

Reimplantace aortální chlopně

Úvod: Dilatace/výduf kořene aorty ohrožuje nemocného nejen progresí aortální regurgitace, ale především rizikem vzniku akutní aortální disekce. Změna geometrie aortálního kořene, která je způsobena patologickou dilatací na úrovni sinotubulární junkce a/nebo aortálního anulu, vede ke vzniku tzv. funkční aortální regurgitace s morfologicky intaktními listky aortální chlopně.

Klasickým chirurgickým řešením je operace podle Bentalla – tj. náhrada kořene aorty konduitem (cévní protézou se zabudovanou aortální chlopní). Ačkoli má tato operace dobré bezprostřední výsledky, z dlouhodobého hlediska vystavuje nositele umělé chlopně riziku závažných až život ohrožujících komplikací, jako jsou tromboembolické komplikace,

krvácivé komplikace, riziko protézové endokarditidy atd.

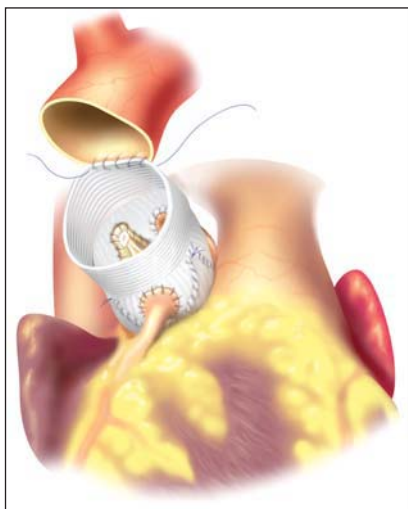
Alternativou k operaci podle Bentalla jsou tzv. záchovné operace aortální chlopně, u kterých jsou výše uvedená rizika eliminována a/nebo alespoň významně snížena. Princip těchto operací spočívá v odstranění patologicky změněné dilatované stěny kořene aorty, která představuje substrát pro vznik disekce, a zároveň zachování vlastní chlopně pacienta s obnovením fyziologických rozměrů sinotubulární junkce a aortálního anulu. To vede k obnovení správné funkce chlopně bez aortální regurgitace. Tento typ výkonů je v současnosti již uznávanou alternativou Bentallovy operace a je podporován doporučenými postupy American Heart Association, Evropské kardiologické společnosti a České kardiologické společnosti. U výduť kořene aorty s morfologicky intaktními listky lze považovat záchovné operace za metodu volby. V současnosti je nejrozšířenější metodou tzv. reimplantace aortální chlopně podle Davida. Vzhledem k nedostatečnému povědomí odborné veřejnosti o tomto typu operace uvádíme následující obrazovou kasuistiku.

Kasuistika: 30letá pacientka s Marfanovým syndromem a dilatací kořene aorty byla přijata k provedení reimplantace aortální chlopně. Maximální rozměr aortálního kořene byl 48 mm, byla přítomna mírná aortální regurgitace (obrázek 1).

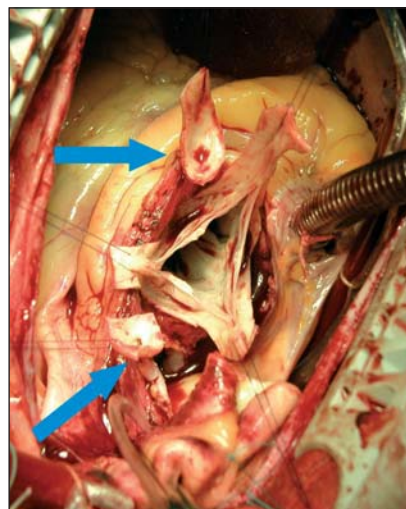
Princip reimplantace aortální chlopně schematicky ukazuje obrázek 2. Po přetnutí aorty nad sinotubulární junkcí se z dilatované stěny aorty vystříhnou terčíky obou věnčitých tepen (obrázek 3, viz šipky) a odstraní se veškerá patologicky změněná stěna kořene aorty s výjimkou úzkého lemu podél úponu aortální chlopně a komisur (obrázek 3). K náhradě kořene aorty se použije cévní protéza, do které se vtáhne aortální chlopek, která se tak ocitne uvnitř protézy, kde se přišije pomocí pokračujících stehů do stěny protézy (obrázek 4). Následně se do protézy implantují obě věnčité tepny a provede se periferní anastomóza, tj. napojení protézy na vstupnou aortu (obrázek 2). Pooperační echokardiografie ukazuje příznivý výsledek po operaci (obrázek 5).



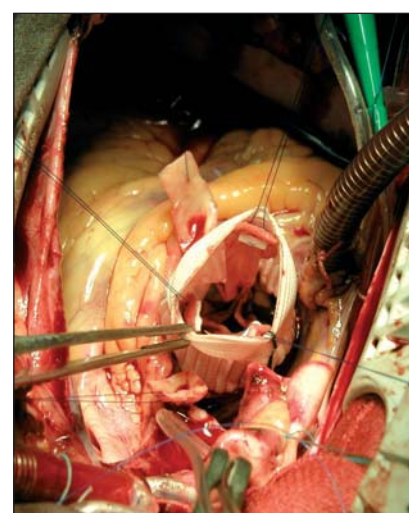
Obr. 1



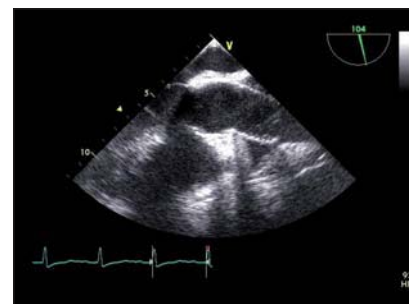
Obr. 2



Obr. 3



Obr. 4



Obr. 5

Jan Vojáček, Jan Dominik, Martin Tuna, Pavel Žáček, Jan Harrer

Kardiochirurgická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Hradec Králové, Česká republika

Adresa: doc. MUDr. Jan Vojáček, Ph.D., Kardiochirurgická klinika, FN Hradec Králové, Sokolská 581, 50005 Hradec Králové, e-mail: vojacek.jan@fnhk.cz