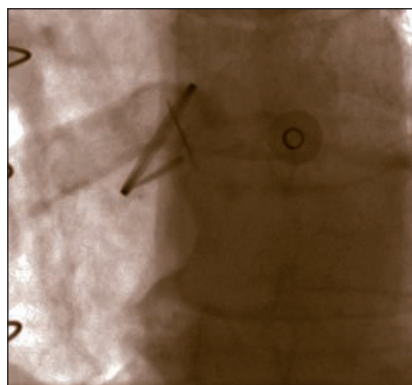
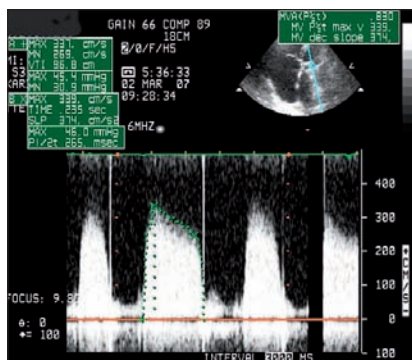


Trombóza mechanické protězy v mitrální pozici

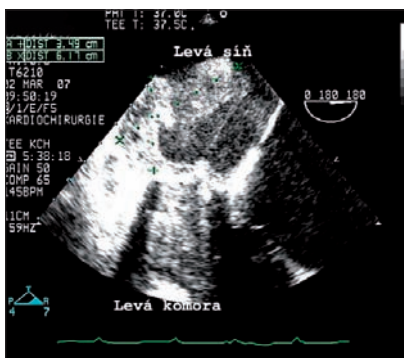
Náhrada mitrální chlopně protézou tvoří v současné době v západní Evropě pouze asi 2 % ze všech srdečních operací. Podle doporučení České kardiologické společnosti je cílová hodnota INR u mechanické protězy v mitrální pozici 2,5–3,5. U mechanických chlopní používaných v současné době se výskyt trombózy udává v 0,5 % na rok života s implantovanou chlopní; riziko trombózy na protěze v mitrální pozici je asi dvakrát větší než u protěz v aortální pozici. Nevhodná antikoagulační léčba je zjišťována až u 70 % pacientů s trombózou mechanické protězy. Představujeme případ 80leté pacientky sedm let po náhradě mitrální chlopně



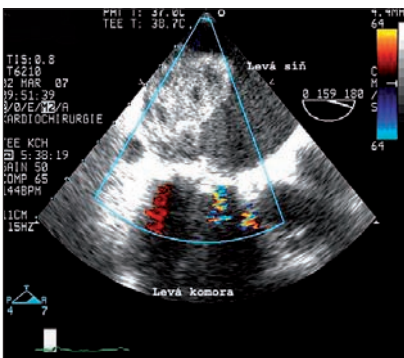
Obr. 1 Skioskopické vyšetření protězy – patrné zablokování jednoho ze dvou listů protězy



Obr. 2 Plocha mitrálního ústí stanovená z dopplerovského měření pomocí PHT (pressure half time) je 0,8 cm² – obraz „stenózy“ mitrální protězy vzniklý při její trombóze



Obr. 3 Jícnové echokardiografické vyšetření – bezprostřední vztah trombu (z dané projekce 6 x 3,5 cm) k protěze v mitrální pozici



Obr. 4 Barevné dopplerovské vyšetření – patrný transvalvární tok pouze přes pravou část protězy, levý list je blokován

pro insuficienci mechanickou protézou Saint Jude 31 (St. Paul, Minnesota, USA). V anamnéze pacientky jsou přítomny závažné komorbidity – ischemická choroba srdeční se stavem po spodním infarktu myokardu a po implantaci stentů do ramus interventricularis anterior a ramus marginalis sinister, stav po ischemické cévní mozkové příhodě před pěti lety, stav po stafylokové protězové endokarditidě před dvěma lety. Pacientka byla přijata na spádové interní oddělení pro klinické známky kardiálního selhávání, vstupně neúčinná hodnota INR. Na provedeném echokardiografickém vyšetření během hospitalizace bylo vysloveno podezření na dysfunkci protězy. Pacientka byla přeložena

do kardiocentra, kde jí bylo provedeno jícnové echokardiografické vyšetření, které potvrdilo trombózu mechanické protězy. Vzhledem k extrémnímu operačnímu riziku (závažná komorbidita, věk, rozvinutý šokový stav ...) bylo rozhodnuto postupovat konzervativně, tj. neindikovat operaci. Při vysokém INR = 6 (v okamžiku příjetí do kardiocentra), při malé pravděpodobnosti úspěchu a současně vysoké pravděpodobnosti embolizace, se nemocné neindikovalo ani podání trombolýzy. V dalším průběhu progreduje šokový stav a pacientka následně umírá s obrazem multiorganového selhání v den příjetí. Není úplná názorová jednotnost, zda trombózu mechanické protězy řešit náročnou reoperací v mimotělním oběhu, trombolýzou nebo jen účinnou antikoagulační léčbou.

Operační mortalita nemocných v dobrém stavu (NYHA II–III) je asi 10%, ale u operovaných ve stadiu NYHA IV se pohybuje v širokém rozmezí 15–46 %. Trombolýza mívá u dané skupiny pacientů mortalitu přibližně 10%. Úspěšnost trombolýzy se pohybuje mezi 85–90 %. Operace se zdá výhodnější u nemocných s velkým vřejícím trombem (riziko embolizace v případě trombolýzy), u nemocných v dobrém stavu (operační riziko nepřevyšuje riziko trombolýzy), při podezření, že za dysfunkci chlopně protězy je zodpovědný pannus nebo starší organizovaný trombus (u kterého je šance na úplné rozpuštění trombolýzou malá). Trombolýzu pak lze doporučit nemocným s velmi krátkou anamnézou (pravděpodobnost čerstvého trombu), s vysokým operačním rizikem, s přisedlým trombem a dále u těch pacientů, kteří odmítají operaci. Kombinovaná antikoagulační terapie jako postup volby je vhodná pouze u nemocných s malým trombem.

LITERATURA

1. Aschermann M a kol. Kardiologie. Praha: Galén, 2004:1319–21.
2. Otto CM. Textbook of clinical echocardiography. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2002:525–50.

Jiří Nový, Miroslav Brtko

Kardiochirurgická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové a Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Hradec Králové, Česká republika

Adresa: MUDr. Jiří Nový, Kardiochirurgická klinika, FN HK a LF UK, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové, Česká republika, e-mail: jino@seznam.cz