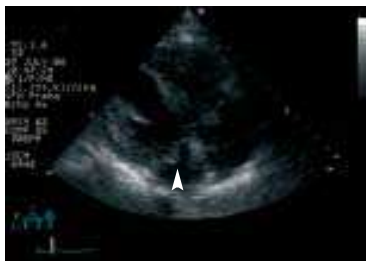


Prolaps mitrální chlopně způsobený infekční endokarditidou



Obr. 1 Transtorakální echokardiografie, parasternální dlouhá osa; měnič je skloněn posteromediálně; šipkou je označeno systolické vyklenutí zadního cípu mitrální chlopně do levé síně



Obr. 2 Transezofageální echokardiografie (TEE), dvoudutinová projekce se zobrazením ouška levé síně; prolabující zadní cíp mitrální chlopně se ztenčením mediální části stěny vyklenutí (označeno šipkou)



Obr. 3 TEE, dvoudutinová projekce se zobrazením ouška levé síně; barevné dopplerovské mapování zachycuje těžkou doprovodnou mitrální regurgitaci

Klinický obraz infekční endokarditidy (IE) může být pestrý vzhledem k celé řadě možných komplikací. Podle patogenese lze komplikace IE rozdělit na: 1. embolické (např. ischemická cévní mozková příhoda, akutní infarkt myokardu), 2. způsobené lokálním šířením infekce (destrukce chlopně, paravalvulární absces), 3. metastatické (osteomyelitida obratle, mozkový absces) a 4. imunologicky podmíněné (glomerulonefritida).

V naší kasuistice je popsána vzácná komplikace IE, podmíněná lokálním šířením infekce, v podobě aneurymatického vyklenutí cípu chlopně imitujícího prolaps. Šedesátiletý muž byl přijat pro obstrukční ikterus při cholelitiáze a stenóze distálního choledochu. Stav byl řešen cholecystektomií a choledoch-jejunoanastomózou. Pooperační průběh byl komplikován akutní pankreatitidou se vznikem objemné pankreatické pseudocysty. Za 5 měsíců od operace byl nemocný rehospitalizován pro váhový úbytek o 15 kg, únavu a febrilitu, které byly nejprve intermitentní, v posledních 2 týdnech pak již trvalé se zimnicí a třesavkou. V laboratorním obraze byl nález periferní pancytopenie, zvýšení CRP, D-dimerů a pozitivní hemokultury s nálezem *Enterococcus faecalis*. Při vyšetření transtorakální echokardiografií byl zachycen prolaps zadního cípu mitrální chlopně při posteromediální komisuře (obrázek 1) s významnou doprovodnou mitrální regurgitací s charakteristicky asymetrickým regurgitačním jetem, směřujícím k posterolaterální stěně levé síně. Jícnová echokardiografie potvrdila

nález lokalizovaného vyklenutí zadního cípu v oblasti scalopu P3, s ložiskovým ztlustěním, možnou drobnou vegetací staršího data, ale rovněž i se ztenčením mediální stěny daného vyklenutí. Nebyly přítomny typické známky myxoidní degenerace cípu chlopně, které bývají u primárního prolapsu (obrázek 2). Dopplerovsky byla potvrzena i významná mitrální regurgitace (obrázek 3). Septický stav byl zvládnut dlouhodobou cílenou antibiotickou léčbou.

Vzhledem k echokardiografickým známkám objemového přetížení levé komory, a posléze i klinickým projevům počínajícího levostranného srdečního selhávání, byl nemocný indikován ke kardiokirurgickému výkonu. Až při operaci se zcela objasnil rozsah a charakter postižení mitrální chlopně (obrázek 4). Bylo nalezeno aneurymatické vyklenutí zadního cípu mitrální chlopně s perforací, se dvěma vedle sebe lokalizovanými otvory. Byla provedena resekce postižené části chlopně, implantace anuloplastického prstence a jednoúchého koronárního bypassu na ramus interventricularis anterior levé věnčité tepny pro předoperačně zjištěnou významnou stenózu. Pooperační průběh byl nekomplikovaný, mitrální chlopně se stala plně kompetentní. Záchovná operace na mitrální chlopně byla pro nemocného výhodná i vzhledem k reálnému riziku exacerbace chronické pankreatitidy a možné budoucí nutnosti intervence v oblasti žlučových a pankreatických vývodných cest. Prolaps mitrální chlopně (PMCH) se dělí na primární a sekundární. Primární PMCH se vyskytuje jako familiární, nefamiliární a spojený s dědičnými



Obr. 4 Peroperační nález; pohled z levé síně; jasně jsou patrné dva perforační otvory v zadním cípu mitrální chlopně při posteromediální komisuře (označeno šipkou)

chorobami pojivové tkáně, jako je např. Marfanův syndrom. Sekundární PMCH je podmíněn zmenšením dutiny levé komory, dysfunkcí papilárních svalů u ischemické choroby, rupturou šlašinky. Jako zánětlivý sekundární PMCH je označován prolaps u revmatické choroby srdeční. Prolaps v důsledku postižení IE je vzácný. V literatuře je tato situace obvykle popsána formou kasuistických sdělení. Nomenklatura není jednotná. Jsou používány termíny pozánětlivý prolaps, komisurální prolaps nebo termín aneurysma cípu mitrální chlopně.

LITERATURA

1. Aubert S, Barreda T, Acar C, et al. Mitral valve repair for commissural prolaps: surgical techniques and long term results. Eur J Cardiothorac Surg 2005;28:443.
2. Korber T, Petzsch M, Pulva K, et al. Perforated mitral valve aneurysma as a rare course of bacterial endocarditis. Z Kardiol 2001;90:867.

Jiří Král, Eva Kábrtová, Vilém Rohn*

III. interní klinika, *II. chirurgická klinika kardiovaskulární chirurgie, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, Česká republika

Adresa: doc. MUDr. Jiří Král, CSc., III. interní klinika VFN a 1. LF UK, U nemocnice 1, 128 08, Praha 2, Česká republika, e-mail: jiri.kral@vfn.cz