

# PRŮBĚH MITRÁLNÍ STENÓZY PŘI HORŠÍ SPOLUPRÁCI PACIENTA A ZAJÍMAVÁ KOMPLIKACE PO KARDIOCHIRURGICKÉM VÝKONU

MUDr. Hana Burianová

Interní oddělení, Poliklinika Bílovec

V následující kazuistice bych chtěla poukázat na zajímavý případ z méj ambulance. Pacient s revmatickou mitrální vadou byl léta sledován, s komplikacemi postupně dospěl až ke kardiochirurgickému výkonu, pooperačně se rozvíjí haemorrhagická pankreatitida se vznikem pseudocysty v hlavě pankreatu.

**Z anamnézy:** Pacient, rok narození 1938, prodělal ve 13 letech revmatickou horečku. V roce 1996 byla dignostikována embolizace do pravé dolní končetiny, zjištěna fibrilace síní, dle echokardiografie zjištěná blanitá stenóza mitrální chlopně. Byl observován kardiolog, trvale warfarinizován, v roce 1999 provedena balonková valvuloplastika mitrální chlopně. Po výkonu perzistovala středně závažná stenóza s regurgitací. Nadále sledován, kontroly byly nepravidelné, rovněž nepravidelné kontroly protrombinového času. V říjnu 2002 byla náhodně diagnostikována monoklonální gamapatie IgG kappa s redukcí normálních imunoglobulinů a hypalbuminémie. Nález byl uzavřen jako monoklonální gamapatie nejasného významu nebo doutnající myelom, na hematologii trvale pravidelně sledován, stabilní stav, bez progresu. Rovněž byl léčen fibrátem a statinem pro smíšenou dyslipidémii.

Pacienta poprvé vyšetřuji v listopadu 2004. Odeslal jej praktický lékař, u něhož byl ošetřen pro ataku dnavé artritidy. Udával tříměsíční zhoršování namáhavé dušnosti, projevy dekubitární dušnosti, otoky dolních končetin. Medikuje LAWARIN 2mg, LESCOL 40mg, LIPANOR 100mg, FURON 40mg, BETALOC SR 200mg půl tablety, MILURIT 100mg 3x 1 tabletu.

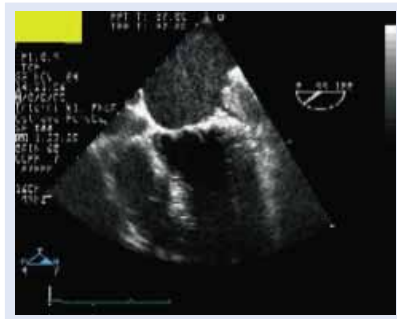
Objektivně 66letý muž, orientovaný, mobilní, při řeči mírně dušný, kůže a sliznice bez patologických eflorescencí, xantomy nepřítomny, hlava normocephalická, izokorie zornic, anikterus skler, arcus lipoides cornea nepřítomen, xantelabra palpebralum nepřítomna, hrdlo klidné, krk souměrný, jugulární vény mírně nad klíček naplněny, není zvětšena thyroidea, karotidy pulzují symetricky, bez šelestů, uzliny nezvětšeny, hrudník symetrický, plíce se sklípkovým dýcháním bez vedlejších dechových fenoménů, srdeční akce nepravidelná 52–56/min., hrotový systolický šelest 2/6 s propagací do axilly, šelest nad bazí srdce vpravo od sternu 3/6 propagující do karotid, břicho v niveau

hrudníku, měkké prohmatné, hepar s oblokem, lien nenarází, patologickou rezistenci nehmatám, dolní končetiny s otoky do 1/3 bérce, na levé paži jizva po extirpaci rezistence, TK 180/100 mmHg, váha 111 kg.

