

Клиничен случай

УСБАЛССЗ “Св. Екатерина”

Анамнеза:

- Жена на 70г., с дългогодишна артериална хипертония (20г.)
- Дисекация на Ао I тип по Де Бейки – 2003г. - осъществено супракоронарно протезиране на Ао асценденс – (в друг КХЦ)
- Хронично предсърдно мъждене с неясна давност – системна АК терапия.
- От 3- 4г.- прояви на ЛСН - лесна умора и задух при обичайни физически усилия на фона на оптимална деконгестивна и вазодилатативна терапия.
- Ехографско проследяване след реконструкцията на Ао – прогресираща АоИ и МиИ и начална ЛК дисфункция.
- От средата на 2012г. - чести хоспитализации по повод СН декомпенсация; ноември 2012г. разгърнат белодробен оток, наложил интубация и продължителна механична вентилация.

Придружаващи заболявания:

ХДН I ст.

ХОББ. Бронхиална астма. Двустранна пневмофиброза.

Нарушен въглехидратен толеранс

ХБН I ст.- креатинин вариращ – 110- 143 mmol/l

Хроничен калкулозен пиелонефрит.

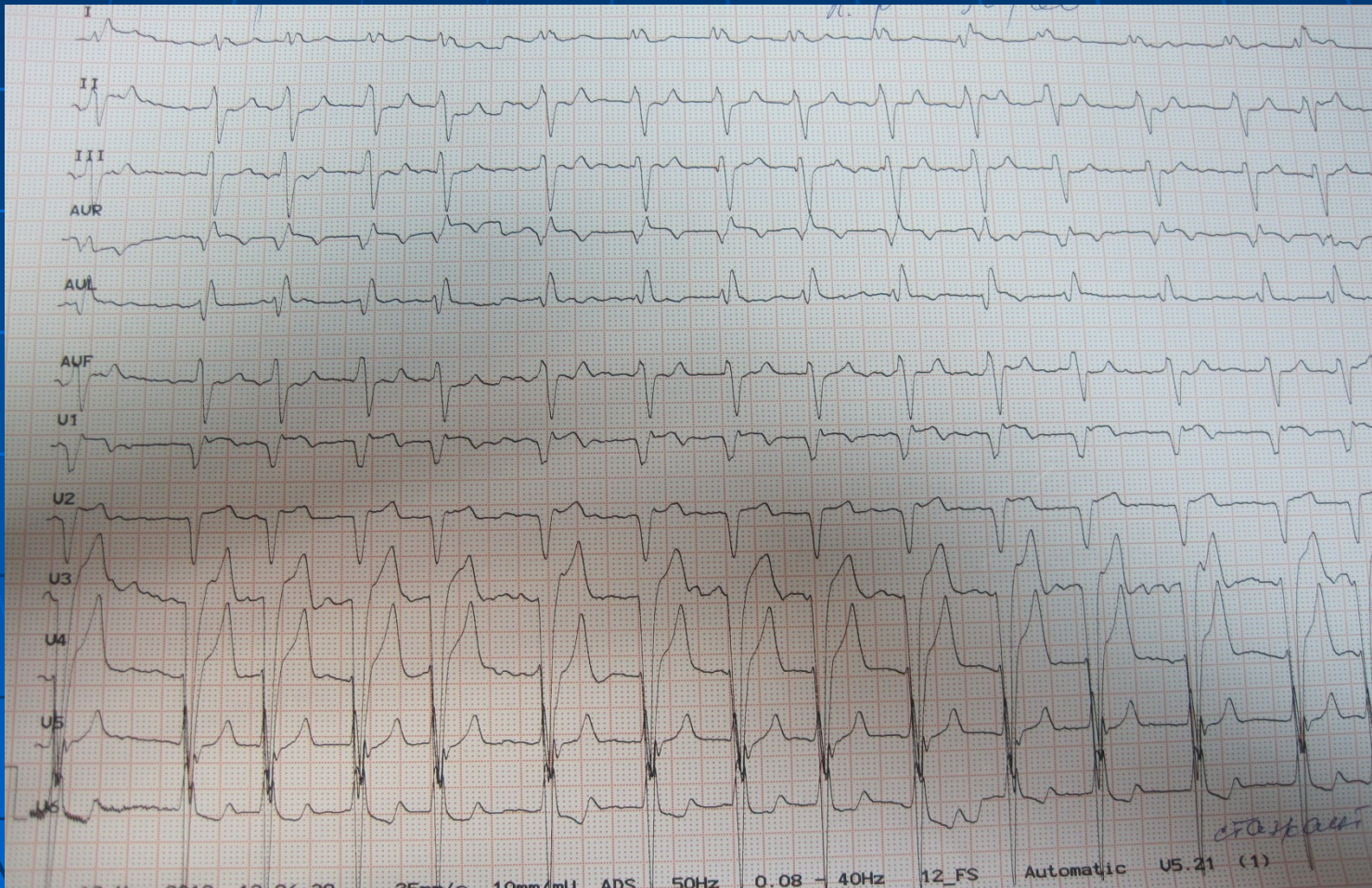
Хипертиреозидизъм. струма нодоза – на лечение с метизол

