



Kazuistika

Hana Línková, Róbert Petr, Oana Ionita

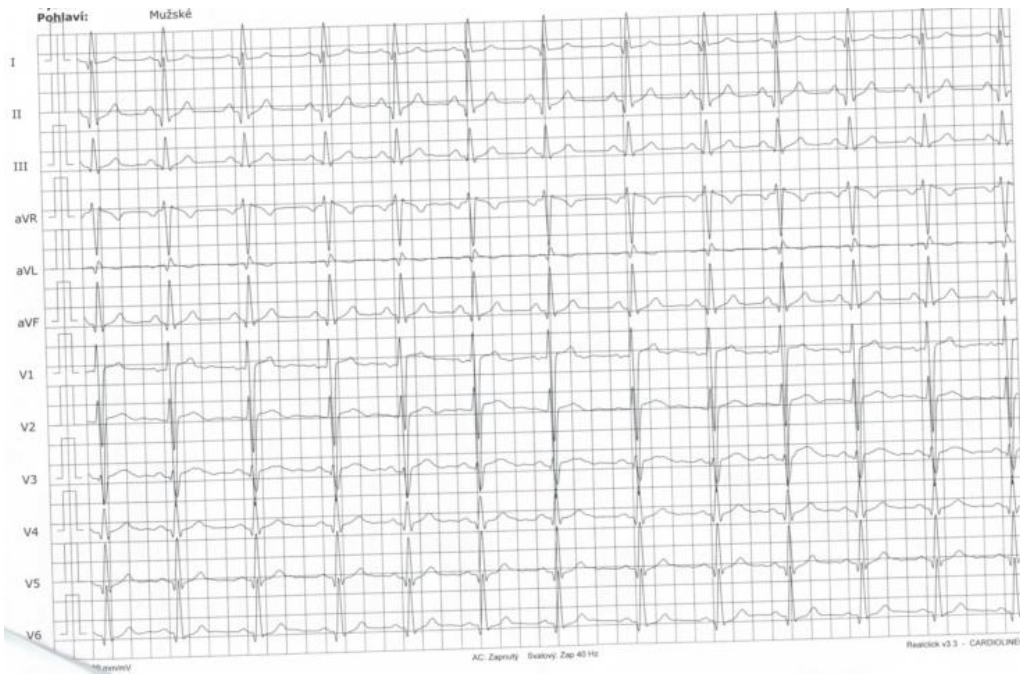
III. Interní-kardiologická klinika

FN Královské Vinohrady a 3.LFUK Praha

Kazuistika I

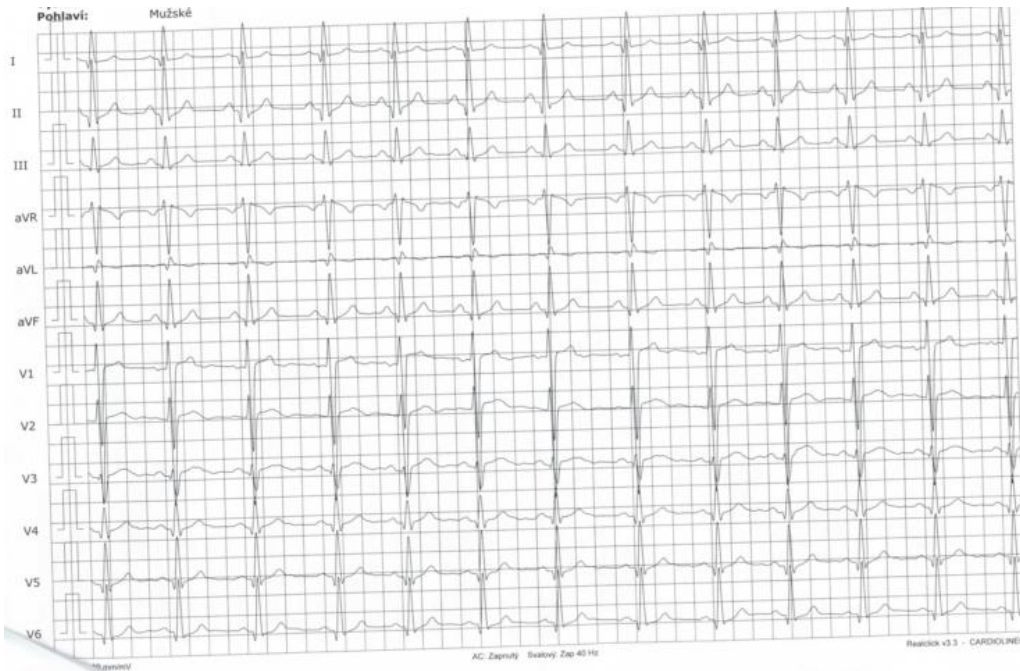
- 25-letý asymptomatický pacient odeslán k ECHO a EKG vyšetření v rámci screeningu při sekundárním lues- reinfekci
další diagnózy:
2010 lues
2013 pertusse
st.p. komoci v dětství
- RA: negativní ve smyslu kardiálního onemocnění či náhlé smrti

EKG



- A. Normální nález
- B. Hypertrofie a přetížení levé komory
- C. Hypertrofie a přetížení pravé komory
- D. Obraz apikální hypertrofie LK

