

Implantacja protezy mechanicznej w pozycję trójdzielną (systemową) u chorego ze skorygowanym przełożeniem wielkich pni naczyniowych

Mechanical valve replacement in tricuspid (systemic) position in a patient with corrected transposition of the great arteries

Sebastian Woźniak¹, Szymon Kocańda¹, Maria Kordybach², Piotr Hoffman², Jacek Różański¹

¹II Klinika Kardiologii i Transplantologii, Instytut Kardiologii, Warszawa

²Klinika Wad Wrodzonych Serca, Instytut Kardiologii, Warszawa

Abstract

The authors report a case of a 55 year-old male with corrected transposition of the great arteries and severe tricuspid (systemic) regurgitation treated with anatomical mechanical tricuspid valve replacement.

Key words: corrected transposition of the great arteries, mechanical valve

Kardiol Pol 2011; 69, 5: 468–469

WSTĘP

Skorygowane przełożenie wielkich pni naczyniowych (CTGA) jest następstwem połączenia inwersji komór z przełożeniem wielkich tętnic. W tej wadzie wrodzonej krew z żył systemowych kieruje się do prawego przedsionka i przez zastawkę dwudzielną napływa do lewej komory (LV), skąd trafia do tętnicy płucnej, a z żył płucnych i lewego przedsionka dostaje się przez zastawkę trójdzielną do prawej komory (RV), a stąd do aorty. Wada może mieć charakter izolowany lub złożony, najczęściej z ubytkiem przegrody międzykomorowej, zwężeniem pnia płucnego i wadą zastawki trójdzielnej. Narastająca z wiekiem niedomykalność zastawki trójdzielnej (systemowej) jest przyczyną stopniowej dysfunkcji RV nieprzystosowanej do sprostania wymogom krążenia systemowego [1, 2].

OPIS PRZYPADKU

Pacjent w wieku 55 lat z CTGA oraz dużą niedomykalnością zastawki trójdzielnej (systemowej) został planowo przy-

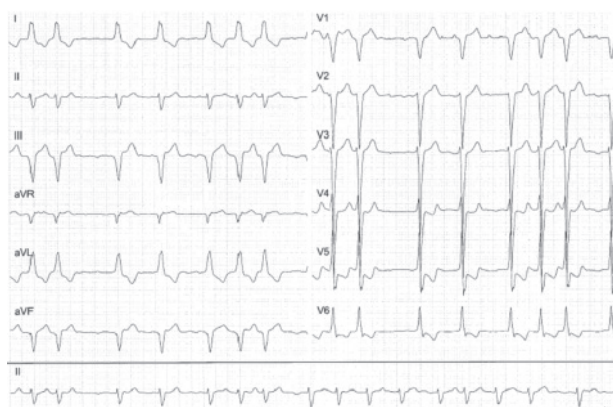
jęty do II Kliniki Kardiologii i Transplantologii IK w celu leczenia operacyjnego. Chory był obciążony utrwalonym migotaniem przedsionków oraz cukrzycą typu 2 leczoną preparatami doustnymi. W badaniu podmiotowym u pacjenta stwierdzono znaczne pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego od około roku. W badaniu przedmiotowym był obecny masywny szmer niedomykalności trójdzielnej w polu osłuchowym zastawki mitralnej oszacowany na 4/6 wg Levine'a. W wykonanym przed operacją badaniu echokardiograficznym stwierdzono izolowaną wrodzoną wadę serca pod postacią CTGA oraz dużą niedomykalność trójdzielną oszacowaną na (+++). W badaniu EKG (ryc. 1) stwierdzono: migotanie przedsionków z rytmem serca wynoszącym ok. 100/min, odchylenie osi elektrycznej serca w lewo, załamki Q w odprowadzeniach III i AVF (typowe dla wady) oraz cechy przeciążenia systemowej RV (odprowadzenia V1, V2, V3) wraz z niepełnym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa [1]. Pacjenta zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego implantacji mechanicznej protezy w ujście systemowe.

Adres do korespondencji:

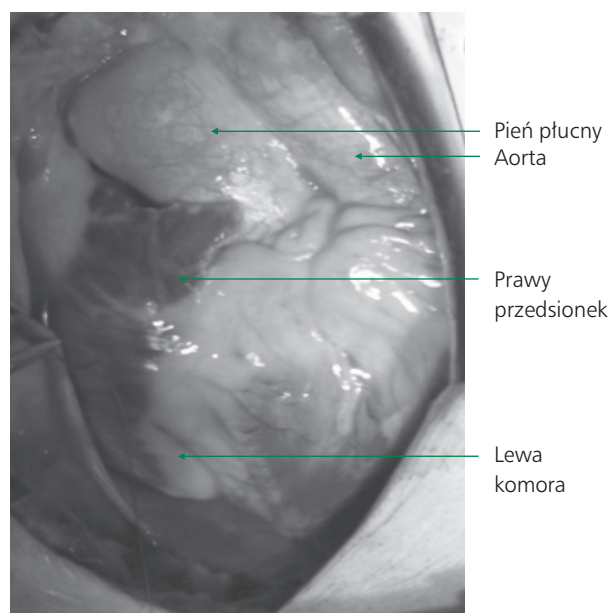
dr n. med. Sebastian Woźniak, II Klinika Kardiologii i Transplantologii, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04–628 Warszawa, e-mail: swozniak@ikard.pl

Praca wpłynęła: 24.04.2010 r. Zaakceptowana do druku: 10.05.2010 r.

