



Co jsem ještě neviděla a asi už nikdy
znovu neuvidím

Hana Línková
III.interní – kardiologická klinika FNKV
a 3. LF UK
Praha

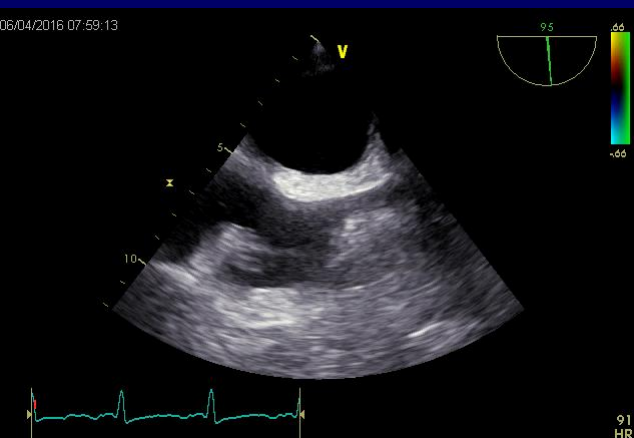
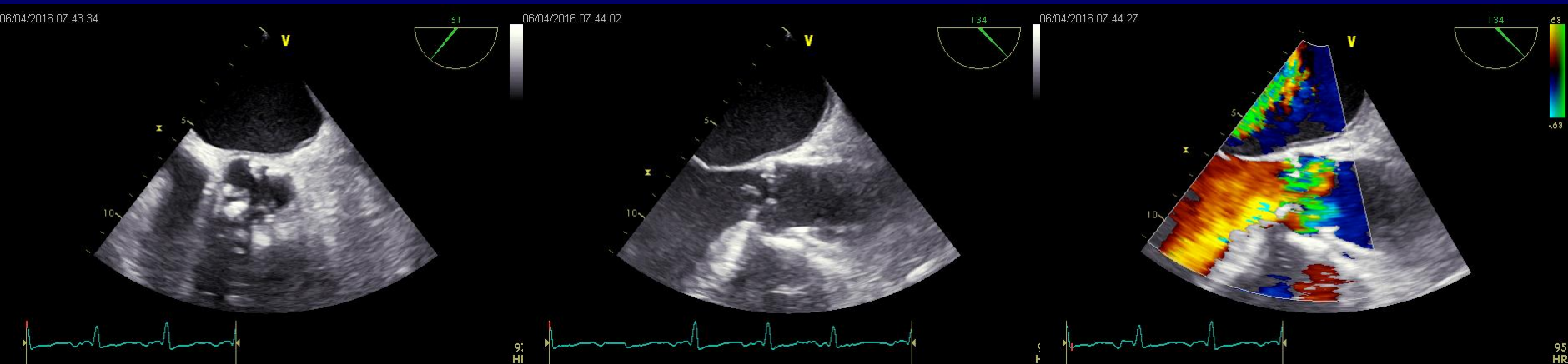
Kazuistika I

Popis případu

Muž, 76 let

- 10/2015 diagnostikována spondylodiscitida L2/3, přítomností vícečetných menších abscesů pre a paravertebrálně bilat. léčen konzervativně., dle MR kompletní regrese
- 3/2016 spondylodiscitida L4/5
- 4/2016 sekundární IE aortální chlopně , hemokultury opakovaně Enterococcus faecalis (ATB dle citlivosti)
- 5/2016 operace páteře (k odstranění zdroje infekce)
- 6/2016 AVR bioprotézou a plastika mitrální chlopně

