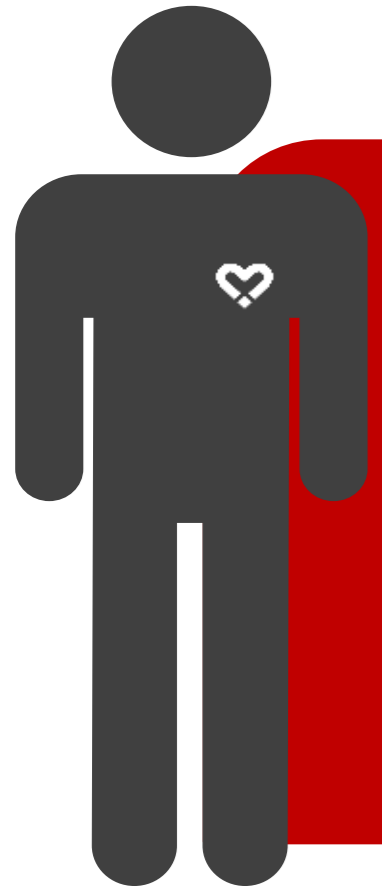


Cesta k transplantaci srdce

L. Hájková, F. Kresta

Koronární jednotka, FN Brno a MU Brno



- Věk:** 65 let
- Rizikový faktor:** Kuřák
- Komorbidity:** Obezita, diabetes 2. typu (léčen inzulínem), periferní arteriální onemocnění, hypertenze, dyslipidemie

Klinické příznaky:
Námahové bolesti na hrudi
Dušnost trvající tři týdny

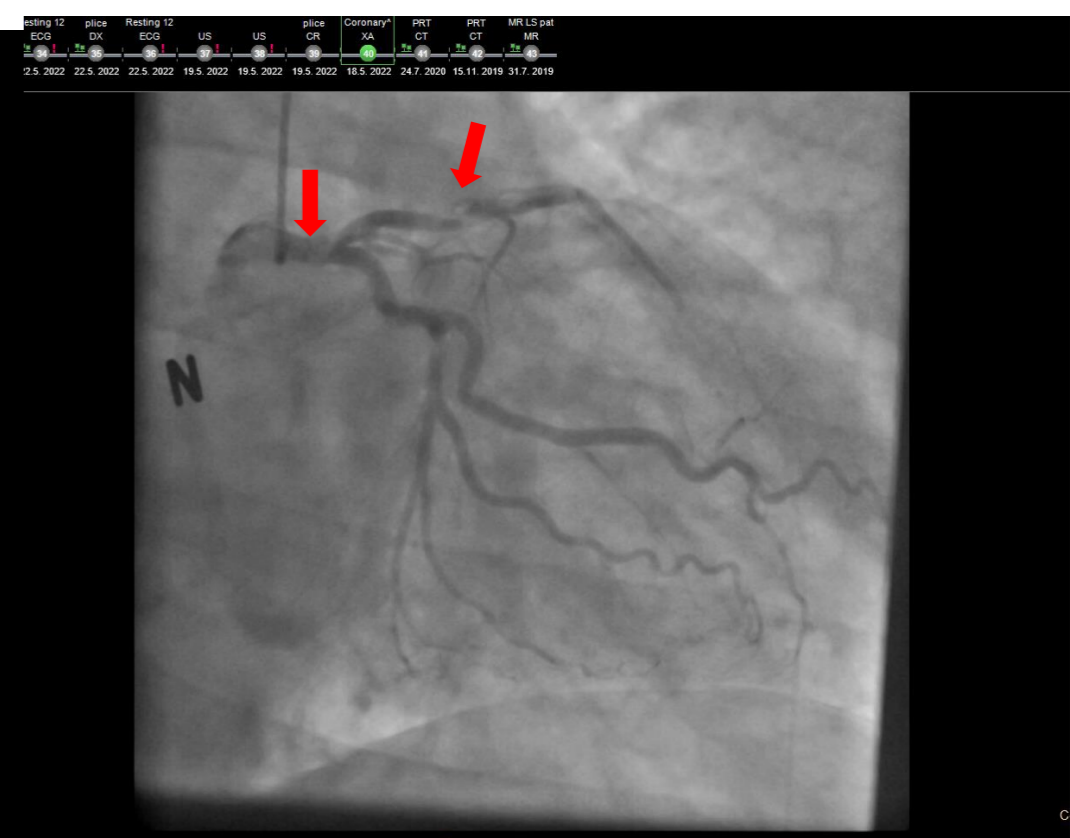
Diagnostika:
TnI 840ng/l
Ischemické změny na EKG