EKG



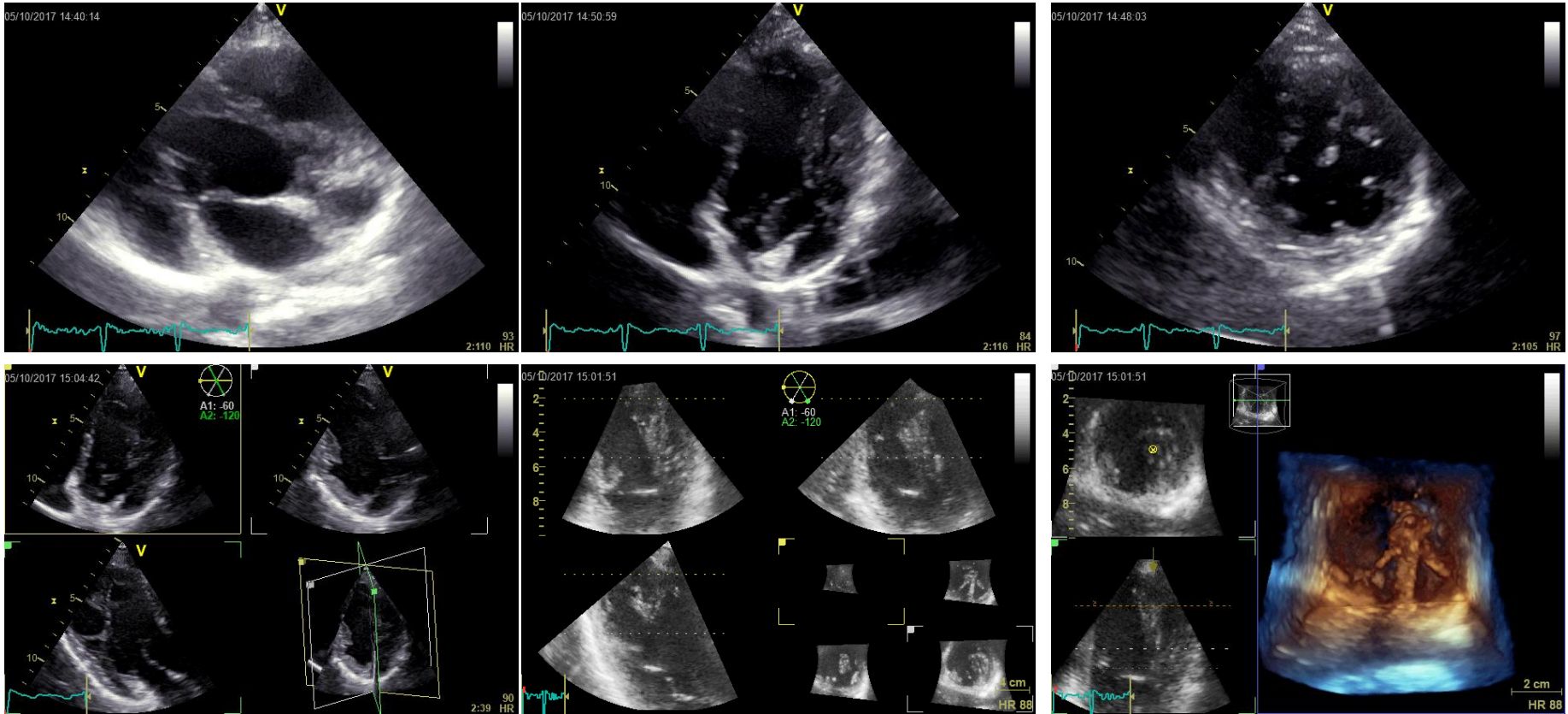
A. Normální nález

B. Hypertrofie a
přetížení levé komory

C. Hypertrofie a
přetížení pravé komory

D. Obraz apikální
hypertrofie LK

TTE



LK 55 mm, LS 38 mm, plocha levé síně 16cm², objem levé síně 50 ml

PK 30 mm PLAX, A4C 35mm, TAPSE 20 mm

Mi chl: regurgitace 1/4 , Ao chl: V max. 1,8 m/s Tri chl: regurgitace ¼, TR 23 mm Hg Plicnice: normální nález

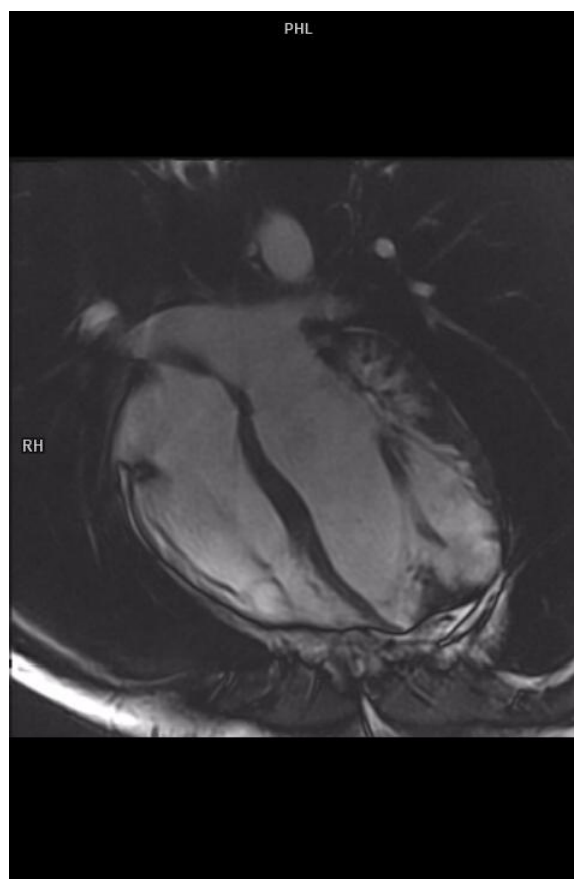
Diagnóza?

- A. Apikální HKMP
- B. Normální nález
- C. Postižení myokardu při základním onemocnění
- D. Vývojová anomálie LK (LV outpouchings)
- E. Nonkompaktní kardiomyopatie
- F. Z výše uvedených vyšetření nelze diagnózu jednoznačně provést