Echo před operací

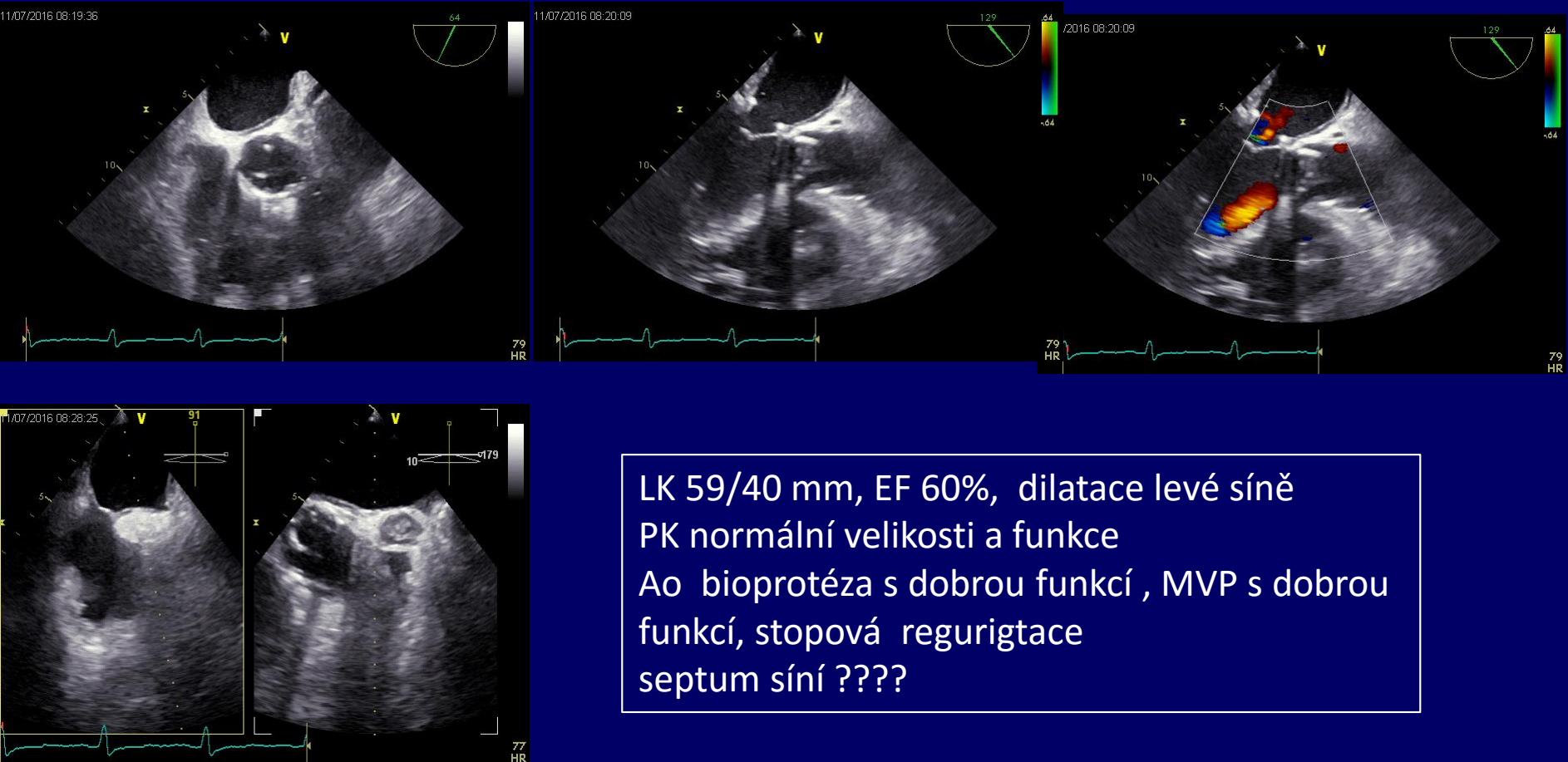


LK 67/50 mm, EF 60%, dilatace levé síně
PK normální velikosti a funkce
Ao chl: vegetace a destrukce levého koronárního cípu,
AR 4/4
Mi chl: MR 3/4, chlopeň bez vegetací

Popis případu

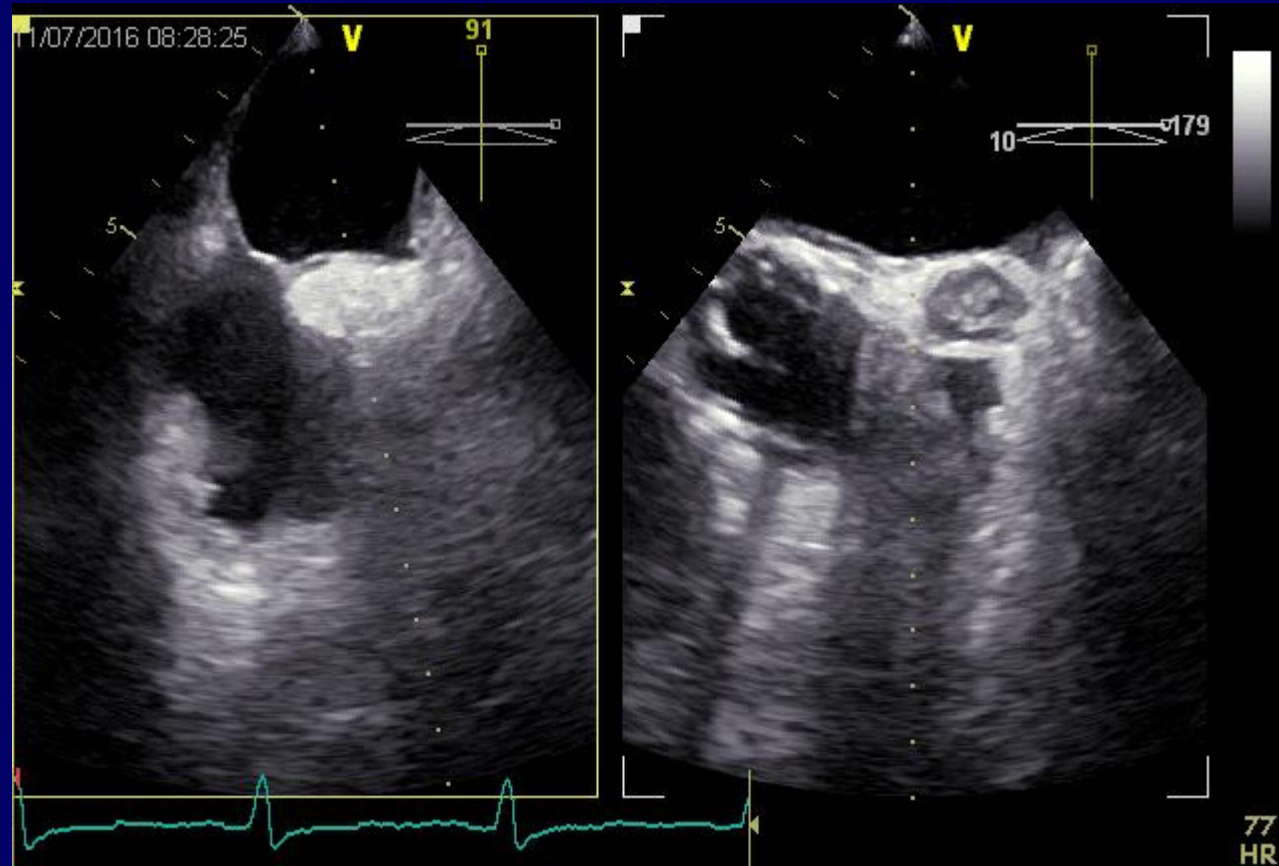
- operace provedena v 6/2016 :
AVR bioprotéza St. Jude Trifecta a MVP
- od operace kompletně asymptomatický, subjektivně se cítil výrazně lépe.
Dalších 14 dní ATB léčba, hemokultury po vysazení ATB opak.negativní , CRP s klesající tendencí, při dimisi 30 mg/l, leukocyty v normě.
- 4 týdny po propuštění v domácí péči bez výrazných problémů
- Kontrola vč. TEE plánovaná měsíc po výkonu