Обективно състояние:

- Запазено общо състояние. Шия - Скачащи каротиди. Цикатрикс от срединна торакотомия, везикуларно дишане без застойна находка.
- ССС- АРСД, СЧ 70-110уд/мин, без ПД, ТЗ аускултаторна находка на водещ Ао-Митрален порок, АН 150/60 мм/жив, изразен целеритет на периферни пулсации.
- Без данни за хепатомегалия и периферни отоци.
- Крайници- запазени пулсации, без разлика в АН на двете ръце.

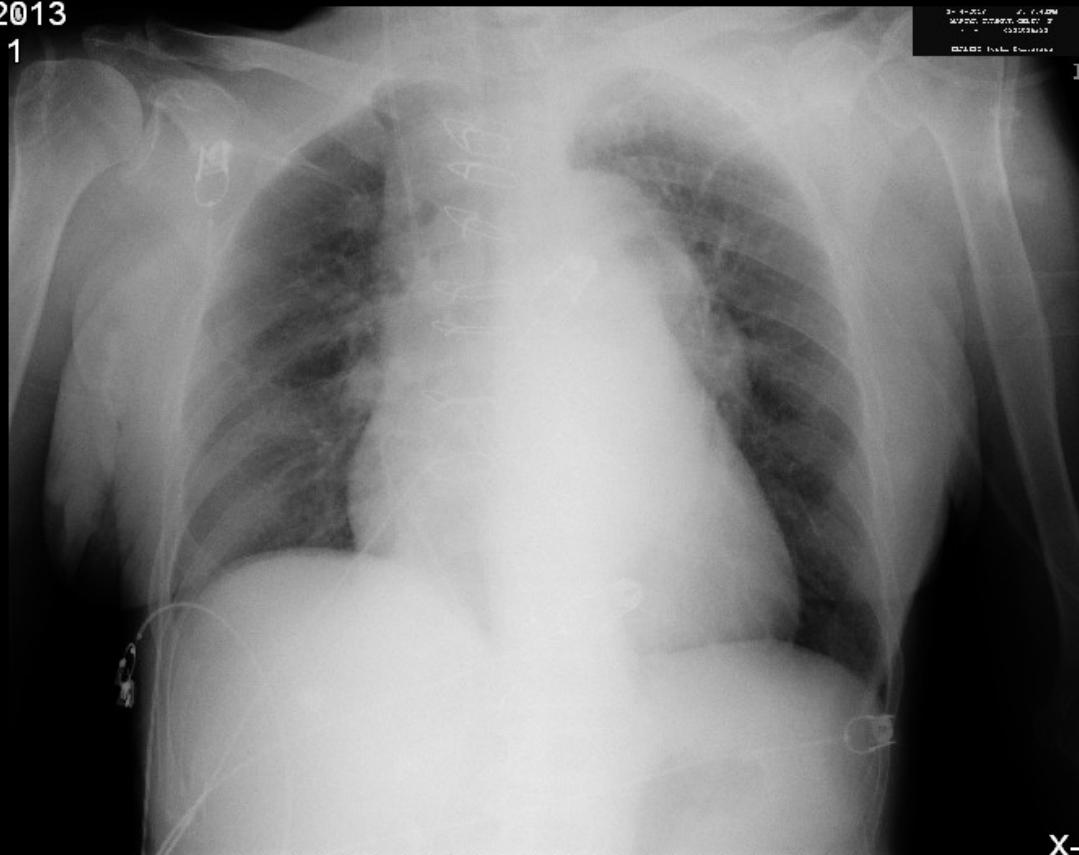
ЕКГ при постъпване

Предсърдно мъждене, ЛПХБ, ДББ



Study date:03.04.2013
Study time:15:03.11

Series number:1
Image number:1



WWWC:4096/2047

KVP:kV
X-ray tube current:mA
Exposure:mAs

Кардиомегалия, изгладена сърдечна талия, разширена съдова саянка, набелязан хилусен застой, бронхитни и перибронхитни промени.