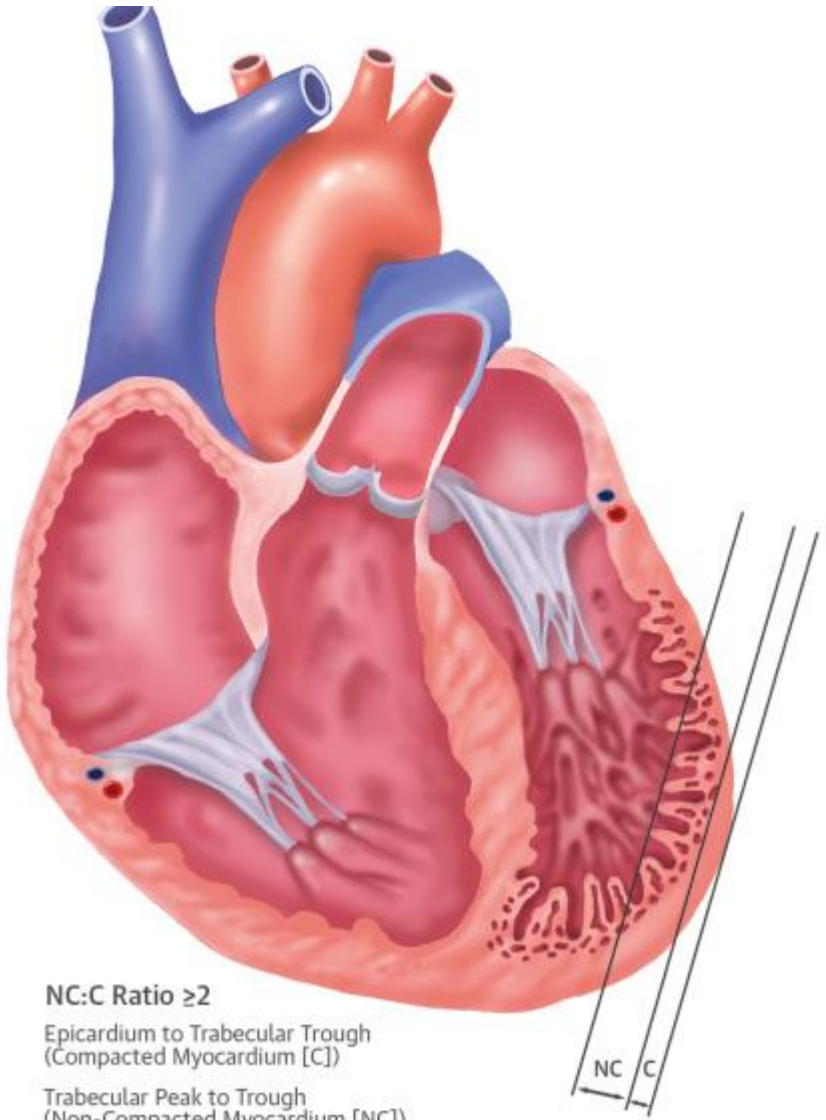
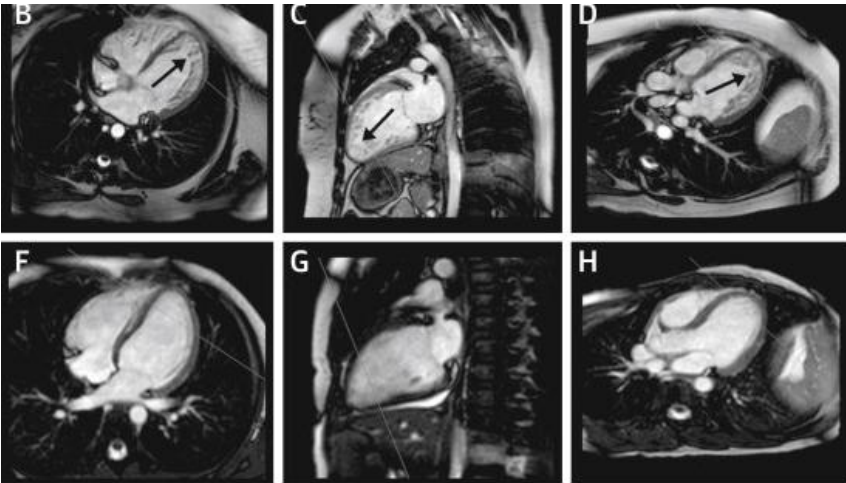
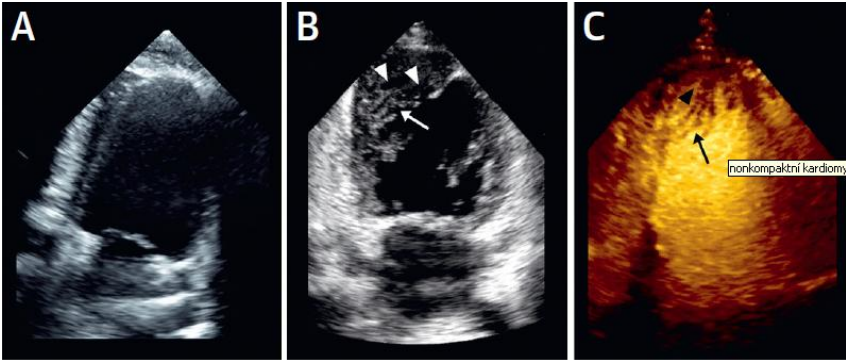
Diagnóza?

- A. Apikální HKMP
- B. Normální nález
- C. Postižení myokardu při základním onemocnění
- D. Vývojová anomálie LK (LV outpouchings)
- E. Nonkompaktní kardiomyopatie
- F. Z výše uvedených vyšetření nelze diagnózu jednoznačně provést