Echo 1 měsíc po výkonu

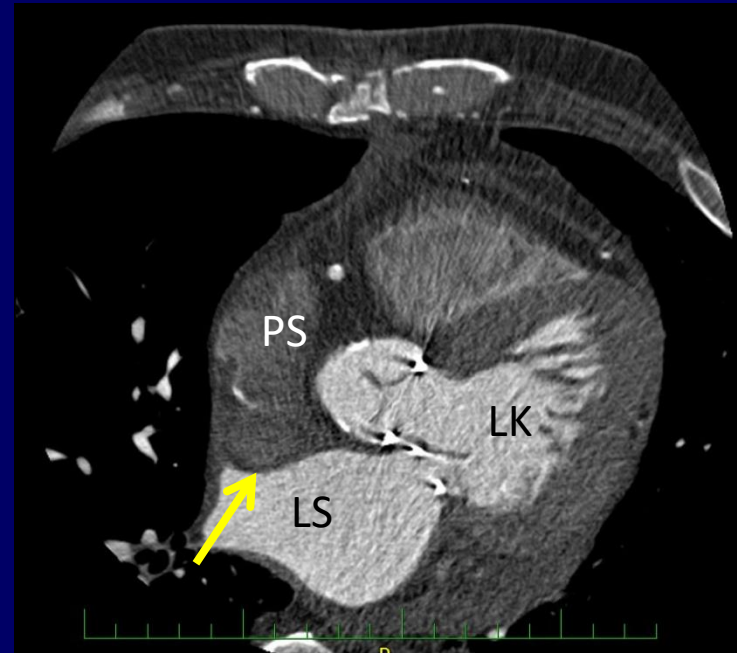
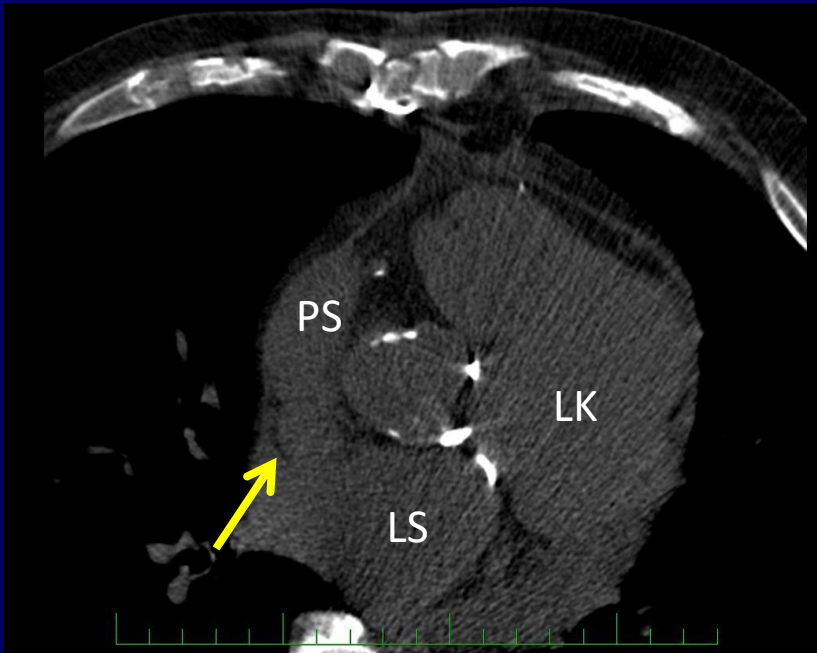


LK 59/40 mm, EF 60%, dilatace levé síně
PK normální velikosti a funkce
Ao bioprotéza s dobrou funkcí, MVP s dobrou
funkcí, stopová regurgitace
septum síní ????