Лабораторни изследвания

- ФИД: FVC – 56.2%, FEV1 – 51.1%, FEV1/FVC – 76.9%
Смесен тип вентилаторна недостатъчност с преобладаваща обструкция; редуциран витален капацитет.
- ПКК ,трансаминази, креатинин, урея в норма.
- TSH – 0.3 mmol/l

ЕхоКГ

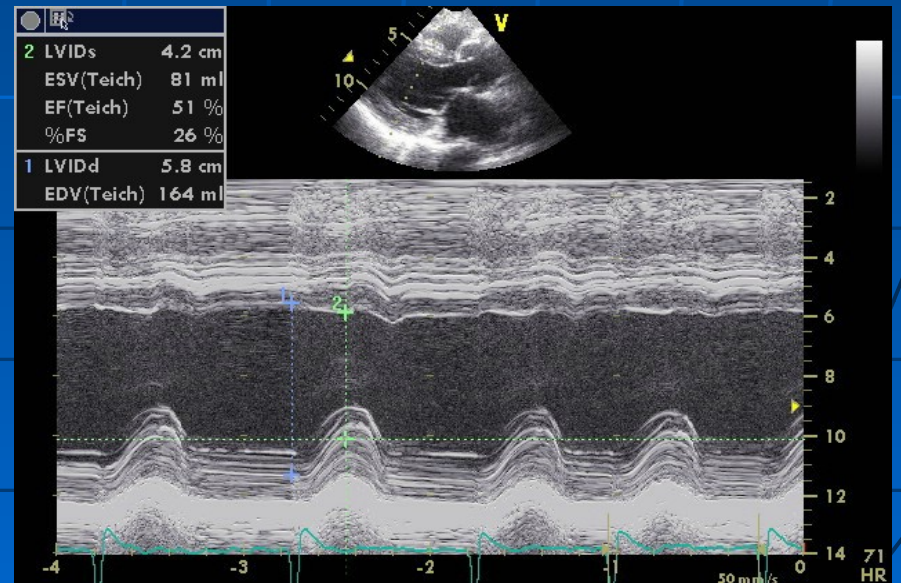
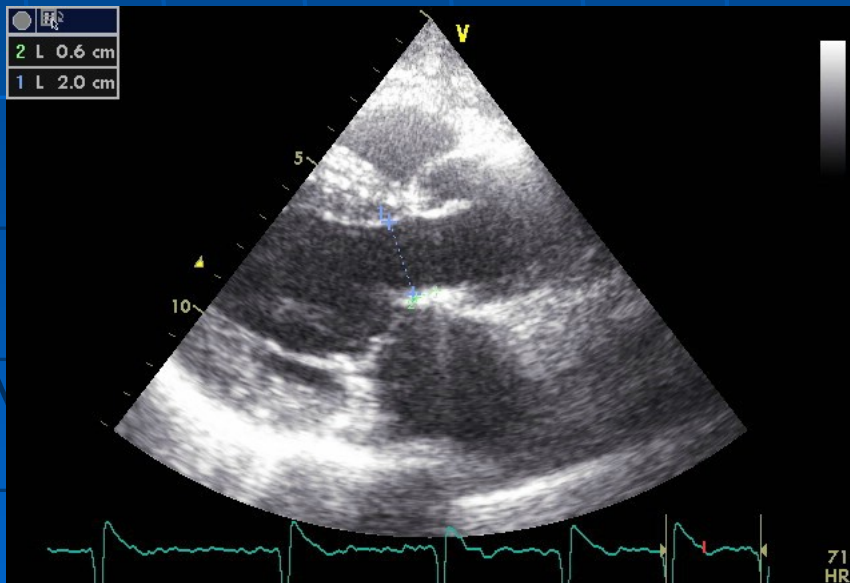
ЛК- септална дискинезия,
МКП/ЗСЛК 15/17мм,
ТДО/ТСО 164/81мл, ТДР/ТСР – 58 мм/42 мм ФИ 51%, ЛК изходен тракт – 20мм.
Ао корен 41мм, Ао асц 44мм с хомогенен кръвоток, ЛП 50мм.