Další vyšetření- MRI



Nonkompaktní kardiomyopatie

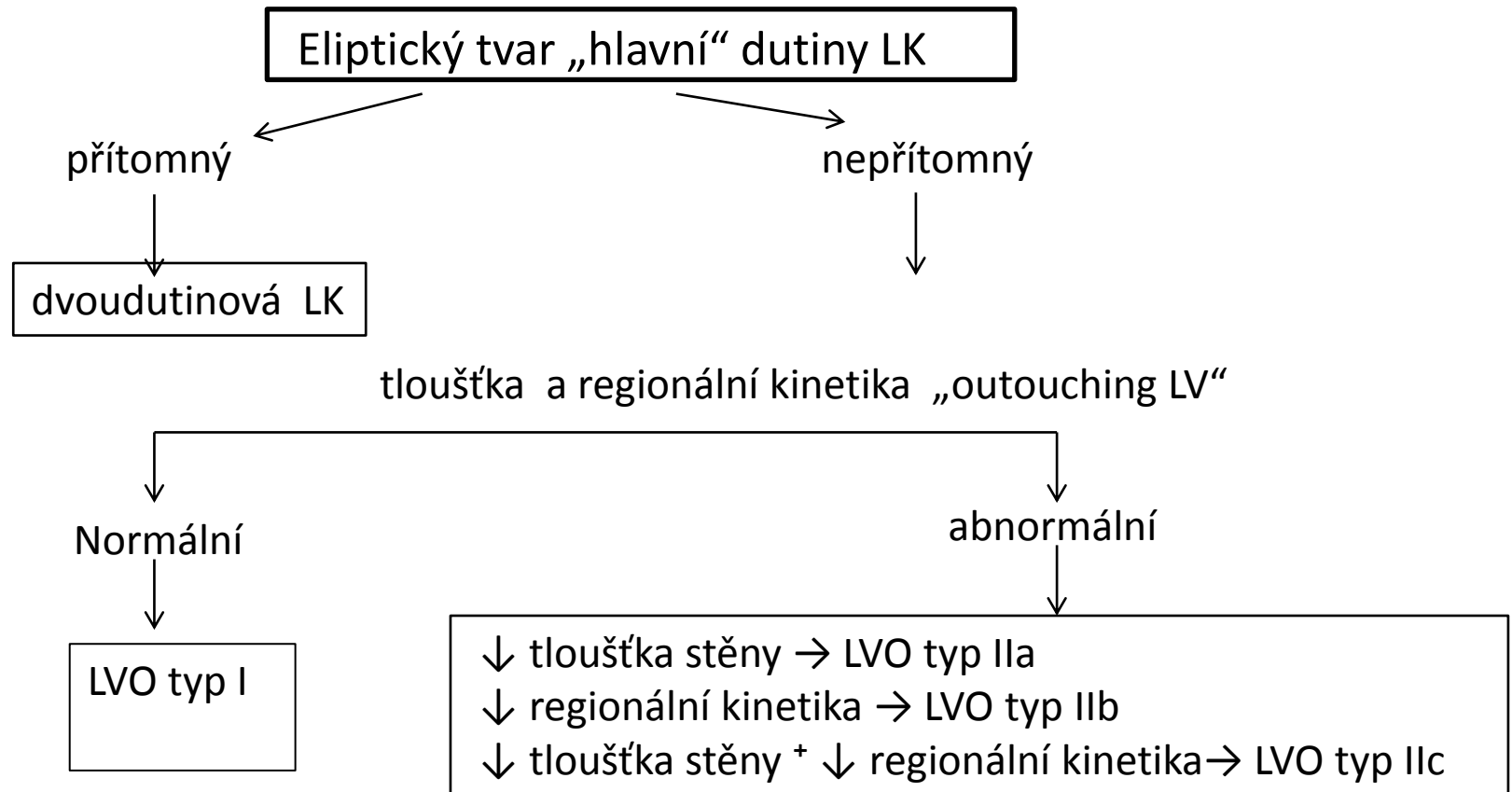


JACC 2015, Hussein et al.

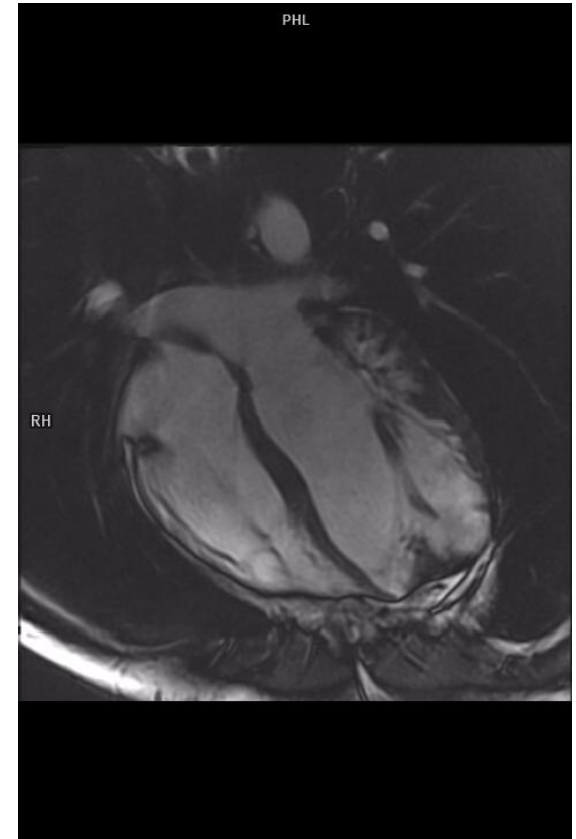
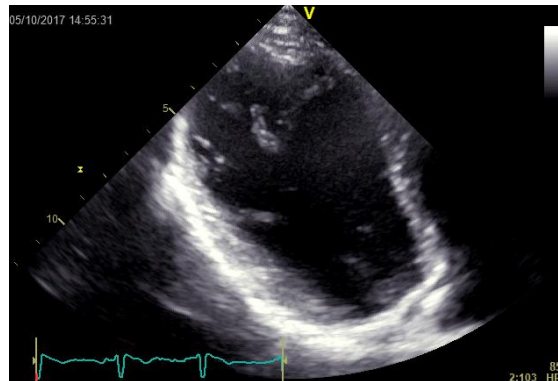
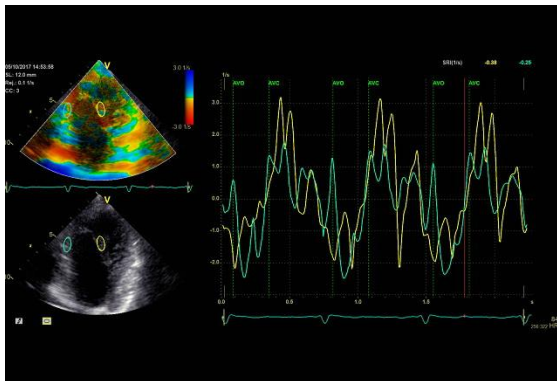
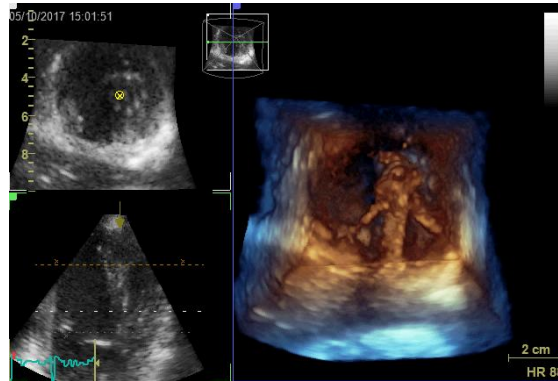
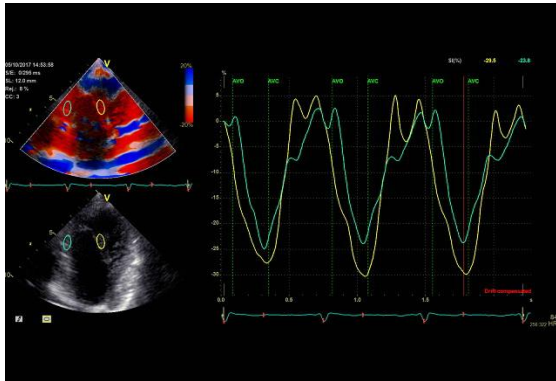
Hussein, A. et al. J Am Coll Cardiol. 2015; 66(5):578-85.

