

Komentarz

**Ireneusz Haponiuk^{1,2}, Katarzyna Gierat-Haponiuk²**¹Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej Szpitala św. Wojciecha w Gdańsku – Zaspie²Katedra Fizjoterapii Wydziału Rehabilitacji i Kinezylogii

Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku



Autorzy przedstawili opis pacjenta z rzadką wrodzoną wadą serca pod postacią tunelu aortalno-komorowego [1], dodatkowo o niespotykanej morfologii, co najprawdopodobniej spowodowało gwałtowne narastanie objawów niewydolności serca. Typową formą tunelu aortalno-komorowego (AVLT, *aortico-left ventricular tunnel*) jest wrodzone połączenie między aortą wstępującą o nadzatkowym ujściu, przebiegające w okolicy odejścia prawej tętnicy wieńcowej, drążącym w kierunku lewej komory. Tunel aortalno-komorowy prowadzi do niewydolności serca – początkowo lewej komory, zarówno z powodu przecieku skurczowo-rozkurczowego, jak i powiększenia serca, a następnie dysfunkcji zastawki aortalnej i zaburzeń przepływu wieńcowego. Leczenie AVLT polega na wczesnym zamknięciu, najczęściej operacyjnym, co zazwyczaj powoduje ustąpienie objawów przecieku i niewydolności serca.

W prezentowanej pracy Autorzy przedstawili nietypową postać wady z dwoma ujściami nad zatokami Valsavy, łączącymi się w pojedynczy kanał o wspólnym, lewokomorowym ujściu tunelu AVLT. Taka postać wady wymagała szczegółowej diagnostyki, co z pewnością oznacza potrzebę dodatkowego czasu na wykonanie kolejnych badań niesłużących poprawie kondycji chorego. Precyzyjny opis anatomii wady u opisanego pacjenta był możliwy dzięki wykonanemu badaniu autopsyjnemu.

Podstawą diagnostyki AVLT jest przezklatkowe badanie echokardiograficzne (TTE, *transthoracic echocardiography*), które jest obecnie podstawową metodą obrazową w kardiologii wad wrodzonych [2]. Wobec niejednoznacznych obrazów przezklatkowych kolejnym krokiem jest wykonanie badania echokardiograficznego przezprzełykowego (TEE, *transesophageal echocardiography*). Przydatną, a niejednokrotnie rozstrzygającą dla rozpoznania, bywa diagnostyka inwazyjna – cewnikowanie serca z aortografią i koronarografią, a także tomografia komputerowa.

Tunel aortalno-komorowy to wrodzona wada serca szczegółowo opisana i najczęściej wcześniej rozpoznawana u najmniejszych dzieci, obecnie z powodzeniem diagnozowana także prenatalnie. W zaawansowanej echokardiografii płodowej o występowaniu takiej patologii mogą świadczyć powiększenie lewej komory serca w projekcji czterojamowej, niedomykalność zastawki aortalnej ze stenotycznym pogrubieniem płatków, która po wnikliwej ocenie w projekcji kolonowej ujawnia się w postaci przecieku okołozastawkowego, oraz poszerzenie ujścia aorty powodujące w konsekwencji zawężenie drogi wypływu prawej komory [3].

Po ustaleniu rozpoznania pacjent jest najczęściej kwalifikowany do pilnego leczenia kardiochirurgicznego. Operacja polega na obustronnym zamknięciu tunelu – zarówno ujścia aortalnego, jak i okolicy drenażu do lewej komory – z zastosowaniem łaty osierdziowej lub syntetycznej. Zamknięcie przecieku u dziecka najczęściej zapobiega progresji niedomykalności aortalnej, choć zdarzają się kazuistyczne opisy powtórnego leczenia operacyjnego (reoperacji) z powodu narastania niedomykalności aortalnej, najczęściej w wieku dorosłym, lub późnych powikłań w postaci tętniaka aorty wstępującej [4]. U pacjentów starszych, o większej masie ciała, atrakcyjną opcją jest leczenie interwencyjne, z przeszczepieniem implantu/ów zamykającego AVLT, aczkolwiek najczęściej stosowaną, ostateczną strategią pozostaje klasyczne leczenie kardiochirurgiczne [2].

Piśmiennictwo

1. Sinha SK, Khanra D, Rekwil L. Aortico-left ventricular tunnel (AVLT): a rare cause of to-and-fro. *Folia Cardiol.* 2019; 14(1): 106–111, doi: [10.5603/FC.2019.0016](https://doi.org/10.5603/FC.2019.0016).
2. Kathare P, Subramanyam RG, Dash TK, et al. Diagnosis and management of aorto-left ventricular tunnel. *Ann Pediatr Cardiol.* 2015; 8(2): 103–107, doi: [10.4103/0974-2069.157021](https://doi.org/10.4103/0974-2069.157021), indexed in Pubmed: [26085759](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26085759/).
3. Greiber IK, Maroun LL, Vejstrup N, et al. Aortico-left ventricular tunnel: report of two prenatal cases and review of the literature. *Ultrasound Int Open.* 2015; 1(2): E76–E77, doi: [10.1055/s-0035-1565091](https://doi.org/10.1055/s-0035-1565091), indexed in Pubmed: [27689158](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27689158/).
4. Portelli Tremont JN, Kalra A, Savarese C, et al. Aortic root replacement in a patient following congenital aortico-left ventricular tunnel repair in childhood. *J Card Surg.* 2017; 32(12): 830–832, doi: [10.1111/jocs.13219](https://doi.org/10.1111/jocs.13219), indexed in Pubmed: [29098719](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29098719/).