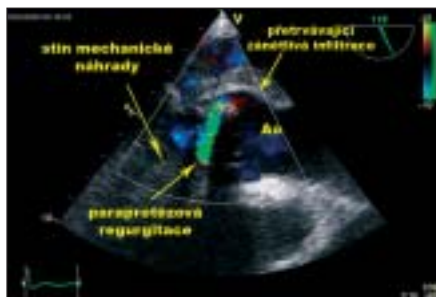


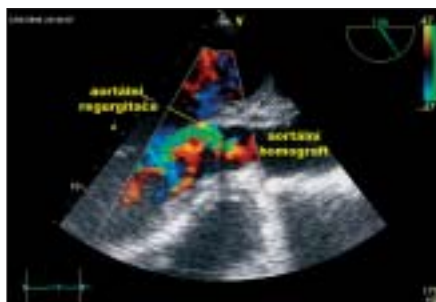
**Obr. 1** Vstupní jícnové echokardiografické vyšetření

LS – levá síň, Ao – aorta, LK – levá komora, PK – pravá komora

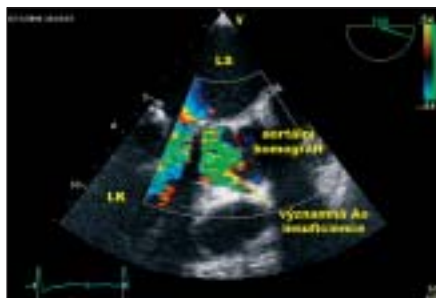


**Obr. 2** TEE-nález před 1. reoperací – paraprotézová regurgitace na mechanické náhradě v Ao pozici

Ao – aorta



**Obr. 3** TEE-peroperační nález aortální insuficience na Ao homograftu



**Obr. 4** TEE současný stav – významná aortální regurgitace

LS – levá síň, LK – levá komora, Ao – aorta

## Komplikovaná infekční endokarditida aortální a mitrální chlopně

Infekční endokarditida (IE) zůstává i v současnosti závažným, život ohrožujícím onemocněním, jehož léčba vyžaduje multidisciplinární přístup. Cílem obrazové kasuistiky je přiblížit komplikovaný případ IE aortální a mitrální chlopně, jejíž léčba si vyžádala celkem 87denní hospitalizaci a zatím tři kardiochirurgické výkony.

33letý muž bez anamnézy závažnějšího onemocnění byl přijat na naše pracoviště 1. 2. 2006 pro asi 10 dní trvající febrilní stav nejasné etiologie s aortálním a mitrálním regurgitačním šelestem a laboratorní pozitivitou zánětlivých markerů.

Vstupní jícnové echokardiografické vyšetření /TEE/ (obrázek 1) diagnostikovalo IE bikuspidální aortální chlopně se známkami destrukce cípů a abscesem v oblasti aortomitrální kontinuity. Etiologickým agens byl shledán *Staphylococcus aureus*. Vzhledem k uvedeným skutečnostem byl nemocný indikován k časnému kardiochirurgickému výkonu. Dne 3. 2. 2006 byla provedena náhrada aortální chlopně mechanickou protézou (Sorin Bicarbon No. 27, Selugia, Itálie) a revize mitrální chlopně.

Týden po operaci byla diagnostikována významná paraprotézová regurgitace s hemoperikardem a pro přetrvávající známky aktivní endokarditidy (obrázek 2) byla 11. 2. 2006 provedena 1. reoperace – mechanická protéza byla explantována a nahrazena homograftem. Jednalo se o protražovaný výkon, na jehož konci TEE zjistila středně významnou regurgitaci jak na homograftu, tak na mitrální chlopně. Vzhledem k délce mimotělního oběhu a poruše hemokoagulace nebyly vady korigovány (obrázek 3).

V pooperačním období byl diagnostikován absces sleziny na podkladě embolizace a dne 28. 2. 2006 byla provedena splenektomie z vitální indikace. V dalším průběhu přetrvávaly známky srdečního selhání a progredovala aortální regurgitace. Dne 14. 3. 2006 byla provedena 2. reoperace – revize aortálního homograftu s resuturou a anuloplastikou mitrální chlopně (C-E ring No. 30, Horw, Švýcarsko). Pooperační průběh byl již bez komplikací a nemocný byl 28. 4. 2006 propuštěn do ambulantní péče.

V dalším sledování je nemocný symptomatický námahovou dušností II. stupně NYHA a echokardiograficky je dokumentována postupná progresa aortální regurgitace s postupující dilatací levé komory (obrázek 4). Vzhledem k stabilizovanému klinickému stavu a preferenci pacienta se zatím pokračuje v konzervativní léčbě. Výhledově bude jistě nutný další kardiochirurgický výkon na aortální náhradě.

Josef Štátný, Ivo Skalský\*, Jana Vrbská, Tomáš Marek, Josef Kautzner

Klinika kardiologie, \*Klinika kardiiovaskulární chirurgie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha, Česká republika

**Adresa:** MUDr. Josef Štátný, Klinika kardiologie IKEM, Vídeňská 1958/9, 140 21 Praha 4, Česká republika, e-mail: jost@medicon.cz