Vrozené anomálie LK- „LV outpouchings“

přidatná LK, aneurysma LK, divertikl LK , dvoudutinová LK



Diagnoza ?



„Trabekulizace“ hrotu LK , dobrá funkce LK i PK, synchronní kontrakce větší dutiny LK
Late enhancement bez známek fibrózy či ischemické jizvy
NC/C ratio v diastole <2.3 dle MRI

Diagnóza?

- A. Apikální HKMP
- B. Normální nález
- C. Postižení myokardu při základním onemocnění
- D. Vývojová anomálie – dvoudutinová LK
- E. Nonkompaktní kardiomyopatie
- F. Z výše uvedených vyšetření nelze diagnózu jednoznačně provést

Diagnóza?

- A. Apikální HKMP
- B. Normální nález
- C. Postižení myokardu při základním onemocnění
- D. Vývojová anomálie – dvoudutinová LK
- E. Nonkompaktní kardiomyopatie
- F. Z výše uvedených vyšetření nelze diagnózu jednoznačně provést

Dvoudutinová levá komora

- vzácná vývojová vada, patří mezi vývojové anomálie LK (LVOs)
- přídatná LK, aneurysma LK, divertikl LK , dvoudutinová LK
- pro překrývání názvosloví nyní nové dělení na typ I, II a, II b a II c- základní kritérium je t.č. přítomnost/nepřítomnost eliptického tvaru LK
- klinická prezentace a prognoza zahrnuje spektrum od asymptomatických přítomnost symptomatických arytmií, selhávání až NS

Diagnostika a léčba

- v diagnostice má zásadní význam MRI či CT
- terapie - není obecný konsenzus, zahrnuje medikamentózní léčbu, implantaci ICD či KS, chirurgickou korekci u individuálních pacientů
- význam zobrazovacích metod, EKG holter monitorace a vyšetření příbuzných vč. genetického vyšetření

Kazuistika 2

- 69-letá pacientka odeslána k vyšetření pro dušnost NYHA II-III, občasné perimaleolární otoky DK , atypické bolesti na hrudi
- další diagnózy:
hypertenzní nemoc, autoimunitní thyreoiditida, revmatoidní artritida

EKG



- A. Normální nález
- B. St.p. IM přední stěny
- C. Hypertrofie a přetížení pravé komory

EKG

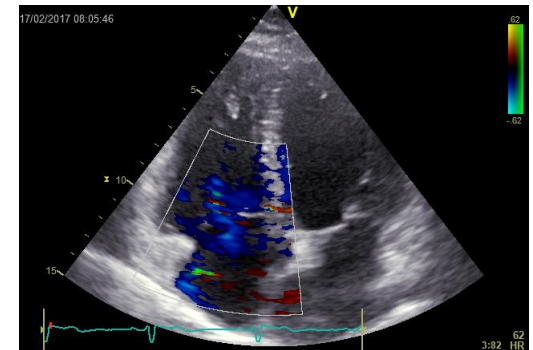
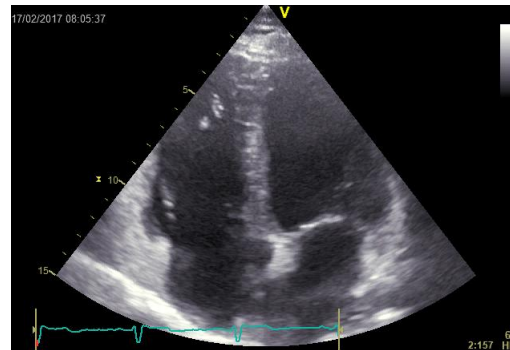
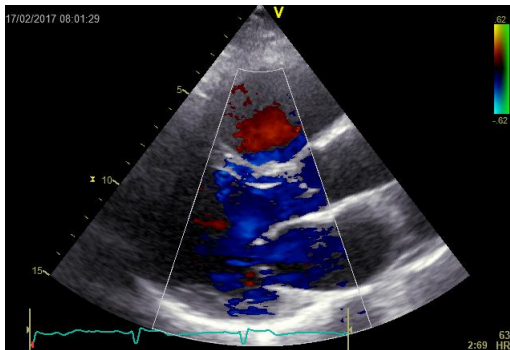
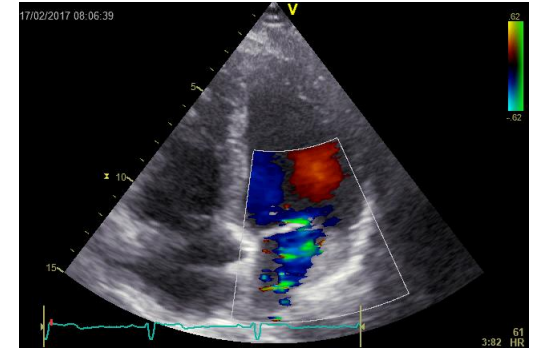
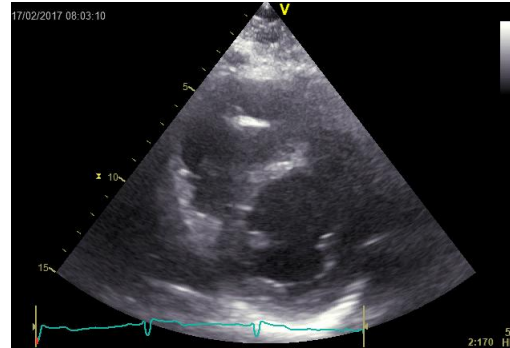
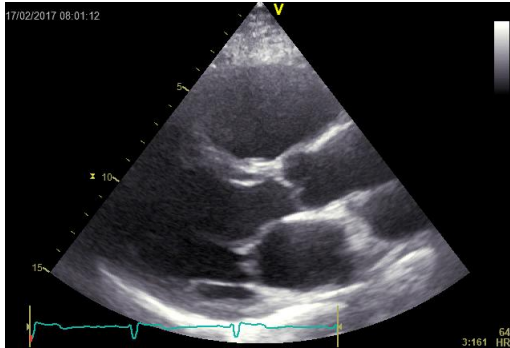