Příjem na IKK FNB:
Přeložen z okresní nemocnice pro
subakutní non-ST elevation myokardiální infarkt (NSTEMI)

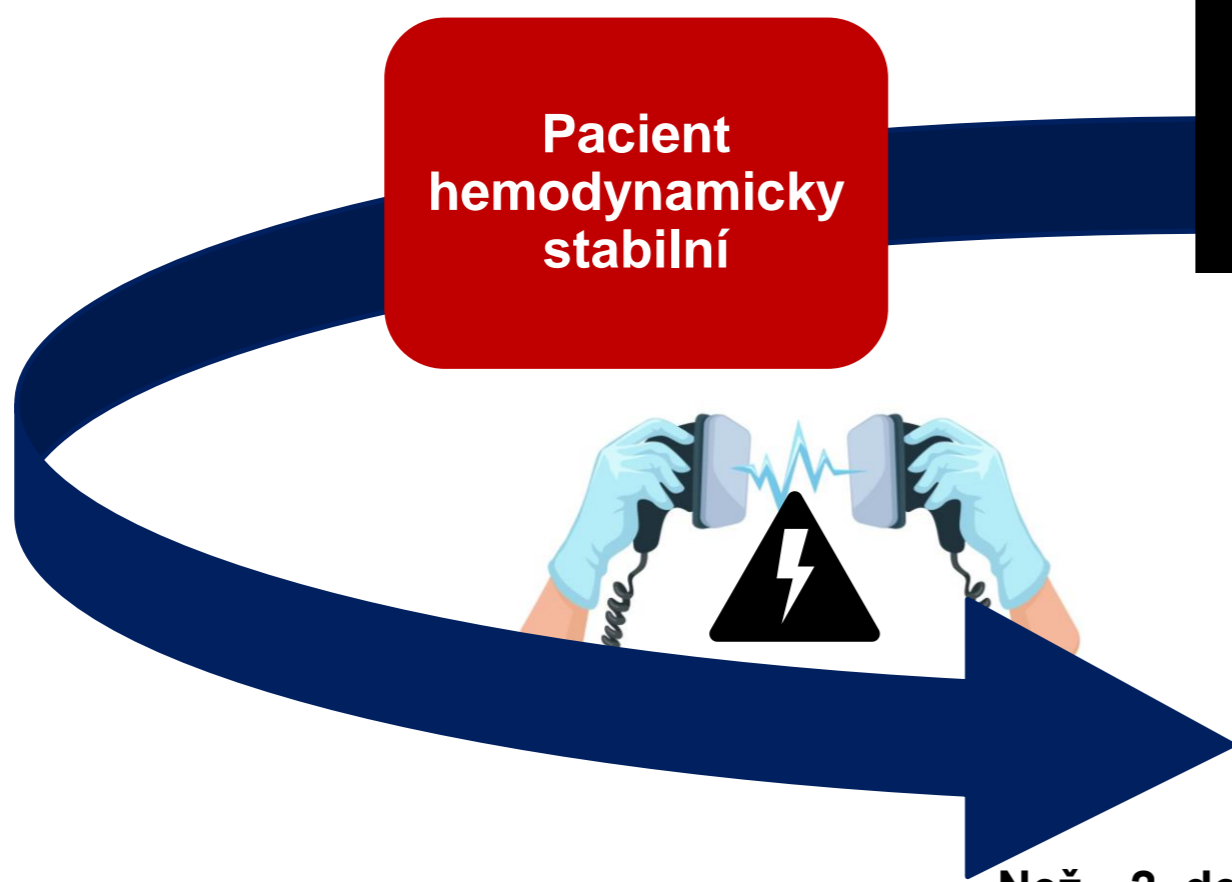
Obr. č. 1. vstupní echo