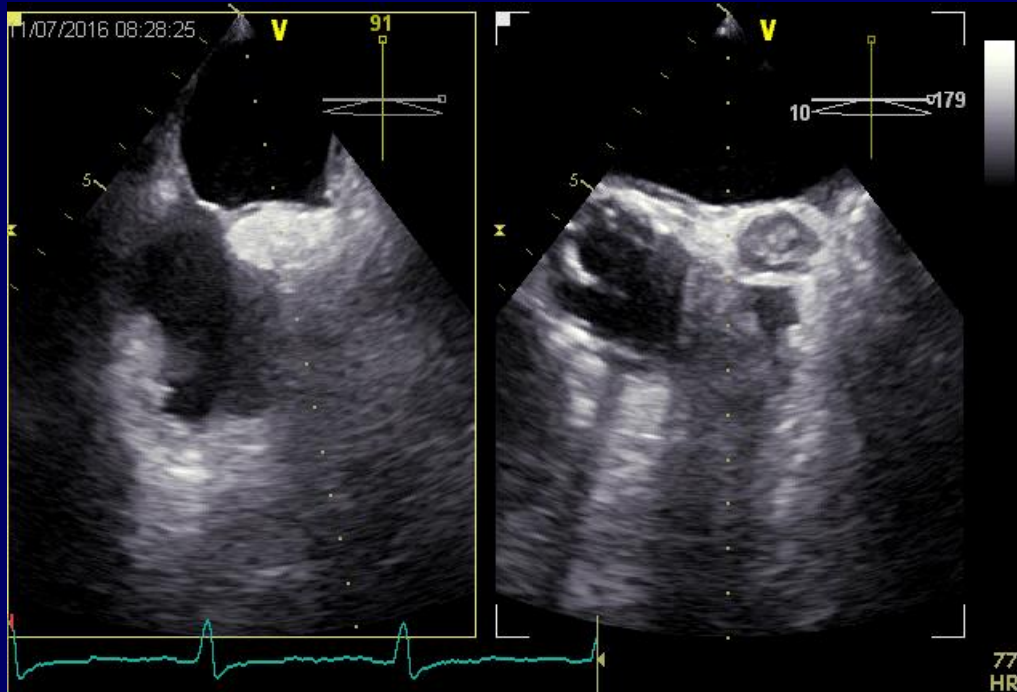
1 měsíc po výkonu



CT vyšetření

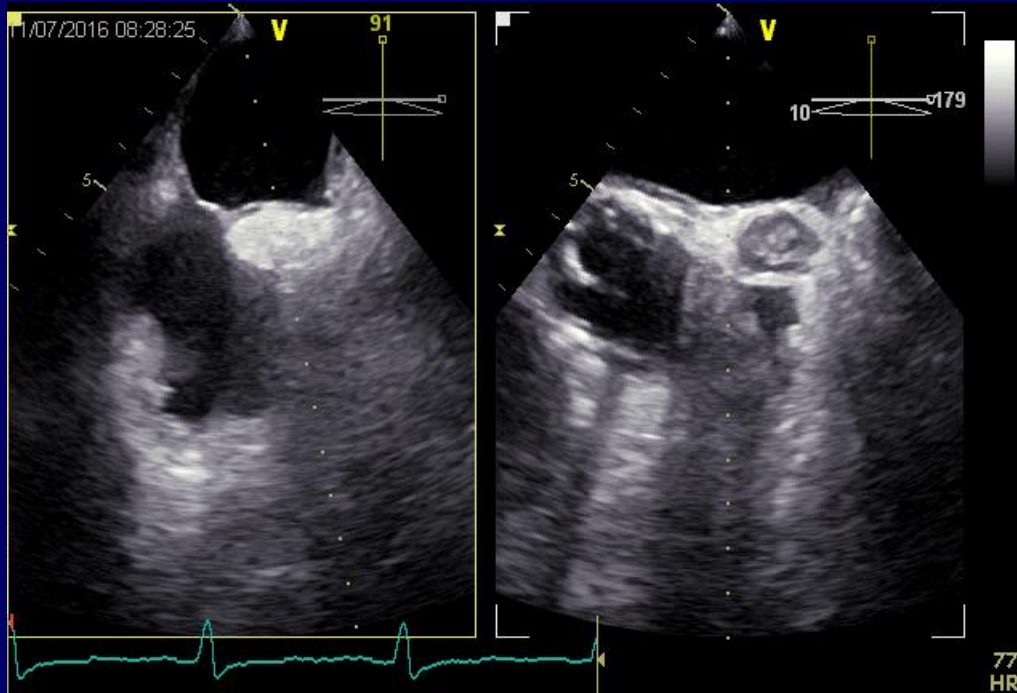


???



1. absces
2. tumor
3. hematom síňového septa

???



1. absces
2. tumor
3. hematom síňového septa

Intraatriální hematom

TABLE I. Review of Published Reports of Interatrial Septal Hematoma and Left Atrial Dissection

Authors	Age (yr)	Sex	Cause of Left Atrial Dissection	Interval	Management	Outcome
Tasoglu I, et al. ¹ (2005)	50	F	Right ventricular mass excision	7 d	Anticoagulation	Alive
Shimozato A, et al. ² (2006)	66	M	MVP and maze procedure	4 d	Decrease anticoagulation	Alive
Jani S, et al. ³ (2007)	48	F	MVP	6 mo	Conservative	Alive
Osawa H, et al. ⁴ (2004)	24	M	MVR after AVSD repair	7 d	Conservative	Alive
Ninomiya M, et al. ⁵ (2002)	64	M	MVR, cryomaze	46 d	Conservative	Alive
Gallego P, et al. ⁶ (2001)	65	F	MVR	3 yr	NS	Alive
	63	M	MVR	4 yr	NS	Alive
	57	F	MVR	7 d	NS	Alive
	50	F	MVR	2 yr	NS	Alive
	62	M	MVR	6 mo	NS	Alive
	76	F	MVR	7 yr	NS	Alive
	78	F	MVR	15 d	NS	Alive
	76	M	MVP and coronary sinus injury	1 d	NS	Alive
	40	M	Mitral and aortic valve infective endocarditis	9 yr	NS	Alive
Schmid ER, et al. ⁷ (1997)	58	M	MVP	Immediate	Marsupialization into right atrium	Alive
Genoni M, et al. ⁸ (1999)	63	F	MVP	Immediate	Marsupialization into right atrium	Alive
	50	M	MVP	Immediate	Marsupialization into right atrium	Alive
Di Gregorio O, et al. ⁹ (2001)	55	M	MVR	1 mo	Close entry and exit points	Alive
Prêtre R, et al. ¹⁰ (1994)	74	F	MVR and repair of leak	4.5 yr	Redo MVR and close entry and exit points	Alive
Grech E, et al. ¹¹ (1993)	59	F	MVR	12 yr	Redo MVR and repair dissection	Dead
Lukács L, et al. ¹² (1996)	50	F	Redo MVR	8 d	Prosthetic patch/buttressed sutures	Alive
Martinez-Sellés M, et al. ¹³ (2000)	59	F	Redo MVR	2 mo	Redo MVR	Alive
	54	M	Redo MVR	2 mo	Redo MVR	Alive
	68	F	Redo MVR	10 mo	Conservative	Alive
	62	F	MVR	Immediate	Redo MVR and repair dissection	Dead
Maeda K, et al. ¹⁴ (1985)	33	F	Redo MVR	4 d	Close entry and exit points	Alive
Li Mandri G, et al. ¹⁵ (1994)	61	M	MVP, MVR	Days	Close entry and exit points	Alive
Sekino Y, et al. ¹⁶ (1996)	65	F	MVR and tricuspid annuloplasty	Immediate	Redo MVR and close entry and exit points	Alive
Osawa H, et al. ¹⁷ (2003)	73	F	CABG and AVR	Immediate	Reconstruct aortic annulus and redo AVR	Alive

AVR = aortic valve replacement; AVSD = atrioventricular septal defect; CABG = coronary artery bypass grafting; F = female; LVAD = left ventricular assist device; M = male; MVP = mitral valvuloplasty; MVR = mitral valve replacement; NS = not specified

- vzácná komplikace
- nejčastěji při operacích mitrální chlopně v důsledku disrupce prstence mitrální chlopně
- vzácněji penetrace do IAS při disekci aorty

Reshma M. Biniwale, Tex. Heart. Inst. J 2010; 37(1): 102–105.

