

Ruptura nekoronárního Valsalvova sinu s komunikací do pravé síně jako příčina progrese námahové dušnosti

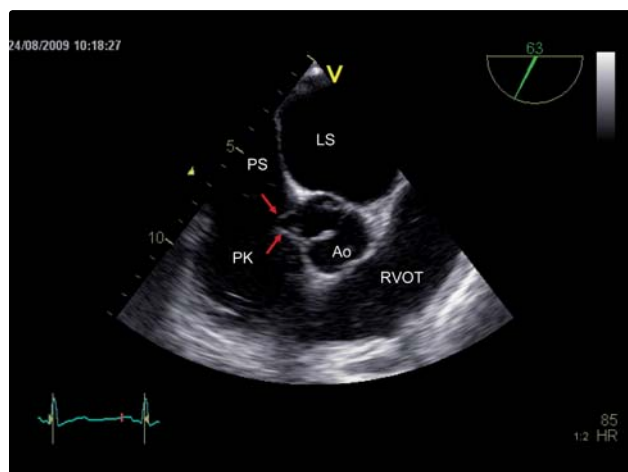
Alexandr Schee¹, Tomáš Marek¹, Petr Syrovátka¹, Michael Želízko¹, Vladimír Karmazín¹, Miloš Kubánek¹, Pavel Šulc¹, Jan Pirk², Josef Kautzner¹

¹ Klinika kardiologie, Institut klinické a experimentální medicíny,

² Klinika kardiovaskulární chirurgie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha, Česká republika

Adresa: MUDr. Alexandr Schee, Klinika kardiologie, IKEM, Vídeňská 1958/9, 140 21 Praha 4, Česká republika, e-mail: alsce@medicon.cz

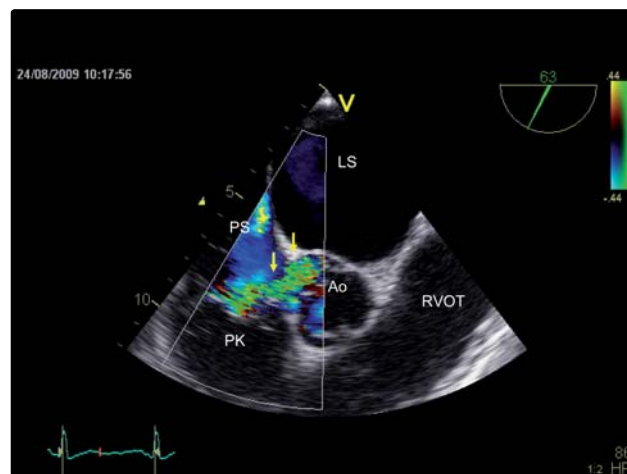
Cílem tohoto sdělení je prezentace obrazové dokumentace z diagnostického procesu u 56letého pacienta s mnohaletou anamnézou systolicko-diastolického šelestu v prekordiu. Pacient byl v roce 2000 vyšetřen na jiném pracovišti jícnovou echokardiografií a nález byl zhodnocen jako nevýznamný defekt septa komor v pars membranacea o velikosti 3 mm. Pro zhoršení fyzické výkonnosti (NYHA II u aktivního sportovce) byl znovu vyšetřen a nález posouzen jako zkrat z výtokové části levé komory srdeční do pravé síně. Na našem pracovišti bylo nutné provést nové vyšetření pomocí jícnové echokardiografie, které jasně dokumentovalo rupturu aneurysmatu nekoronárního Valsalvova sinu vyklenujícího se do pravé síně. Dopplerovsky byla ověřena komunikace mezi aneurysmatem a pravou síní. Aortální chlopeč byla bez stenózy s lehkou aortální insuficiencí



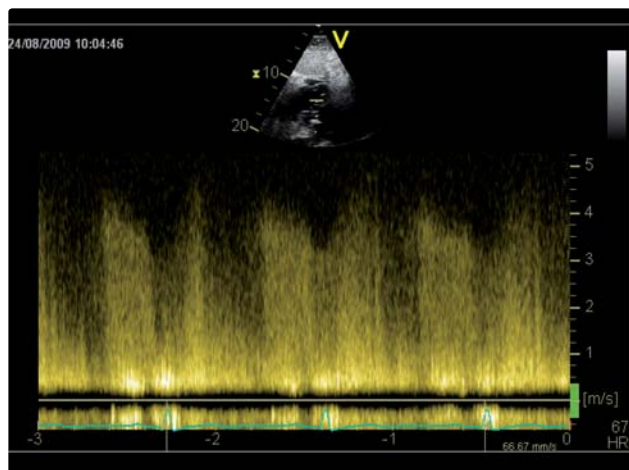
Obrázek 1 Jícnová echokardiografie – horní transezofageální projekce na bázi srdeční s rupturou stěny Valsalvova sinu