М-кл- фиброзна, пиков диастолен градиент – 2мм/жив, среден – 1мм/жив, вена контракта – 0.5см, М-кл. пръстен 38мм, МИ II+ ст, ексцентричен джет към свободна стена на ЛП.

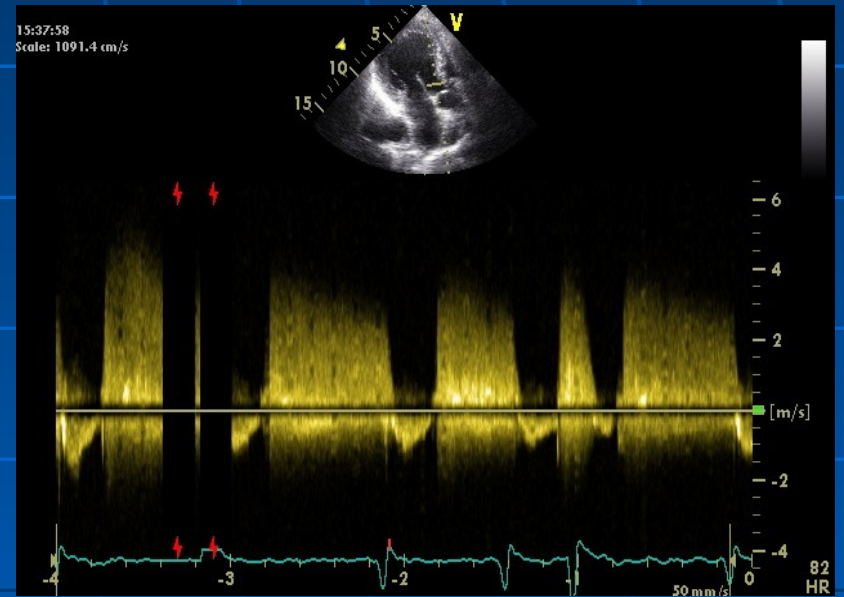
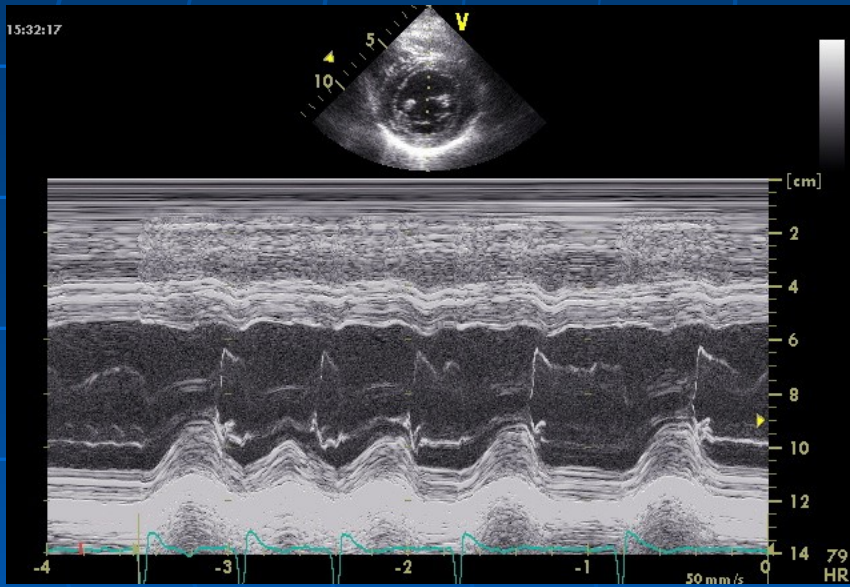
Ао-кл- трикуспидна, Ао-кл. – пиков сист. градиент 4.49мм/жив, максимална скорост на трансартен кръвоток – 1.14м/сек, РНТ – 182 ms, макс. скорост в ЛК изходен тракт – 1.1м/сек, Ао-кл. пръстен 23мм, АоИ IIIст.