Intraatriální hematom

- **možné komplikace:**
 - převodní poruchy,
 - hemodynamické projevy při velkých hematomech vedoucích k obstrukci srdečních struktur (obstrukce LS, PS, fistula mezi síněmi)
- **léčba:** konzervativní, marsupializace, chirurgická

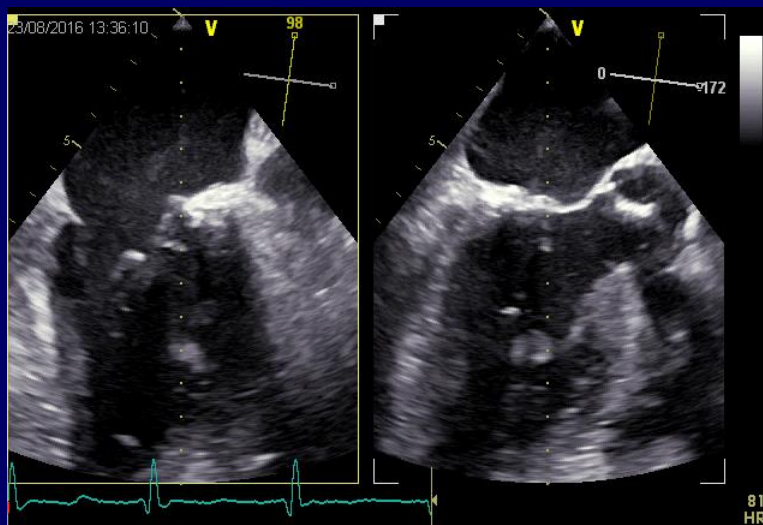
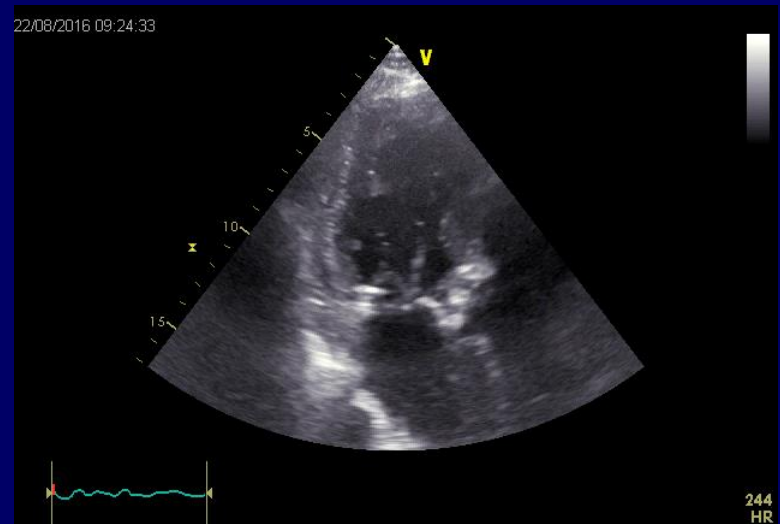
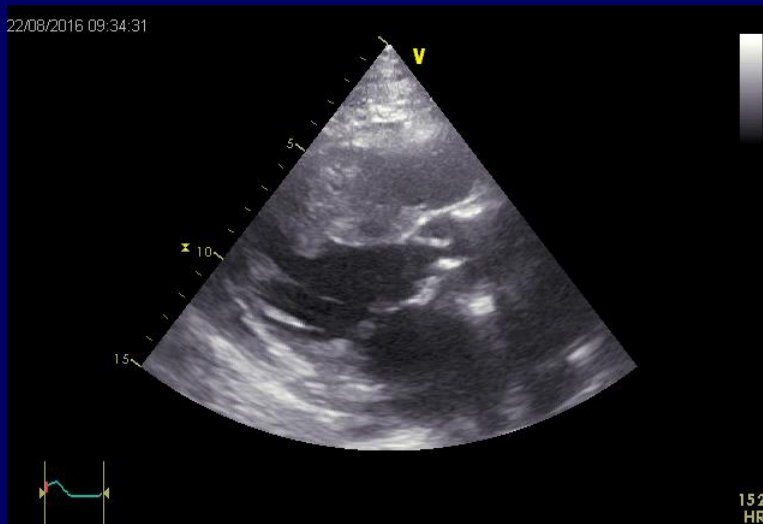
Kazuistika II

Popis případu

Muž, 70 let

- 2000 3x CABG LIMA (RIA), RMS I a RD , ICHS , nemoc 3 tepen
- 1999 hypertenzní nemoc
- 2008 fibrilace síní
- 2015 iCMP s úpravou ad integrum
- 9/2016 hospitalizace pro synkopu po námaze, dušnost NYHA II, bez AP, bez anamnézy infekčního onemocnění