A. Normální nález

B. St.p. IM přední stěny

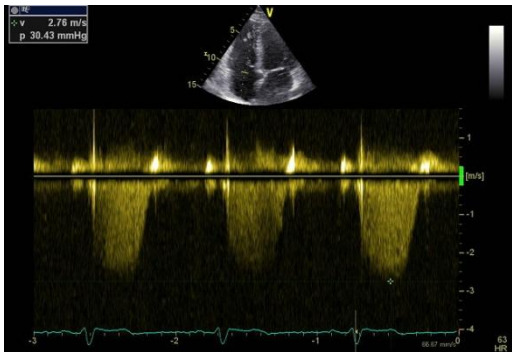
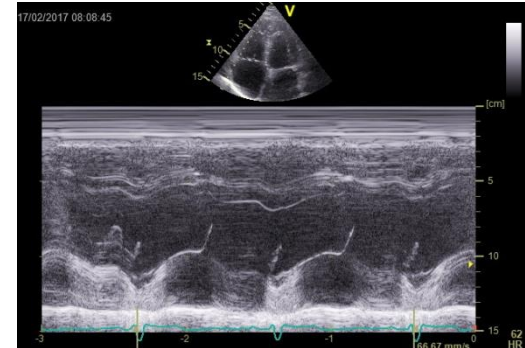
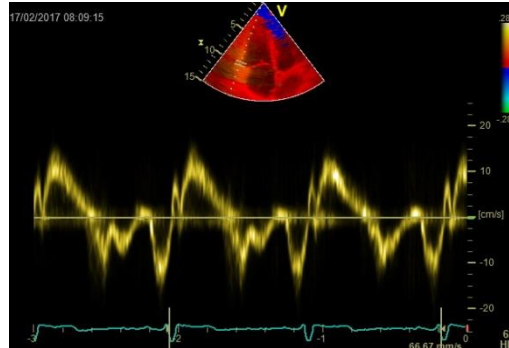
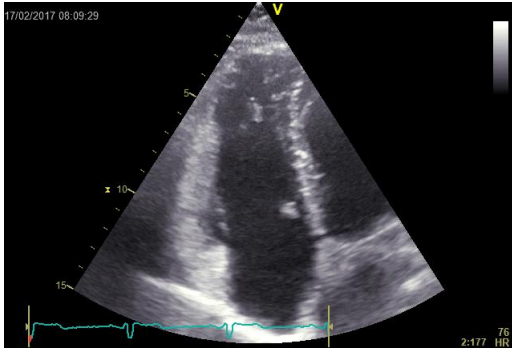
C. Hypertrofie a přetížení pravé komory

TTE



LK 52 mm, LS 40 mm, plocha levé síně 18cm², objem levé síně 65 ml
PK 38 mm PLAX, 47 mm A4C 47mm, volná stěna PK 5 mm
Mi chl: regurgitace 2/4
Ao chl: V max. 1,5 m/s
Tri chl: regurgitace 2-3/4
Plicnice: malá regurgitace