Obr. č. 2. nález na koronárních tepnách



Pacient hemodynamicky stabilní

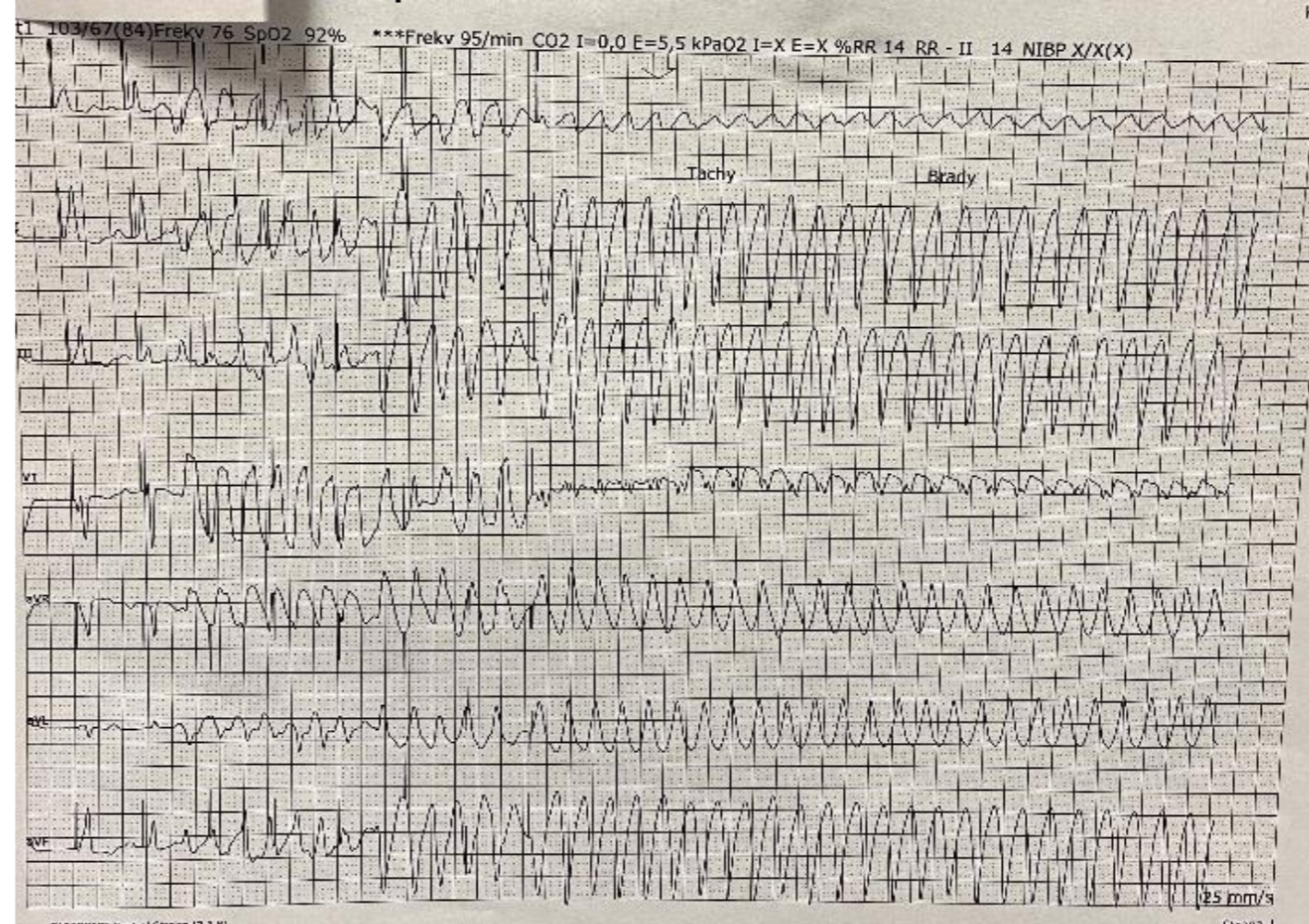


Než...2. den v noci

Komplikace: komorové arytmie (FIKO)