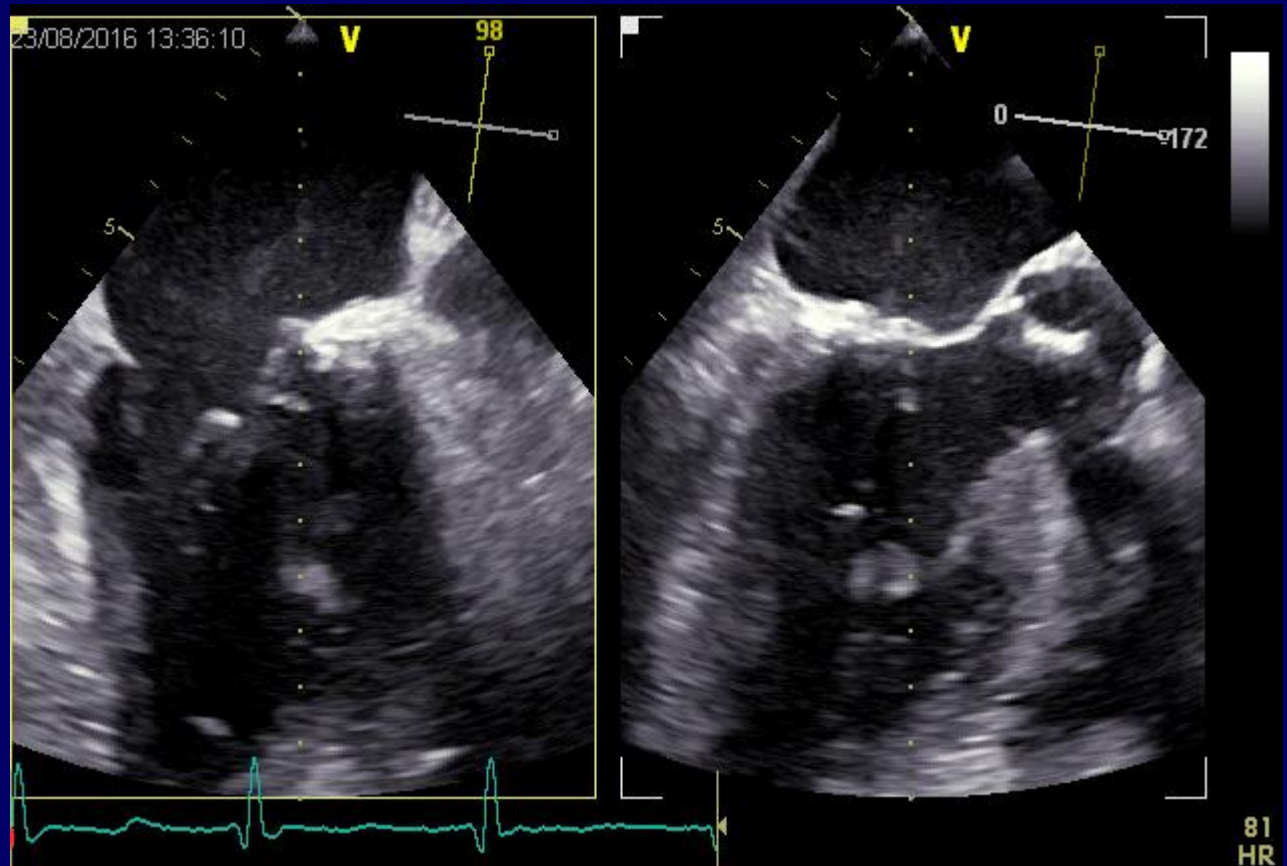
Echokardiografické vyšetření



LK 56 mm, hypertrofiie stěn, EF 55%
PK normální velikost a funkce
Ao chl: V max, 4,2 m/s, PG max. 75 mm Hg, PG mean 40 mm Hg, AVA 0,46 cm²/m²

???

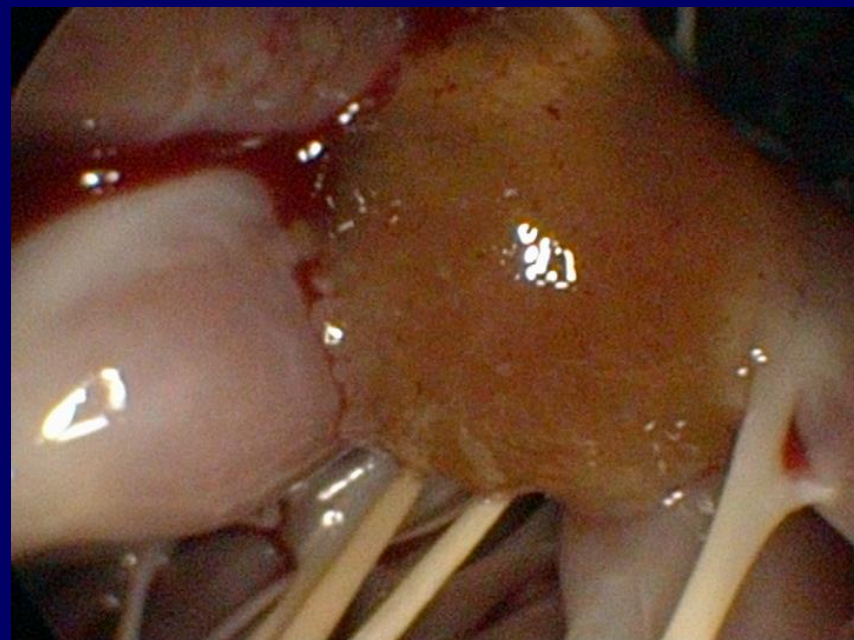
1. trombus v levé komoře
2. vegetace
3. tumor