(Ao – aorta, PS – pravá síň, PK – pravá komora, RVOT – výtokový trakt pravé komory, LS – levá síň, červené šipky – stěna Valsalvova sinu s rupturou, žluté šipky – zkratové proudění)

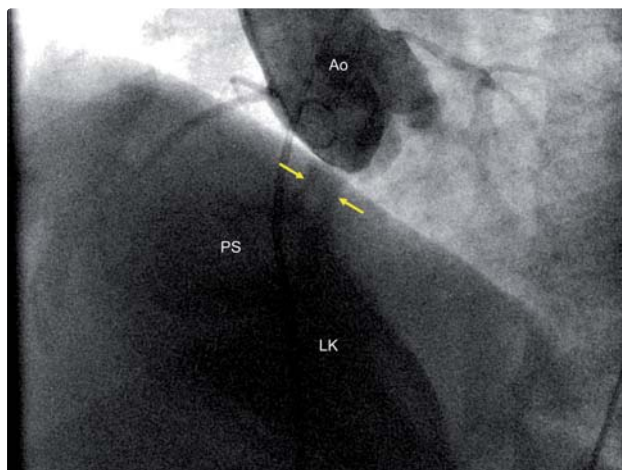
a byla potvrzena normální velikost kořene i ascendentní aorty. V descendentní aortě bylo detekováno pandiastolické obrácení krevního proudu. Pravá komora měla kvůli objemovému přetížení hraniční velikost s normální systolickou funkcí. Při angiografii bulbu aorty byl potvrzen echokardiografický nález a zobrazena komunikace mezi nekoronárním Valsalvovým sinem a pravou síní. Při pravostranné katetrizaci byla zjištěna středně těžká plicní hypertenze se středním tlakem v plicnici 33 mm Hg (53/20 mm Hg). Průtok zkratem byl 3,98 l/min s výsledným levoprávním zkratem 1,9 : 1 (stanoveno oxymetricky s odhadovanou spotřebou kyslíku). Pacient byl indikován k chirurgickému řešení a byla mu provedena plastika defektu Valsalvova sinu spolu s plastikou (dekalifikací) aortální chlopně. Pro peroperační nález středně významné až významné mitrální regurgitace byl výkon doplněn současně o anuloplastiku mitrální chlopně. Pooperační průběh byl bez komplikací. Kontrolní vyšetření ověřilo vymizení



Obrázek 2 Jícnová echokardiografie – zobrazení zkratového jetu barevným dopplerovským vyšetřením



Obrázek 3 Kontinuální dopplerovský záznam zobrazující zkratové proudění rupturou Valsalvova sinu



Obrázek 4 Angiografie bulbu aorty – levá šikmá projekce s viditelným únikem kontrastu do pravé síně

levoprávého zkratu a prokázalo pouze nevýznamnou mitrální regurgitaci.

Při vzniku aneurysmatu Valsalvova sinu se předpokládá vrozená méněcennost elastické komponenty medie nad anulem aortální chlopně. Tato vada bývá často sdružena s jinými vrozenými srdečními vadami. Nejčastěji bývá postižen pravý koronární sinus a méně často nekoronární Valsalvův sinus. Postupně dochází k dilataci aneurysmatu

a zvyšuje se riziko ruptury. V případě ruptury aneurysmatu se objevuje komunikace s pravou komorou nebo vzácněji s pravou síní. Výsledkem je různě významný levoprávní zkrat. Symptomatologie závisí na velikosti zkratu a rychlosti progresu. Prvním klinickým příznakem je obvykle námahová dušnost. Na vadu je možno vyslovit podezření podle přítomnosti kontinuálního šelestu, který bývá akcentován v diastole. Zobrazovací metodou volby je echokardiografie.