Defibrilace → plné vědomí → přeložen na JIP IKK
zahájení AA léčby opakované komorové arytmie s
nutností defibrilace (28x) a intubace

Obr. č. 3. EKG snímek při FIKO

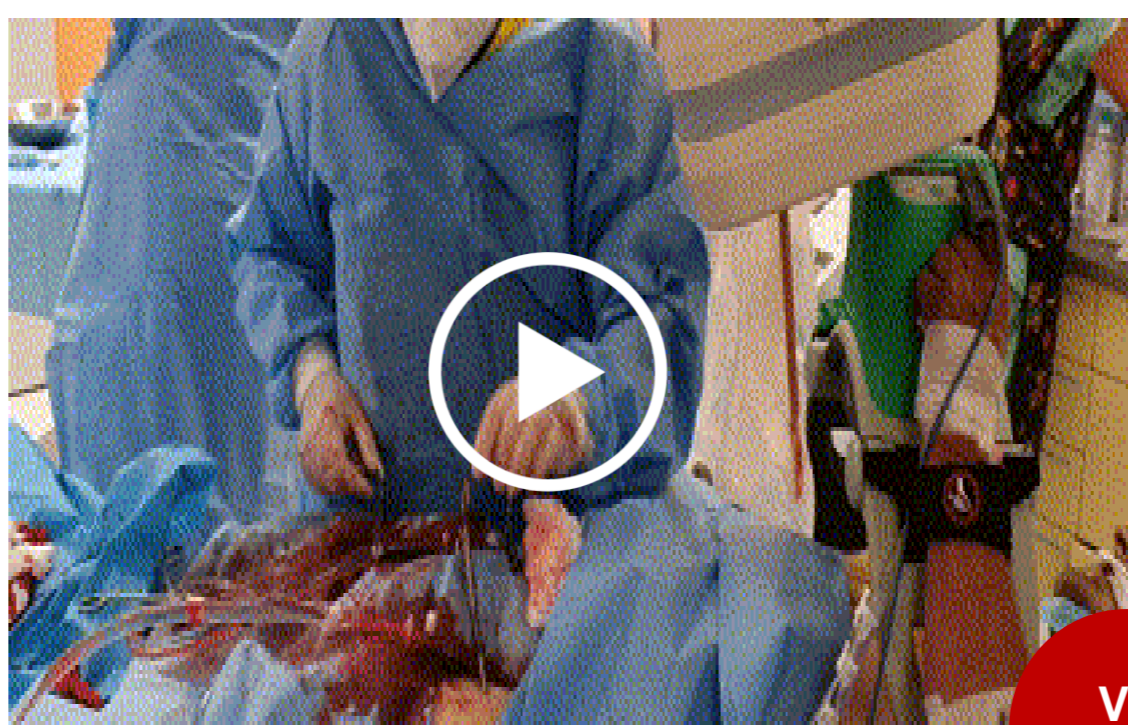


Obr. č. 4. systém Lucas



KPR
LUCAS

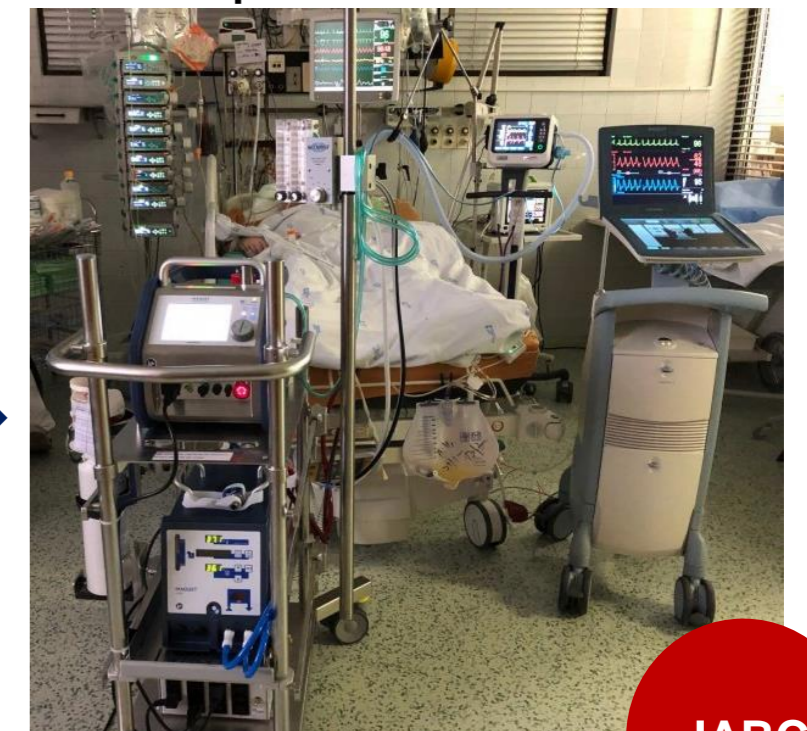
Obr. č. 5. napojení pacienta na ECMO



PCI kmene RIA + 2x
DES stent

VA
ECMO

Obr. č. 6. pacient na KJ



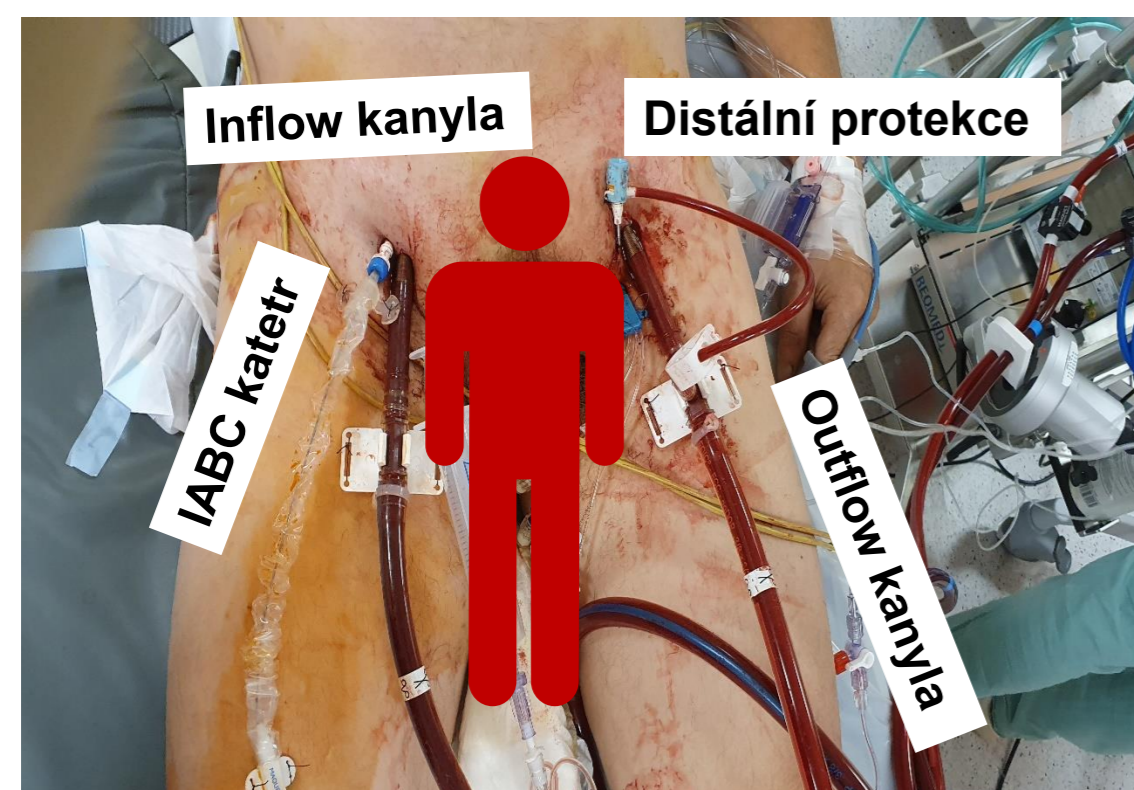
IABC

Cesta k transplantaci srdce

L. Hájková, F. Kresta

Koronární jednotka, FN Brno a MU Brno

Obr. č. 7. kanyly VA ECMA



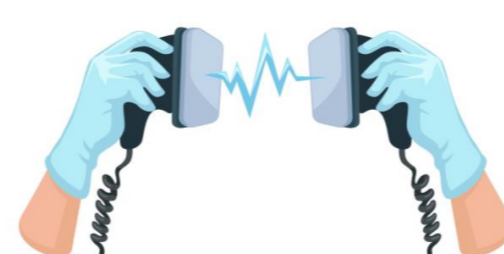
- UPV, Ramsey 6
- VA ECMO (a. femoralis sin, v. femoralis dex)
- IABC 1:1 (a. femoralis dex)
- Stále trvající maligní arytmie nereagující na AA terapii
- Celkem podaných výbojů > 100 výbojů
- Opich ggl. Stelatum s přechodným efektem
- Zavedena DKS 100% stimulace síní

- Weaning ECMO po 72 hod.
- IABC 1:1
- 3 X FIKO → KPR, defibrilace



- CT mozku bez patologického nálezu
- Extubace
- SVT (až 220') → TdP → FIKO → 11 x defibrilace, asystolie, KPR (ROSC 28 min, LUCAS)