Popis případu

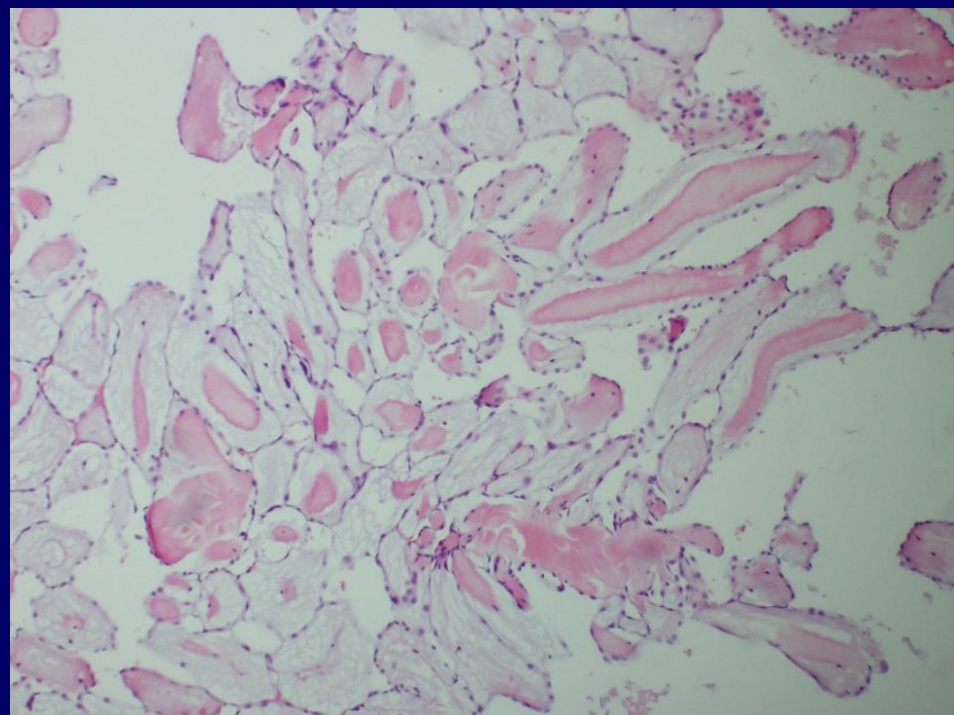
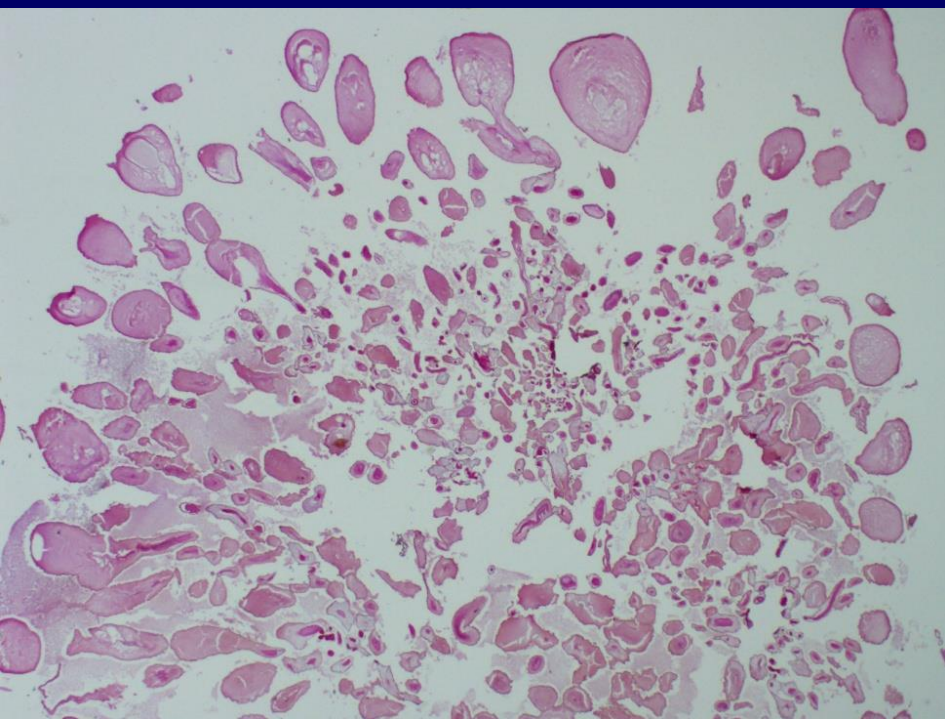
9/2016 kompletní
kardiologické vyšetření
indikován k AVR a extirpaci
útvary

