Tryb kolorowego doplera.



RYCINA 4

Mapa odkształceń regionalnych (strain skurczowy podłużny) uzyskana z trzech projekcji koniuszkowych.

Odpowiedź na str. 39