

Prawidłowa czynność zastawki Starr-Edwards w ujściu trójdzielnym po 43 latach od wszczępienia u chorej z anomalią Ebsteina

Forty-three-years proper functioning of the Starr-Edwards tricuspid valve prosthesis in the patient with Ebstein's anomaly

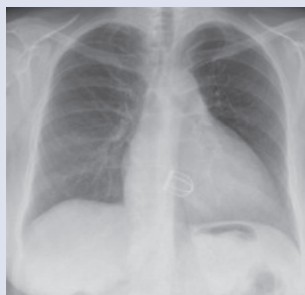
Urszula Alicja Kozicka, Elżbieta Katarzyna Biernacka, Mirosław Kowalski, Piotr Hoffman

Klinika Wad Wrodzonych Serca, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa

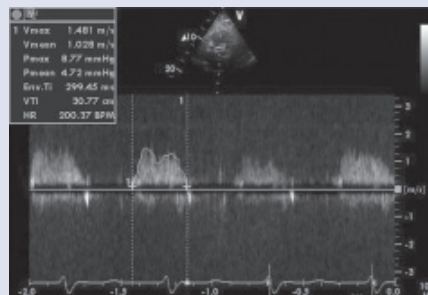
Wyniki operacji wymiany zastawki trójdzielnnej, mimo znacznego postępu w zakresie technik chirurgicznych, ciągle nie są zadowalające. Wiążą się z wysoką śmiertelnością, zarówno w obserwacji wczesnej (w ciągu 30 dni po zabiegu: 17%), jak i odległej (przeżycie 10-letnie: 43%). Złe wyniki implantacji zastawek mechanicznych są związane przede wszystkim z dużym ryzykiem powikłań zakrzepowych. Metodą referencyjną w operacyjnym leczeniu wad zastawki trójdzielnnej są protezy biologiczne, które chociaż mniej trombo-genne z czasem ulegają postępującej degeneracji, skutkującej koniecznością wymiany zastawki u młodszych chorych. Reoperacje w obrębie zastawki trójdzielnnej odznaczają się szczególnie wysoką śmiertelnością szpitalną — do 37%. U chorych z anomalią Ebsteina w przeszłości zwykle wszczepiano zastawkę; preferowaną obecnie metodą chirurgiczną, choć nie zawsze możliwą, jest naprawa zastawki. Poniżej przedstawiono przypadek chorej z zespołem Ebsteina, u której potwierdzono dobry wynik implantacji mechanicznej protezy Starr-Edwards w 43-letniej obserwacji.

Kobieta w wieku 57 lat z zespołem Ebsteina, po operacji zamknięcia ubytku międzyprzedsionkowego i wszczępieniu zastawki mechanicznej Starr-Edwards w pozycję trójdzielną w 15. r. (1969 r., Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, prof. Wacław Sitkowski), z trzepotaniem/migotaniem przedsionków (AFL/AF), hipercholesterolemią i niedoczynnością tarczycy w stanie eutyreozy leczoną substytucyjnie lewotyroksyną, została skierowana do Instytutu Kardiologii w Warszawie w celu leczenia zaburzeń rytmu serca. W wywiadach od około roku zanotowano sporadyczne krótkotrwałe kołatania serca związane z wysiłkiem, bez zasłabnięć, bólu w klatce piersiowej i utraty przytomności. Pacjentka nie zgłaszała ograniczenia tolerancji wysiłku ani obrzęków. Chorą skutecznie leczono acenokumarolem, przyjmowała także spironolakton w dawce 25 mg/d., atorwastatinę 40 mg, bisoprolol 1,25 mg i lewotyroksynę 3 razy w tygodniu w dawce 25 µg. W badaniu przedmiotowym stwierdzono: stan ogólny dobry, niemierną pracę serca z częstością ok. 70/min i słyszalny dźwięczny trzask sztucznej zastawki nad sercem, niepowiększoną wątrobę, miękki niebolesny brzuch; nie stwierdzono przepełnienia żył szyjnych ani obrzęków kończyn dolnych. W EKG spoczynkowym zaobserwowano AFL z przewodzeniem 3:2-3:1 oraz cechami niepełnego bloku prawej odnogi pęczka Hisa. Zdjęcie RTG klatki piersiowej uwidoczniło umiarkowanie zwiększoną objętość serca, miąższ płucny bez zagęszczeń, dość ubogie krążenie płucne bez cech zastojów w krążeniu płucnym i wysoko profilowaną protezę zastawki trójdzielnnej (ryc. 1). W echokardiografii 2D zaobserwowano prawidłowy ruch kulki sztucznej protezy Starr-Edwards w ujściu trójdzielnym bez cech niedomykalności; zarejestrowano 2 strumienie napływu, maksymalny gradient trójdzielnny wynosił 8,8 mm Hg; średni 4,7 mm Hg (ryc. 2, 3). Stwierdzono nieznaczne powiększenie jamy prawej komory (droga odpływu 39 mm) i prawego przedsionka. Kurczliwość lewej komory była nieznacznie obniżona (frakcja wyrzutowa 50%). Ponadto zaobserwowano obecność płynu do 9 mm w worku osierdziowym za tylną ścianą lewej komory. Pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu ablacji RF podłoża arytmii AFL/AF w trybie planowym.

Sztuczna kulkowa zastawka Starr-Edwards w ujściu trójdzielnym praktycznie jest niespotykana. Obecnie się jej nie stosuje, gdyż jej implantacja wiąże się wysokim ryzykiem zakrzepicy, powstawaniem dużych gradientów przez zastawkę i niefizjologicznym przepływem dyscentrycznym.



Rycina 1. Wysoko profilowa proteza zastawki trójdzielnnej Starr-Edwards



Rycina 2. Projekcja przymostkowa w osi krótkiej; tryb dopлера pulsacyjnego; prawidłowa prędkość napływu dla sztucznej zastawki w ujściu trójdzielnym (gradient maks. 8,8 mm Hg, średni 4,7 mm Hg)



Rycina 3. Projekcja przymostkowa w osi krótkiej; tryb 2D; prawidłowy obraz zastawki Starr-Edwards w ujściu trójdzielnym

Adres do korespondencji:

lek. Urszula Alicja Kozicka, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel: +48 22 343 44 00, e-mail: ukozikela@ikard.pl

Konflikt interesów: nie zgłoszono