**Z laboratoře:** Protrombinový čas 1,46 INR, k.močová 550 μmol/l, CH 5,43 mmol/l, TG 3,65 mmol/l, proBNP 4865 pg/ml, uCRP 6,3 mg/l. Akutní echokardiografické vyšetření prokazuje těžkou dysfunkci levé komory, těžkou dilataci levé síně, středně těžkou mitrální stenózu se stopovou regurgitací, středně těžkou aortální stenózu, podezření na trombus levé síně. Ihned jsem domluvila jícnovou echokardiografii ve FN Ostrava. Byla zjištěna nezvětšená levá komora, difúzně omlených kontrakcí, EF LK 35%, ascendntní aorta nedilatována, nástěnné změny, aortální chlopeč trojčipá s fibrotickými změnami, hrudky s drobnými kalcifikacemi, anulus 23mm, CO 4,8l/min., AVA 1,1 cm<sup>2</sup>, BSA 2,26, PG 27 mmHg, MPG 17 mmHg. Levá síň extrémně dilatována na 61 mm, spontánní echoktrast vyplňuje takřka celou levou síň, levé ouško celé vyplněno trombem, ční do levé síně, trombus se zdá staršího data. Mitrální cípy oba ztlustělé výrazně fibroticky, stran komisur se nelze přesně vyjádřit, mitrální regurgitace stopová, charakteristický doming předního cípu mitrální chlopně, PG 22 mmHg, MPG 10 mmHg, MVA dle planimetrie 2 cm<sup>2</sup>, dle PHT 1,1 cm<sup>2</sup>, je zde zkruseno fibrilací síní, zadní cíp je hůře pohyblivý, pravá komora není dilatována, známky těžké plicní hypertenze. Pacient byl ihned hospitalizován, nastavena terapie s LMWH.

Při hospitalizaci byl podáván CLEXAN dle váhy pro trombózu levé síně a ouška, léčeno srdeční selhání, provedena koronarografie, vyloučeny fokusy před kardiochirurgickým výkonem. Koronarografie + LVG – ACS: téměř separovaný odstup RIA i PCX, obě tepny bez stenóz, ACD: bez stenóz, LVG: lehká globální hypokinéza stěn LK, EF LK 40%, Mi regurgitace nehodnotitelná, LVEDP před/po

Obrázek 1. Snímek levé síně vyplněné spontánním echoktrastem a trombus ční z ouška levé síně



23/25 mmHg, pullback na aortální chlopní max. 9 torr, mean 0 torr. Pacient byl připraven k operačnímu řešení, kontrolní TEE prokázalo perzistenci trombu v levém oušku, mitrální stenózu středně těžkou (při fibrilaci síní PG 13–17 mmHg, MPG 8–9 mmHg) se stopovou regurgitací, aortální stenózu středně těžkou, těžkou dilataci levé síně a dysfunkci levé komory. ProBNP 2576 pg/ml.

Operační výkon proběhl bez komplikací, byl odstraněn trombus z levého ouška, KRYO-MAZE v levé síni, provedena náhrada mitrální chlopně mechanickou dvoudvířkovou chlopní St. Jude 29mm a vřita mechanická dvoudvířková aortální chlopeč St. Jude No 23 AGFN. Kontrolní echokardiografie nedetekovala perikardiální výpotek, stopová separace za zadní stěnou a okolo volné stěny levé komory. Mitrální mechanická náhrada s MG do 4 mmHg, bez paravalvulárního leaku, aortální náhrada PG 24 mmHg, MPG 16 mmHg, bez známek patologické regurgitace. K doléčení akutní bronchitidy 10. pooperační den byl pacient přeložen do spádové nemocnice. Dobíral ATB (KLACID), jsou podávány infuze se SYNTOPHYLLINem a mukolytiky. Po 6. dnech byl propuštěn domů s medikací WARFARIN 3mg (protrombinové časy 4,06..3,08..5,09 INR), EUPHYLLIN CR 200mg tbl. 1\*0\*1, SORBIFER DURULES drg. 1\*0\*1, FURON 40mg tbl. 1\*1\*0, VEROSPIRON

25 mg tbl. 1\*0\*0, SEDACORON 200 mg tbl. 1\*0\*0, ATRAM 6,25 mg tbl. ½\*0\*1/2, RAMIL 2,5 mg tbl. ½\*0\*0, MILURIT 300 mg tbl. 0\*1\*0, MUCOSOLVAN 4x 4ml, ATROVENT spray 3x 4 vdechy.