TTE

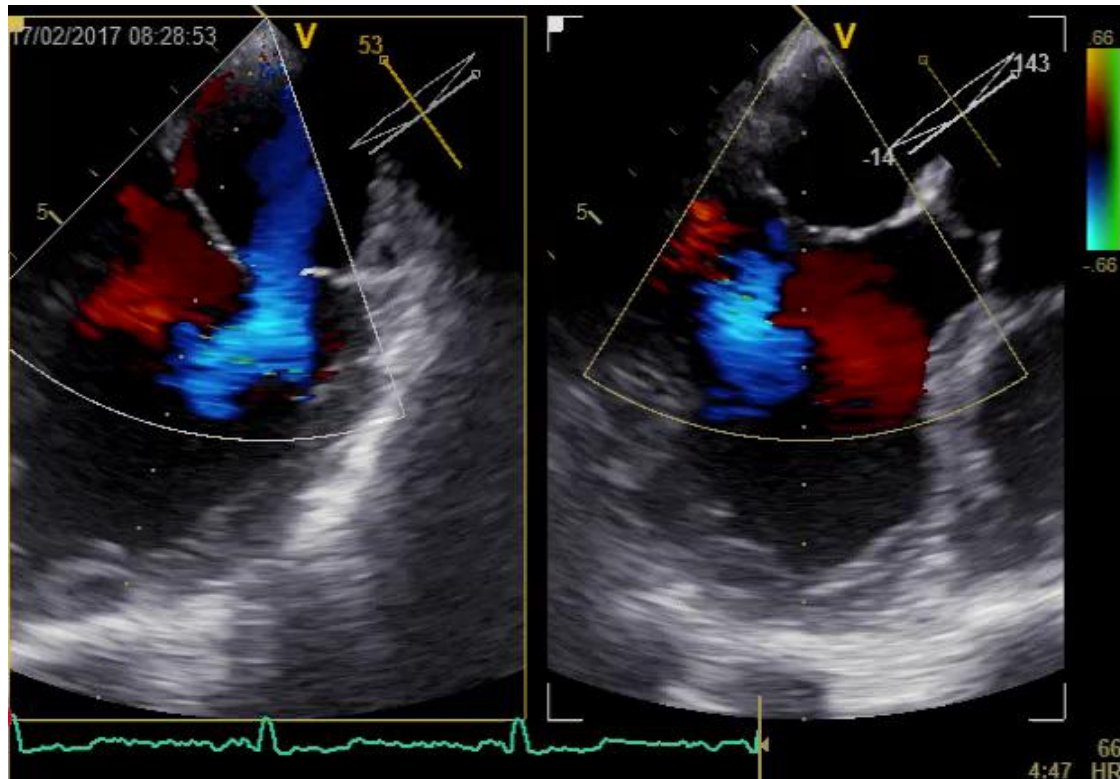


PK 38 mm PLAX, 47 mm A4C 47mm, TAPSE 30 mm TDI St 14cm/s

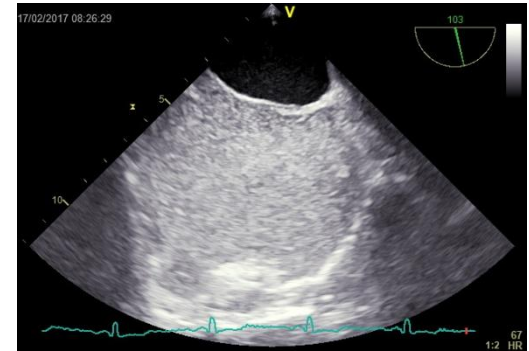
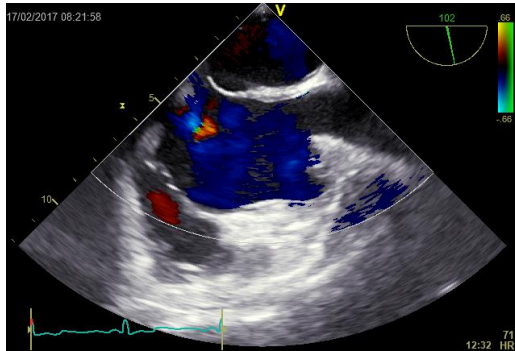
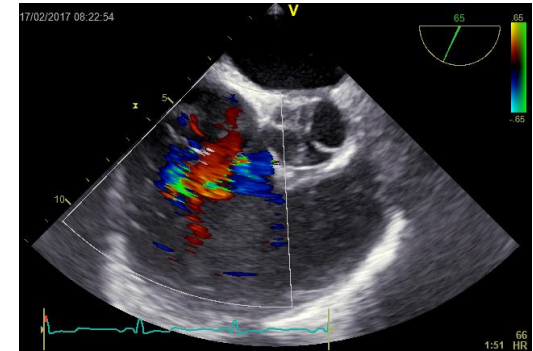
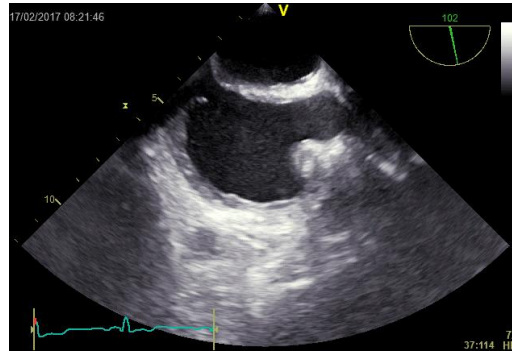
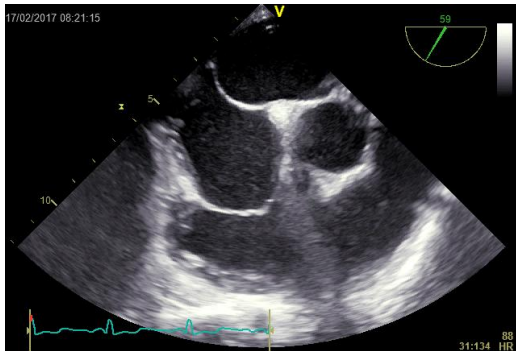
Další vyšetření

- A. Pneumologické vyšetření - neprokazuje plicní onemocnění, bodypletysmografie neprokazuje ventilační poruchu, DLCO v normě
- B. Perfuzní a ventilační scinti plic- bez defektů typických pro embolizaci

Transezofageální echo



Transezofageální echo



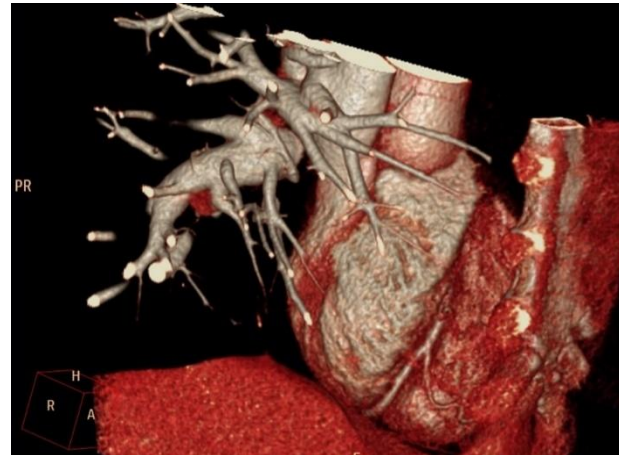
Diagnóza?

- A. Primární plicní hypertenze
- B. Izolovaná trikuspidální regurgitace
- C. Zkratová vada
- D. Z výše uvedených vyšetření nelze provést jednoznačně diagnózu

Diagnóza?

- A. primární plicní hypertenze
- B. izolovaná trikuspidální regurgitace
- C. zkratová vada
- D. z výše uvedených vyšetření nelze provést jednoznačně diagnózu

CT



Srdeční katetrizace



Koronarografie: normální nález

Levostranná ventrikulografie: LK EF 60% , bez mitrální regurgitace

Hemodynamika: TF 78/min, LK 141/16 mm Hg, aorta 141/73 (98) mm Hg

PCW 16/13/12, PA 39/12/24 RV 40/13, RA 12/10

Saturace: HDŽ - 63 a dále 88 , DDŽ – 75, RA -78, RV – 82, PA – 81, PCW -88
(chyba měření), LV -93 (chyba měření) , Ao – 96.

