Opinia Eksperta

"Development of the European Network in Orphan Cardiovascular Diseases"
„Rozszerzenie Europejskiej Sieci Współpracy ds Sierocych Chorób Kardiologicznych"

EKSPERT: dr Krzysztof Bederski, torakochirurg

Affiliacja: *Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej, Szpital Jana Pawła II w Krakowie*

PODSUMOWANIE PRZYPADKU

Przypadek 52-letniej pacjentki z tętniakiem aorty wstępującej, z wrodzoną wadą serca pod postacią złożonej wady zastawki aortalnej – umiarkowana stenoza z ciężką niedomykalnością, oraz z przetrwałym przewodem tętniczym Bottala. Dodatkowo chora leczona z powodu napadowego migotania przedsionków i nadciśnienia tętniczego.
W badaniach echokardiograficznych wykonywanych w latach 2009-2014 stwierdzono poszerzanie się aorty wstępującej z 46 mm do 50 mm, narastanie gradientu aortalnego (od 32/20 mmHg do 41/23 mmHg) oraz powiększanie wymiaru lewej komory (z 54/35 mm do 60/40 mm).
W aktualnym badaniu echokardiograficznym stwierdzono zachowaną frakcję wyrzutową lewej komory (60%) oraz następujące wymiary: lewa komora: 60/40 mm; aorty wstępująca - 50 mm, w łuku 30 mm, separacja płatków aortalnych 8 mm, gradient aortalny 41/23 mmHg, fala zwrotna - umiarkowana/ciężka – PHT 300, a także wysunięto podejrzenie zastawki dwupłatkowej.
W angio CT (2013r.) zobrazowano tętniak aorty wstępującej o następujących wymiarach: opuszka 44 mm, aorta wstępująca 51 mm, łuk aorty w okolicy odejścia pnia ramienno-głowowego 37 mm, łuk aorty w okolicy odejścia lewej tętnicy podobojczykowej – 27 mm, aorta zstępująca w odcinku proksymalnym 33 mm, aorta zstępująca w odcinku dystalnym 25 mm, zwapnienia w płatkach zastawki aortalnej. Obecny również przetrwały przewód tętniczy Bottala o wymiarach: wymiar podłużny przewodu 26 mm, średnica ok 4-5 mm, obecny śladowy przepływ do pnia płucnego. W koronarografii: tętnice wieńcowe bez zmian miażdżycowych, poszerzenie aorty wstępującej do 48 mm, zwapnienia w rzucie zastawki aortalnej, fala zwrotna przez zastawkę aortalną II stopnia. Zabieg koronarografii powikłany obecnością tętniaka rzekomego, który wymagał leczenia operacyjnego.

DYSKUSJA

Według aktualnych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących leczenia dorosłych pacjentów z wrodzonymi wadami serca z 2010 roku zamknięcie PDA należy wykonać u pacjentów z objawami przeciążenia objętościowego lewej komory (klasa I c) oraz u pacjentów z tętniczym nadciśnieniem płucnym, ale z ciśnieniem w tętnicy płucnej <2/3 wartości ciśnienia systemowego lub naczyniowym oporem płucnym <2/3 systemowego oporu naczyniowego (klasa I c). Metodą z wyboru jest przez skórne zamknięcie PDA o ile możliwe jest ono technicznie (klasa I c). Leczenie chirurgiczne można zastosować jedynie w przypadku pacjentów, u których przewód jest zbyt duży bądź stwierdza się nieodpowiednią anatomię.

Ponadto zgodnie z wytycznymi ESC dotyczących postępowania w zastawkowych wadach serca z 2012 roku u pacjentki istnieją wskazania klasy I c do operacji opuszki aorty (bez względu na stopień ciężkości AR zabieg operacyjny jest wskazany u chorych z maksymalnym wymiarem aorty wstępującej =>50 mm).

OPINIA EKSPERTA

W tym przypadku należy wykonać cewnikowanie prawego serca celem oceny parametrów hemodynamicznych układu krążenia oraz wielkości przecieku przez PDA. Zamknięcie PDA u chorej wydaje się konieczne, należy jednak rozważyć czy nie wykonać tego zabiegu równocześnie z zabiegiem chirurgicznej korekcji wady zastawki aortalnej. Dlatego ostateczna decyzja powinna zostać podjęta po uzyskaniu wyników oznaczeń hemodynamicznych w cewnikowaniu prawostronnym oraz ocenie istotności wady aortalnej w badaniu echokardiograficznym.

REFERENCJE

Wytyczne dotyczące postępowania w zastawkowych wadach serca na rok 2012.

Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące keczenia dorosłych pacjentów z wrodoznymi wadami serca (nowa wersja – 2010).

John Paul II Hospital in Kraków
Jagiellonian University, Institute of Cardiology
80 Prądnicka Str., 31-202 Kraków;
tel. +48 (12) 614 33 99; 614 34 88; fax. +48 (12) 614 34 88
e-mail: rarediseases@szpitaljp2.krakow.pl
www.crcd.eu