

Przezskórne zamknięcie przecieku okołoprotezowego w ujściu aortalnym za pomocą dwóch zapinek Amplatza

Percutaneous closure of paravalvular leak using two Amplatzer occluders device in a patient with aortic paravalvular leak

Paweł Bugajski¹, Ireneusz Marcin Jedliński^{2,3}, Janusz Rzeźniczak⁴, Ryszard Kalawski¹, Marek Słomczyński¹

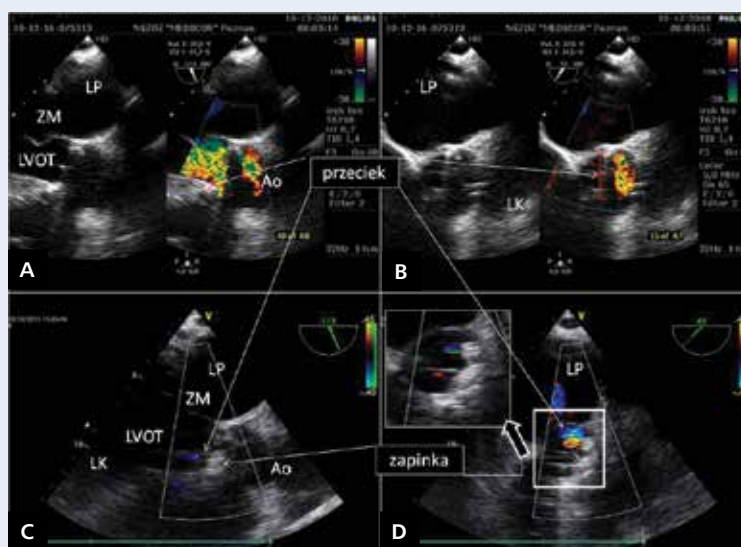
¹Oddział Kardiologiczny, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia, Poznań

²Oddział Kardiologii, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia, Poznań

³„Medicor”, Poradnie Specjalistyczne, Poznań

⁴Pracownia Hemodynamiki, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia, Poznań

Chory w wieku 75 lat został skierowany do poradni kardiologicznej przez lekarza pierwszego kontaktu z powodu stopniowo narastających objawów niewydolności lewej komory (LV) (duszność wysiłkowa) oraz głośniego szmeru nad sercem. Osiem lat wcześniej u pacjenta wykonano zabieg implantacji dwudyskowej protezy mechanicznej (St. Jude 27) w lewe ujście tętnicze z powodu zwężenia zastawki aortalnej, połączonego z założeniem 3 pomostów aortalno-wieńcowych (CABG). W wywiadzie zanotowano wieloletnią cukrzycę typu 2 i niewydolność nerek ze stabilnymi stężeniami kreatyniny (ok. 2.1 mg/dl). Ostatnie oznaczenie znormalizowanego wskaźnika międzynarodowego wynosiło 2,3. Przedmiotowo w dniu badania u chorego stwierdzono głośny szmer skurczowy maksymalny w miejscu osłuchiwania zastawki aortalnej i trzeszczenia u podstawy obu płuc. W badaniu elektrokardiograficznym stwierdzono patologiczny lewogram oraz cechy przerostu i przeciążenia LV. W celu dokładnej oceny u pacjenta wykonano przezklatkowe badanie echokardiograficzne (TTE). Zaobserwowano powiększenie jamy LV (wymiar późnorozkurczowy 67 mm) oraz koncentryczny przerost jej ścian (grubość przegrody międzykomorowej 16 mm w rozkurczu i ściany dolno-bocznej 14 mm w rozkurczu). Ponadto stwierdzono prawidłową morfologię poszczególnych części protezy mechanicznej w lewym ujściu tętniczym (gradient przezprotezowy maksymalny oraz średni odpowiednio 28 mm Hg i 13 mm Hg). Nie zanotowano obecności przecieku śródprotezowego. Uwidoczniono natomiast przeciek okołoprotezowy zlokalizowany od strony pierścienia mitralnego, obejmujący 60% szerokości drogi odpływu LV i sięgający do koniuszka LV. W celu dokładniejszej oceny etiologii i miejsca przecieku u chorego wykonano przezprzetykowe badanie echokardiograficzne (TEE). Stwierdzono wyprucie protezy obejmujące 1/3 obwodu jej pierścienia oraz istotny hemodynamicznie przeciek okołoprotezowy (ryc. 1A, B). Chorego skierowano na angiotomografię komputerową w celu oceny drożności CABG — nie stwierdzono obecności istotnych zmian w pomostach. Po konsultacji kardiologicznej (bardzo wysokie ryzyko reoperacji) oraz rozmowie z pacjentem podjęto decyzję o przezskórnym zamknięciu miejsca przecieku okołoprotezowego. Wykonano zabieg implantacji 2 zapinek Amplatza (VSD Amplatzer Occluder o śr. 6 mm i 8 mm). W kontrolnym TEE wykazano obecność śladowego przecieku okołoprotezowego zlokalizowanego między okluderami (ryc. 1C, D). Chorego w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu. Aktualnie pacjent jest pod opieką poradni kardiologicznej, wyrównany krążeniowo (I klasa wg NYHA). W kontrolnych TTE nie wykazano istotnego przecieku okołoprotezowego.



Rycina 1. Przezprzetykowe badanie echokardiograficzne. Projekcja przetykowa środkowa na drogę odpływu lewej komory; **A, B.** Badanie przed zabiegiem; **C, D.** Badanie po zamknięciu przecieku; Ao — aorta wstępująca; LK — lewa komora; LP — lewy przedsionek; LVOT — droga odpływu lewej komory; ZM — zastawka mitralna

Adres do korespondencji:

dr n. med. Ireneusz Jedliński, Oddział Kardiologiczny, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia, ul. Szkolna 8/12, 61–833 Poznań, e-mail: irejed@wp.pl

Konflikt interesów: nie zgłoszono