Qp:Qs 1,76

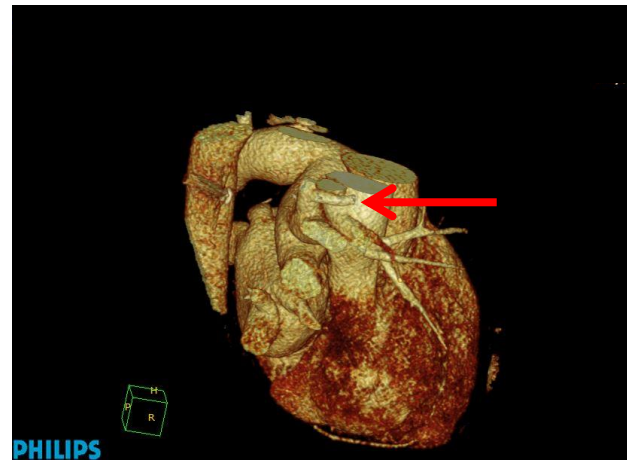
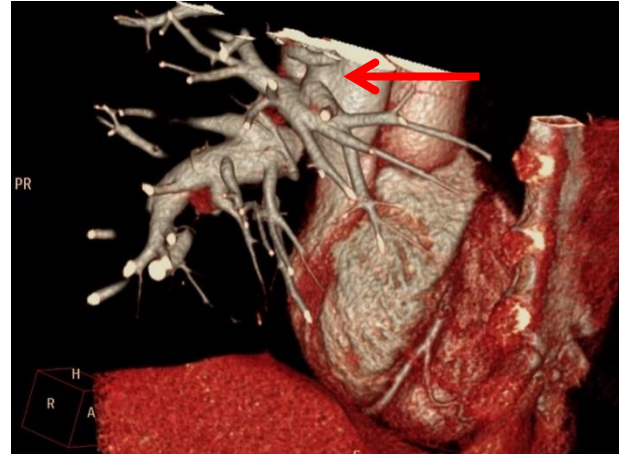
Diagnóza?

- A. Sinus venosus superior
- B. Izolovaný parciální návrat pravostranné plicní žíly s vyústěním do DDŽ
- C. Izolovaný parciální návrat pravostranné plicní žíly s vyústěním do HDŽ
- D. Sinus venosus inferior

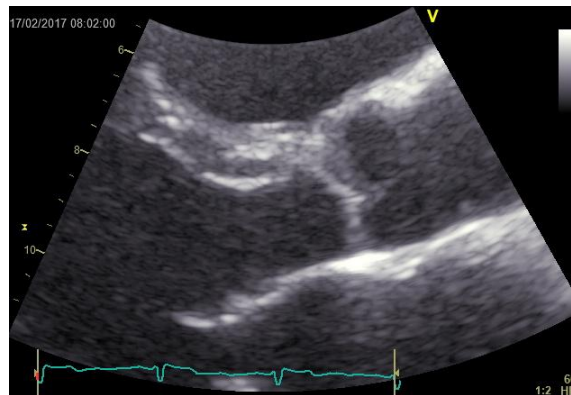
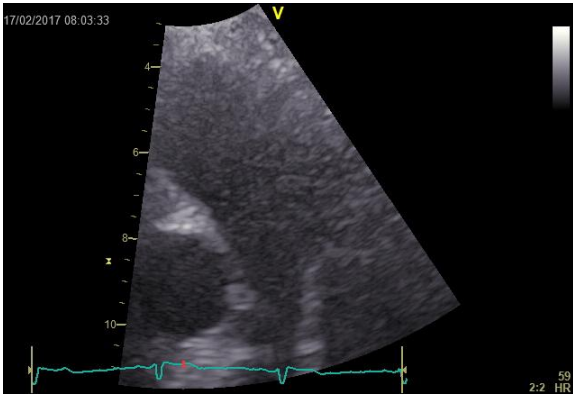
Diagnóza?

- A. Sinus venosus superior
- B. Izolovaný parciální návrat pravostranné plicní žíly s vyústěním do DDŽ
- C. Izolovaný parciální návrat pravostranné plicní žíly s vyústěním do HDŽ
- D. Sinus venosus inferior

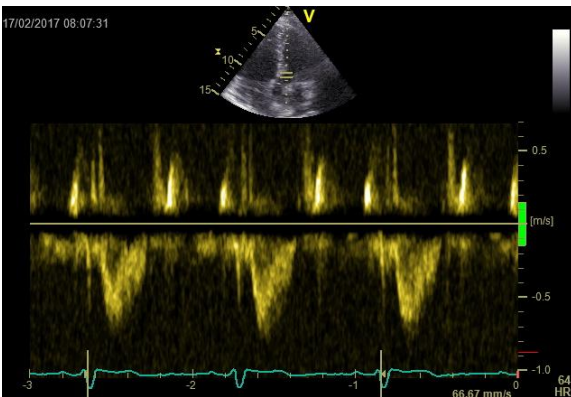
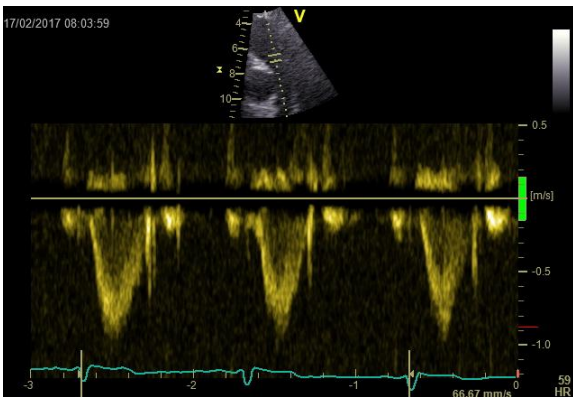
CT



TTE



Qp/Qs 1,7:1



Významnost zkratu ?

- A. Zkrat je hemodynamicky nevýznamný
- B. Zkrat je hemodynamicky středně významný
- C. Zkrat je hemodynamicky významný

Významnost zkratu ?

- A. Zkrat je hemodynamicky nevýznamný
- B. Zkrat je hemodynamicky středně významný
- C. Zkrat je hemodynamicky významný

Postup?

- A. Redirekce plicní žily
- B. Konzervativní postup

Postup?

A. Redirekce plicní žily

B. Konzervativní postup

Anomální návrat plicních žil

- Výskyt 0,3-0,6 % všech vrozených srdečných vad
- Nejčastější je návrat pravé horní a střední PŽ do PS nebo HDŽ , tato anomalie je u DSS typu sinus venosus superior až v 95%
- Parciální návrat plicních žil u DSS typu secundum ve 3-15%
- Scimitar syndrom- vyústění pravostranných plicních žil do DDŽ nebo hepatálních žil
- Levostranné plicní žíly mohou ústit do brachiocefalické žíly, HDŽ nebo koronárního sinu

Léčba

- Chirurgická u hemodynamicky významných zkratů
- Izolovaný parciální anomální návrat jedné plicní žíly bez defektu síňového septa lze ponechat bez operace, pouze ke sledování

Děkuji za pozornost