- Za přítomnosti ARO → OTI – UPV
- DKS 100% stimulace síní (over drive)
- SIRS → fyz. chlazení za pomoci řízené hypotermie, ATB terapie

- reSKG – stacionární nález
- EXTUBACE
- opět refraktilní FIKO – defibrilován do plného vědomí



Obr. č. 8. průběh radiofrekvenční ablace



Obr. č. 9. pacient napojený na ECMO



- Trvá podpora oběhu na ECMO → postupné snižování průtoku X úvaha LVAD
- OTI, UPV → TSK → postupné odtlumení pacienta – kontaktní, vyhoví částečně
- Echo: těžká systolická dysfunkce LK (EF LK 20 %)
- Stran arytmií: dependence na overdrive + kont. Mesocain

- Odtlumený, kontaktní, výzvě vyhoví → PSV režim → přechodně na T + 02
- Zahájena RHB
- ECMO: 1,5 – 2 l/min průtok = zajišťovací funkce
- Pacient předveden k indikační komisi k transplantaci srdce
- zařazen na akutní waiting list

Cesta k transplantaci srdce

L. Hájková, F. Kresta

Koronární jednotka, FN Brno a MU Brno

- ECMO ukončeno po 16. dnech terapie
- RHB komplikována kvadruparézou (akcent PDK)
- DKS – nestabilní v PS – střídá se ST/VA
- ECHO: trvá těžká systolická dysfunkce
