

Komentarz

**dr hab. n. med. Ireneusz Haponiuk, prof. nadzw.^{1,2},
dr n. med. Katarzyna Gierat-Haponiuk^{2,3}**

¹Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej Szpitala im. św. Wojciecha w Gdańsku–Zaspie

²Katedra Fizjoterapii Wydziału Rehabilitacji i Kinezylogii Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku

³Klinika Rehabilitacji Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego



Zastawka aortalna jest strukturą trójpłatkową, osadzoną w pierścieniu, od którego rozpoczyna się początkowy odcinek tętnicy głównej zwany opuszką aorty. Odpowiednie płatki tworzą trzy zatoki Valsalvy, tj. lewo- i prawo-wieńcowa, od których biorą początek tętnice wieńcowe — prawa i lewa, oraz bezwieńcowa. Prawidłowo funkcjonujące płatki zapewniają swobodny wypływ skurczowy z lewej komory, bez niedomykalności zastawki w fazie rozkurczu. Najczęstszą wrodzoną anomalią zastawki aortalnej jest jej wariant dwupłatkowy, który może występować jako anomalia izolowana lub też towarzyszyć innym wrodzonym wadom serca. Wśród wad wrodzonych lewego ujścia tętniczego rzadziej opisywane są jednopłatkowe zastawki aortalne, wymagające zazwyczaj pilnego leczenia interwencyjnego już we wczesnym okresie życia noworodka [1], a także formy wielopłatkowe, najczęściej diagnozowane incydentalnie ze względu na łagodną manifestację kliniczną [2]. We wszystkich postaciach wad wrodzonych zastawki aortalnej podkreśla się zagrożenie związane z potencjalną dysfunkcją zastawki, oraz wynikającą z tego potrzebę regularnej kontroli kardiologicznej, i konieczność profilaktyki infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW) u pacjentów ze zdefiniowaną wadą, niezależnie od często skąpoobjawowego przebiegu [3]. Dla przykładu prezentujemy obraz echokardiograficzny dwupłatkowej zastawki aortalnej z wadą pierścienia aortalnego w zakresie odpowiadającym anatomicznej pozycji

płatka bezwieńcowego, powikłanej ostrym IZW z wytworzeniem ropnia okołopierścieniowego. Chory w wieku 9 lat wymagał pilnej operacji usunięcia ropnia z zamknięciem jego jamy oraz wszczepienia mechanicznej protezy w trakcie intensywnej antybiotykoterapii IZW (ryc. 1).

Autorzy przedstawili przypadek rzadko spotykanej wady serca, jaką jest czteropłatkowa zastawka aortalna (QAV, *quadricuspid aortic valve*), której występowanie na podstawie badań echokardiograficznych i pośmiertnych ocenia się



Rycina 1. Obraz echokardiografii przezprzetykowej (TEE, *transesophageal echocardiography*) dwupłatkowej zastawki aortalnej z wadą pierścienia aortalnego w zakresie odpowiadającym anatomicznej pozycji płatka bezwieńcowego, powikłanej ostrym infekcyjnym zapaleniem wsierdza (IZW) z degeneracją obu płatków i wytworzeniem ropnia okołopierścieniowego, z istotną dysfunkcją skurczowo-rozkurczową (materiał własny)

na poniżej 0,1% chorych. Czteropłatkowa zastawka aortalna występuje w siedmiu wariantach anatomicznych (typy A–G), które wyróżniono na podstawie różnej budowy i wielkości jej płatków [4, 5]. Opisywaną w pracy morfologię QAV zaliczono do jednego z częściej występujących wariantów tej wady – typu A, w którym wszystkie płatki są jednakowej wielkości [5]. W tej formie ryzyko dysfunkcji zastawki wydaje się najniższe.

Autorzy podkreślają wartość badania echokardiograficznego w rozpoznaniu tej wady serca. W tym badaniu ocenia się niedomykalność QAV, co może być podstawowym problemem klinicznym w tej wadzie, nasilającym się z wiekiem chorego. Łagodna lub umiarkowana wymaga stałej kontroli (jak w przypadku omawianej pacjentki), zaś istotna stanowi wskazanie do leczenia operacyjnego (plastyka zastawki lub wszczepienie protezy) albo interwencyjnego, z przeszskórnym lub hybrydowym wszczepieniem stentowanej rozprężalnej zastawki aortalnej (TAVI, *transcatheter aortic valve implantation*) [6]. Autorzy słusznie podkreślili konieczność wnikliwej oceny mogącego towarzyszyć omawianej wadzie zastawkowej poszerzenia aorty wstępującej, którego szczęśliwie nie stwierdzono u opisywanej pacjentki.

W artykule zwrócono uwagę na rolę badania angiografii tomografii komputerowej (angio-CT, *angiography computed tomography*), które umożliwiło potwierdzenie anatomicznego typu A wady zastawki aortalnej o morfologii QAV. Najbardziej istotne dla dalszej terapii okazało się w naszym przekonaniu wykluczenie przewężeń tętnic wieńcowych i ujawnienie mostu mięśniowego nad gałęzią międzykomorową przednią, co prawdopodobnie mogło być główną przyczyną zgłaszanych dolegliwości w postaci bólu w klatce piersiowej.

Piśmiennictwo

1. Przybylski R, Borzymowski J, Skalski JH. Chirurgia wad lewego ujścia tętniczego. In: Skalski J, Religa Z. ed. Kardiochirurgia dziecięca. Wyd. I. Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 2003: 113–135.
2. Feldman BJ, Khandheria BK, Warnes CA, et al. Incidence, description and functional assessment of isolated quadricuspid aortic valves. *Am J Cardiol.* 1990; 65(13): 937–938, indexed in Pubmed: [2181849](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2181849/).
3. Wytyczne dotyczące postępowania w zastawkowych wadach serca na 2012 rok. Wspólna grupa robocza ESC i EACTS. *Kardiol Pol.* 2012; 372(Suppl VII): S319–S372.
4. Jedliński I, Jamrozek-Jedlińska M, Bugajski P, et al. Czteropłatkowa zastawka aortalna. *Kardiol Pol.* 2011; 69: 1084–1086.
5. Stopyra-Pach K, Koniecznyńska M, Laskowicz B, et al. Rzadka wrodzona wada zastawki aortalnej. *Folia Cardiologica.* 2017; 6(12): 605–608, doi: [10.5603/FC.2017.0115](https://doi.org/10.5603/FC.2017.0115).
6. Kochman J, Kołowski Ł, Huczek Z, et al. Porównanie dostępu przeszskórnego z dostępem chirurgicznym u pacjentów poddawanych przezcewnikowej implantacji zastawki aortalnej od tętnicy udowej – wyniki wieloośrodkowego rejestru TAVI. *Kardiol Pol.* 2017, doi: [10.5603/kp.a2017.0205](https://doi.org/10.5603/kp.a2017.0205).