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



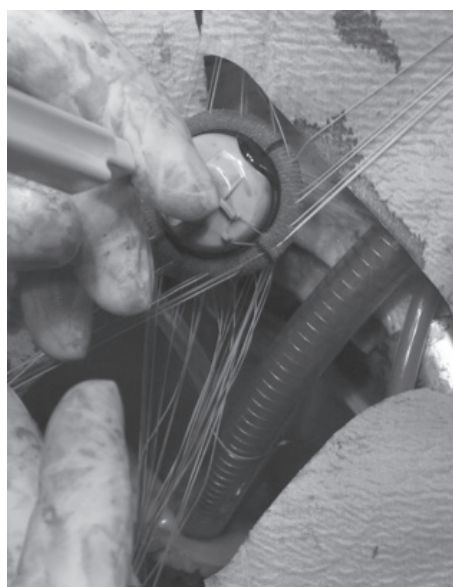
Rycina 1. Badanie EKG u opisywanego pacjenta



Rycina 2. Anatomia śródoperacyjna wady

Klatkę piersiową otwarto w sposób typowy — przez sternotomię pośrodkową. Ze względu na częstość wady (0,55% wad wrodzonych serca) obraz uzyskany przez chirurga po otwarciu osierdza nie był typowy (ryc. 2). Zaobserwowano położenie anatomicznej LV prawostronnie i z tyłu, komora zaś anatomicznie prawa była położona z przodu i po lewej stronie.

Wykonano kaniulację z użyciem dwóch kaniul żylnych oraz aortalnej linii tętniczej, uruchomiono krążenie pozaustrojowe, zaپیto klem aortalny, podano kardiopleinę i wykonano otwarcie prawego przedsionka. Z dojścia przez przegrodę międzyprzedsionkową uzyskano dostęp do systemowej zastawki trójdzielnej. Śródoperacyjnie oszacowano wielkość pierścienia systemowego na 38 mm, zdecydowano się pozostawić choremu aparat podzastawkowy natywnej zastawki w celu zachowania prawidłowej geometrii RV. Następnie implantowano mechaniczną protezę o śr. 33 mm (ryc. 3). Zastosowano pojedyncze szwy goreteksowe z łatkami. Za-



Rycina 3. Implantacja mechanicznej zastawki o śr. 33 mm w ujście trójdzielne (systemowe)

równy zabieg operacyjny, jak i okres pooperacyjny przebiegły bez powikłań. Chory w 14. dobie po zabiegu w stanie ogólnym dobrym został wypisany do domu.

PODSUMOWANIE

Historia naturalnego przebiegu CTGA zależy głównie od tego, czy wada ma charakter izolowany, oraz od tego, jaka jest wydolność systemowej RV. W piśmiennictwie znane są przypadki chorych z CTGA dożywających ponad 70 lat [3]. W większości przypadków dochodzi jednak do rozwoju niedomykalności trójdzielnej, poszerzenia pierścienia trójdzielnego i RV [1, 2, 4]. Metodą leczenia pozostaje naprawa systemowej zastawki trójdzielnej lub w przypadkach, gdy jest to niemożliwe, jej wymiana. Ze względu na częstość występowania wady (ok. 0,55% przypadków) kardiochirurdzy zajmujący się chirurgią dorosłych rzadko spotykają pacjentów z CTGA. Z punktu widzenia chirurga zabieg polegał na implantacji mechanicznej zastawki. Jest to rutynowa procedura kardiochirurgiczna. Trudność zabiegu polega na prawidłowej anatomicznej ocenie struktur, wykonaniu kaniulacji właściwych naczyń i potwierdzeniu lub wykluczeniu obecności wad towarzyszących.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Kubicka K, Kawalec W. Kardiologia dziecięca. PZWL, Warszawa, 2003: 525–534.
2. Van Praagh R, Papagiannis J, Grünenfelder J et al. Pathologic anatomy of corrected transposition of the great arteries: medical and surgical implications. *Am Heart J*, 1998; 135: 772–785.
3. Beauchesne LM, Warnes CA, Conolly HM et al. Outcome of the unoperated adult who presents with congenitally corrected transposition of the great arteries. *J Am Coll Cardiol*, 2002; 40: 285–290.
4. Horvath P, Szufladowicz M, de Leval MR et al. Tricuspid valve abnormalities in patients with atrioventricular discordance: surgical implications. *Ann Thorac Surg*, 1978; 57: 836.