Po týdnu absolvoval první kontrolu v mé ambulanci. Udával skeletární bolesti hrudníku, prakticky neguje dušnost, otoky končetin nepozoroval. Obtěžovaly ho bolesti břicha, charakter epigastralgií, nechutenství. Nezvracel, neměl tmavou stolici ani průjmy. Tyto potíže se objevily již po operačním výkonu a postupně jejich intenzita narůstala. Objektivně konstatuji perzistující fibrilaci síní, funkční mechanické náhrady chlopní, bez paravalvulárních leaku, ránu po thoracotomii zhojenou per primam, palpačně citlivé epigastrium, maximum supraumbilikálně, rezistence nehmatná. Odeslala jsem pacienta k ultrasonografickému vyšetření. Telefonicky mi bylo sděleno podezření na rozvíjející se akutní pankreatitidu, hlava pankreatu zvětšena s otokem, nevytloučeny ložiskové změny. Domluvila jsem hospitalizaci na chirurgickém oddělení.

Během hospitalizace na chirurgickém oddělení byl pacient analgetizován, kryt antibiotiky, nasazena přísná dietní opatření. Provedeno CT pankreatu se závěrem: zvětšená hlava pankreatu s nehomogenní strukturou, denzita odpovídá změnám při akutní pankreatitidě, tektinová kolence nezjištěna. Z laboratoře sérové amylázy 6,3..5,93..3,73..1,46 µkat/l, pankreatická lipáza 13,45 µkat/l, bez elevace hepatocelulárních enzymů, uCRP 40..56..89 mg/l. Po 12 dnech propuštěn domů. Doma se objevují opět epigastralgie, sebemenší zatížení potravou vyvolává bolest. Po několika dnech byl opět hospitalizován na chirurgickém oddělení, CT břicha prokazuje vyvíjející se pseudocystu pancreatu 32x25 mm, což komplikuje anti-koagulační terapii, opět převeden na LMWH. Postupně se stav pacienta upravuje při infúzní terapii, analgetizaci a přísné dietě. Během hospitalizace bylo provedeno i endosonografické vyšetření k objasnění poměrů v oblasti hlavy pankreatu, stav byl hodnocen jako postnekrotická pseudocyste hlavy pankreatu 4x3 cm, 50% obsahu tvořil tkáňový detritus, stěna ne-

byla zřetelně formována, nedoporučena transgastrická punkce, vhodná další observace. Po měsíční hospitalizaci byl propuštěn domů.

#### Závěr

Nyní hodnotím stav 8 měsíců od kardiochirurgického výkonu a 6 měsíců od poslední hospitalizace na chirurgii. Nemocný je ve velmi dobrém stavu, prakticky bez kardiálních potíží, nemá potíže s bolestmi břicha. Absolvoval lázeňskou léčbu. Zatížen normální stravou. Objektivně nastolen pravidelný sinusový rytmus, funkční mechanické náhrady poslechově i dle kontrolních echokardiografií. Kontrolní CT slinivky břišní prokazuje normální nález v této lokalizaci. Protrombinové časy jsou optimální, proBNP 1007 pg/ml. Zhubl 20 kg.

Závěrem bych chtěla připomenout, že akutní hemoragická pankreatitida se objevuje v 0,4–7,6% po kardiálních operacích s letalitou 10–45%. Příčinou je ischemie pankreatu při hypotenzi navozené operačním kardiochirurgickým výkonem.