



Niedomykalność zastawki trójdzielnej



Niedomykalność zastawki trójdzielnej

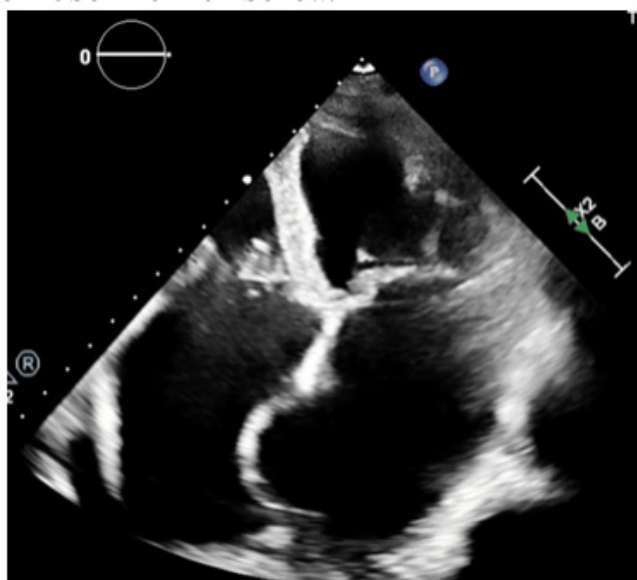
dr hab. n. med. i n. o zdr. Anna Szymańska

Oddział Kardiologii, Śródmiejskie Centrum Kliniczne, Mazowiecki Szpital Bródnowski

Prezentowany przypadek dotyczy 67-letniej otyłej kobiety, z wieloletnim wywiadem nikotynizmu, nadciśnieniem tętniczym oraz hipercholesterolemią, która została przyjęta do oddziału kardiologii z powodu cech zaostrzenia przewlekłej niewydolności serca. Od ok 4 tygodni u chorej pojawiła się duszność wysiłkowa przy przejściu ok 400 metrów oraz stopniowo narastające obrzęki wokół kostek. Chora nie odczuwała niemiarewej parcy serca. Pacjentka miała wykonane badanie EKG, które uwidocznilo migotanie przedsionków (ang. atrial fibrillation – AF) z HR 80-120/min, powiększenie obu przedsionków serca, cechy przerostu mięśnia lewej komory serca i wtórne, niespecyficzne zmiany odcinka ST-T. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono nieznacznie podwyższone markery martwicy mięśnia sercowego bez typowej dla zawału serca dynamiki, podwyższone NTproBNP, podwyższone lipoproteiny o wysokiej gęstości 146 mg%. W wyjściowym przezklatkowym badaniu echokardiograficznym (wykonanym w trakcie AF) stwierdzono powiększenie obu przedsionków serca wielkość komór serca była w normie (rycina 1), niewielki przerost mięśnia lewej komory serca, łagodną uogólnioną hipokinezę z łagodnie obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory serca wynoszącą 45%, istotną niedomykalność zastawki trójdzielnej (rycina 2).

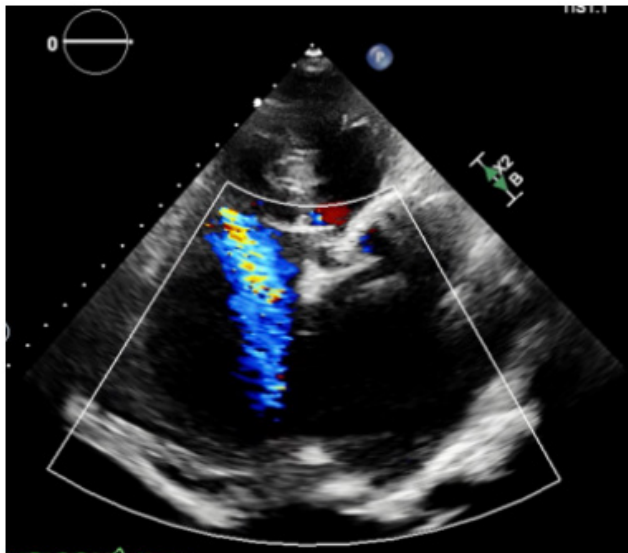
Rycina 1.

Przekłatkowe badanie echokardiograficzne – powiększenie obu przedsionków serca przy zachowanej wielkości komór serca.



Rycina 2.

Umiarkowana niedomykalność trójdzielna w przezklatkowym badaniu echokardiograficznym.



Chorej wdrożono leczenie farmakologiczne rywaroksabanem w dawce 20 mg/dobę, torasemidem w dawce 20 mg/dobę, bisoprololem w dawce 5 mg/dobę, ramipilem w dawce 2x2,5 mg/dobę oraz rosuwastatyną w dawce 20 mg/dobę. W 3 dobie po wyrównaniu stanu chorej wykonano przezprzełykowe badanie echokardiograficzne, w którym wykluczono obecność skrzepliny w jamie lewego przedsionka oraz jego uszku z minimalnym spontanicznym kontrastowaniem krwi w jamach serca, rejestrowano prędkość maksymalną opróżniania uszka lewego przedsionka o wartości ok 30 cm/s – rycina 3.

Rycina 3.

Przezprzełykowe badanie echokardiograficzne – wykluczenie skrzepliny w uszku lewego przedsionka przed zabiegiem kardiowersji elektrycznej przetrwałego migotania przedsionków.



Pacjentce wykonano kardiwersję elektryczną prądem o energii 150 J obserwując powrót rytmu zatokowego 65/min. W kontrolnym przekłatkowym badaniu echokardiograficznym wykonanym w 5 dobie hospitalizacji stwierdzono ustąpienie uogólnionych zaburzeń kurczliwości i poprawę frakcji wyrzutowej lewej komory serca do ok. 55%, łagodną niedomykalność trójdzielną. Przekłatkowe badanie echokardiograficzne stanowi podstawową metodę w diagnostyce wad serca, zwłaszcza wad zastawki trójdzielnej, która jest najczęściej dobrze widoczna w standardowym przekłatkowym badaniu. Niedomykalność trójdzielna jest stwierdzana u ok. 0,5% populacji. Podstawowy podział niedomykalności trójdzielnej wyróżnia niedomykalność trójdzielną pierwotną oraz wtórną. Obecnie wyróżniono szczególny podtyp wtórnej niedomykalności trójdzielnej związanej z AF. W tym podtypie obserwujemy powiększenie jamy prawego przedsionka i poszerzeniem pierścienia trójdzielnego, które skutkuje nieprawidłową koaptacją płatków trójdzielnych, przy prawidłowej wielkości jamy prawej komory. Ten typ wtórnej niedomykalności trójdzielnej najczęściej jest obserwowany u kobiet podeszłym wieku, z wywiadem przetrwałego AF oraz niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory serca i stanowi ok 10-15% chorych z wtórną, klinicznie istotną niedomykalnością trójdzielną (co najmniej umiarkowaną). Ta grupa chorych odnosi korzyści z konwersji AF do rytmu zatokowego i strategii utrzymania rytmu zatokowego.

Piśmiennictwo:

1. Muraru D, Badano LP, Hahn RH i wsp. Atrial secondary tricuspid regurgitation: pathophysiology, definition, diagnosis, and treatment. *European Heart Journal* (2024) 45, 895–911.