- Pokračuje se s ATB terapií

(pozitivní stěry: moč – pseudomonas aeruginosa, sputum + stěr krk - kleb. pneumonie)



Obr. č. 10. trombus z ECMO okruhu

- Pacient na minimální dávce katecholaminové podpory
- Zachována spontánní ventilace přes TSK
- Úprava elektrody DKS na elektrofyziologickém sálku → 100 % ST
- ATB terapie – nyní stěry negativní
- Daří se postupná realimentace

- Pac afebrilní, bez katecholaminové podpory
- DKS 100 % ST
- RHB: nácvik sedu, zvládne s oporou zad, stoj s větší oporou



- Překlad k CKTCH k transplantaci srdce

Pacient byl dále bez potíží, biopsicky opakovaně bez známek rejekce štěpu. Nadále je dispenzarizován na klinice při FNUSA, kam přichází k pravidelným kontrolním biopsiím a k úpravě imunosuprese.

Dle poslední echokardiografie je EF LK kolem 50 %.

36 dnů hospitalizace

440 hodin ECMO podpory

96 hodin IABC

> 150 výbojů

DKS 100 % ST



Závěr: Vybraný případ zdůrazňuje důležitost komplexního léčebného přístupu, týmové spolupráce a systematické péče o pacienta s těžkým průběhem při onemocnění koronárních tepen.