6.9.2016 AVR St. Jude
Trifecta a extirpace tumoru



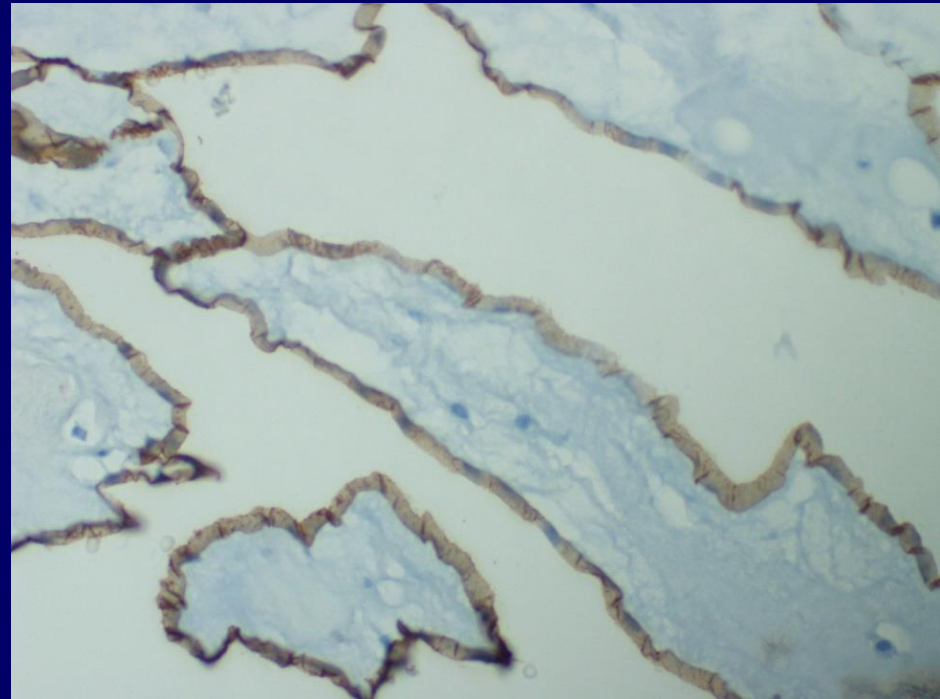
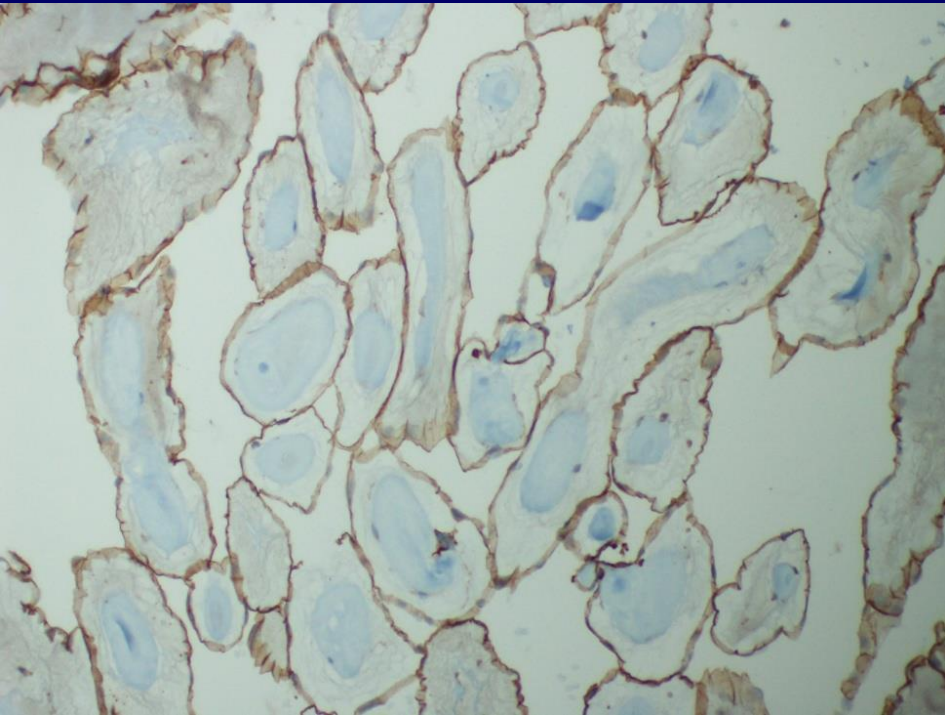
MUDr. Jan Hlavička, kardiologická
klinika FNKV

**Histologický řez afekcí v malém přehledném zvětšení.
Vyniká členitě papilární tvar afekce, jejíž celkové rozměry byly 12x10x7mm.
Barvení van Gieson+ elastika (vlevo), hematoxylin-eosin (vpravo)**



Prim. MUDr. Josef Šach
Ústav patologie FNKV a 3. LF UK

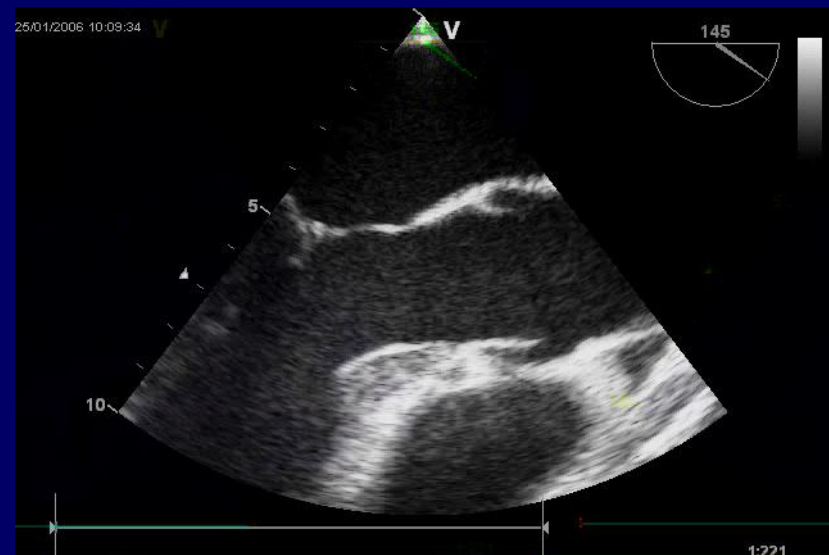
Imunohistochemická barvení na CD31 (vlevo) a CD34 (vpravo). Pozitivní (hnědé) zbarvení buněk na povrchu papilárních formací potvrzuje jejich endoteliální původ.



Prim. MUDr. Josef Šach
Ústav patologie FNKV a 3. LF UK

Papilární fibroelastom

- benigní proliferace na endokardu, u které se stále zvažuje možnost její reaktivní, nebo hamartogenní nebo nádorové (benigní) povahy.
- nejčastěji se vyskytuje na chlopních levého srdce, častěji na aortální chlopni (90%) a (obecně) na chlopních již jinak patologicky změněných. Chlopně pravého srdce a nástěnný endokard komor nebo papilární sval (naš případ) jsou méně obvyklá místa výskytu.
- afekce může být solitární, vzácněji i vícečetná.
- dif. dg. : vegetace (infekční, neinfekční), tromby, degenerativní změny na chlopních, jiné benigní tumory
- Morfologie popsaná a zachycená na předchozích fotografiích je pro tuto afekci zcela charakteristická.



Papilární fibroelastom-indikace k chirurgickému řešení:

- závisí na velikosti, lokalizaci, mobilitě a symptomech
- **pravostranné oddíly:**
 - pouze velké mobilní tumory, vedoucí k obstrukci a / nebo embolizaci.
 - PFO s významným P-L zkratem
- **levostranné oddíly:**
 - observace u asymptomatických pacientů s malým nemobilním tu (bez stopky)
 - tumor > 1 cm zvl. mobilní – indikacece k operaci (mladí pacienti či s přidruženým KV onemocněním, nebo pacienti s nízkým operačním rizikem a vysokým kumulativním rizikem pro embolizaci

-

Děkuji za pozornost