

Zagadka echokardiograficzna

Mirostaw Kowalski

Klinika Wad Wrodzonych Serca
Instytutu Kardiologii w Warszawie-Aninie

Kardiologia po Dyplomie 2010; 9 (6): 51

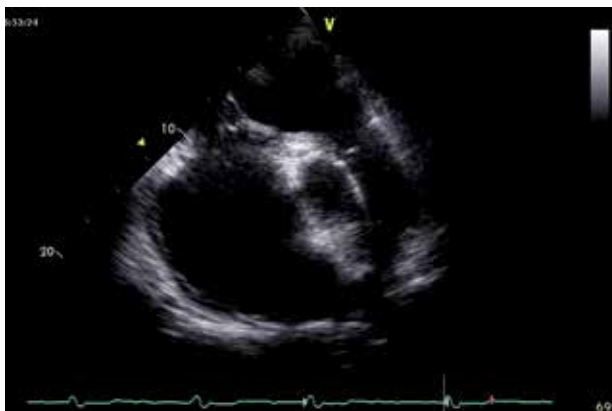
Dane kliniczne:

Mężczyzna, lat 83, z wywiadem napadowego, a następnie utrwalonego migotania przedsionków, z łagodnymi komorowymi zaburzeniami rytmu wiele lat był pod opieką ambulatoryjną. Stosował beta-adrenolityk i glikozydy naparstnicy. W EKG metodą Holtera rejestrowano pauzy do 2,7 s, co nie dawało podstaw do implantacji układu stymulującego. W badaniach echokardiograficznych od początku opieki rejestrowano umiarkowane niedomykalności zastawki mitralnej i trójdzielnej z powiększeniem jam przedsionków. Funkcja lewej komory była nieznacznie upośledzona, a chory zachowywał zadowalającą wydolność fizyczną (klasa I/II wg NYHA). Koronarografia nie uwidoczniała zmian w tętnicach wieńcowych. Pacjenta obecnie hospitalizowano z powodu zaostrzenia

niewydolności krążenia. W obrazie klinicznym zwracały uwagę narastające obrzęki kończyn dolnych, obrzęk worka mosznowego, zwiększenie masy ciała o około 7 kg w 3 tygodnie. W badaniu echokardiograficznym stwierdzono powiększoną jamę prawej komory do 5,2 cm z istotnie powiększoną jamą prawego przedsionka i poszerzoną żyłą główną dolną do 46 mm. Stwierdzono też umiarkowaną niedomykalność mitralną, prawdopodobnie wtórną do zmian organicznych zastawki.

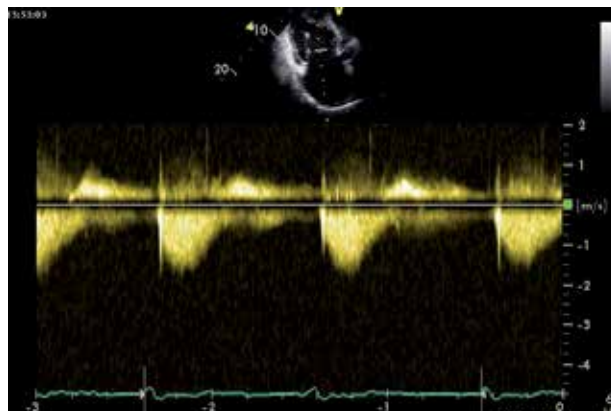
Pytanie:

Co może być przyczyną tak dużej niewydolności prawej komory serca? Czy zabieg operacyjny korekcji niedomykalności mitralnej i trójdzielnej może przynieść choremu korzyść?



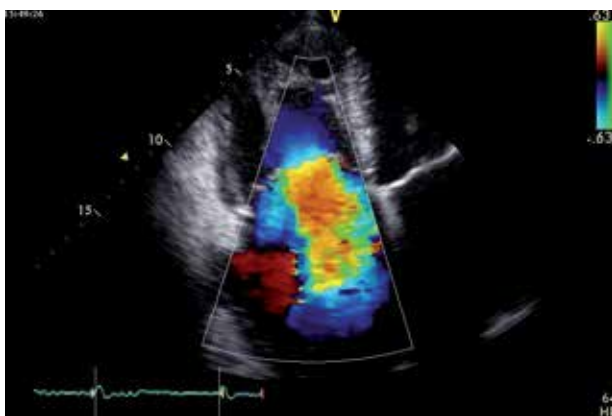
RYCINA 1

Prezentacja 2D. Projektja przymostkowa w osi krótkiej.



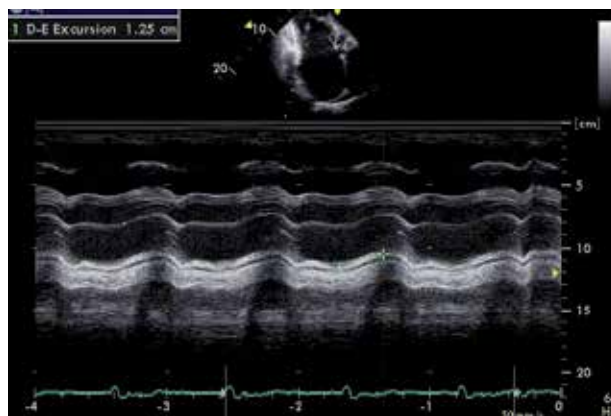
RYCINA 2

Profil prędkości fali zwrotnej trójdzielnej. Tryb doplera ciągłego.



RYCINA 3

Badanie doplerowskie znakowane kolorem. Projektja koniuszkowa czterojamowa.



RYCINA 4

Badanie jednopłaszczyznowe (M-mode). Amplituda ruchu pierścienia trójdzielnego (TAPSE).

Odpowiedź na str. 47