Тр-кл- Три до IIст. СНДК 27мм.жив.
Перикард и плеври- без изливи.

TTE



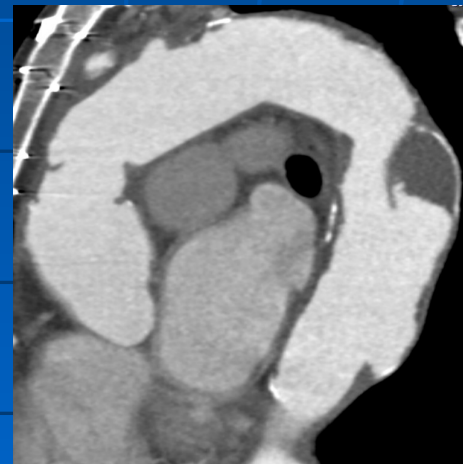
TTE



CT scan

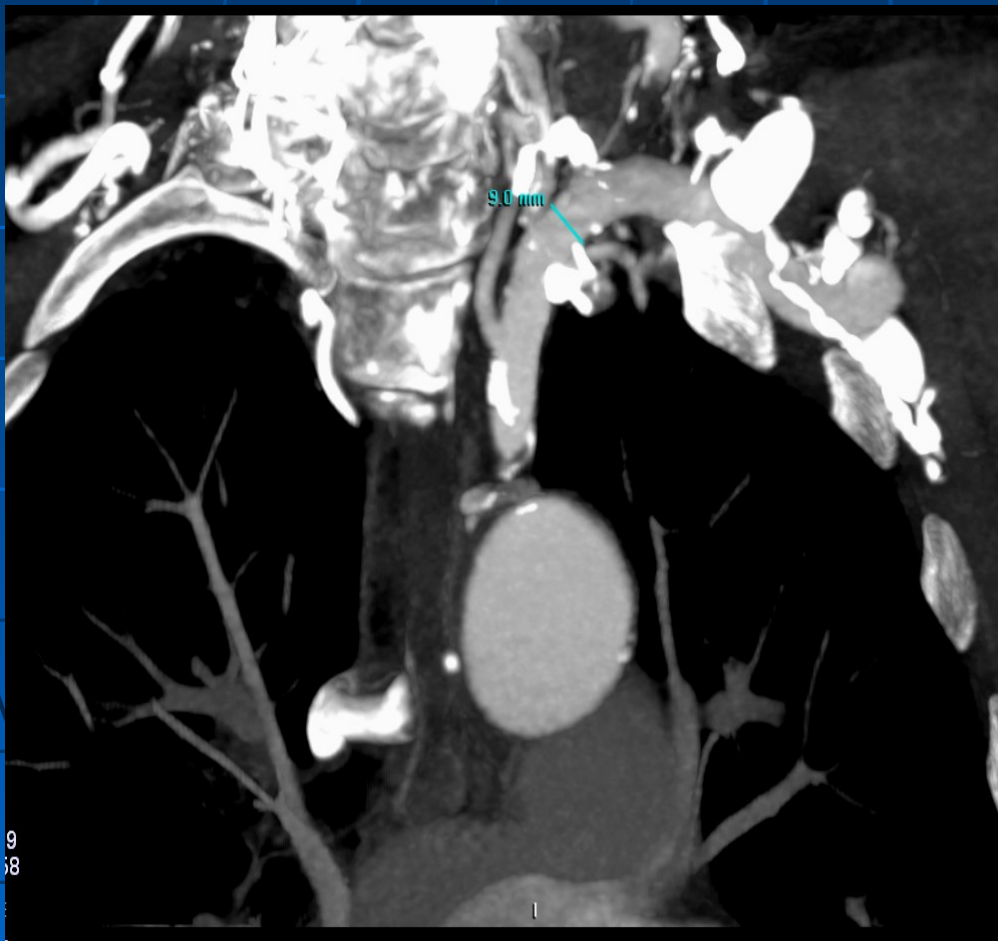
В областта на некоронарния синус към дясно, се открива контрастираща се добавена структура, комуникираща с лумена на Ао на около 32мм над клапата. Втора подобна находка се открива и дорзално.

Ао десц- торакален отдел- дифузно дилатирана до 36мм, с неравности и улцерации. На протежение около 8см личи дилатация 45мм с вид на ограничена дисекация вследствие на улцерирала плака.



CT scan

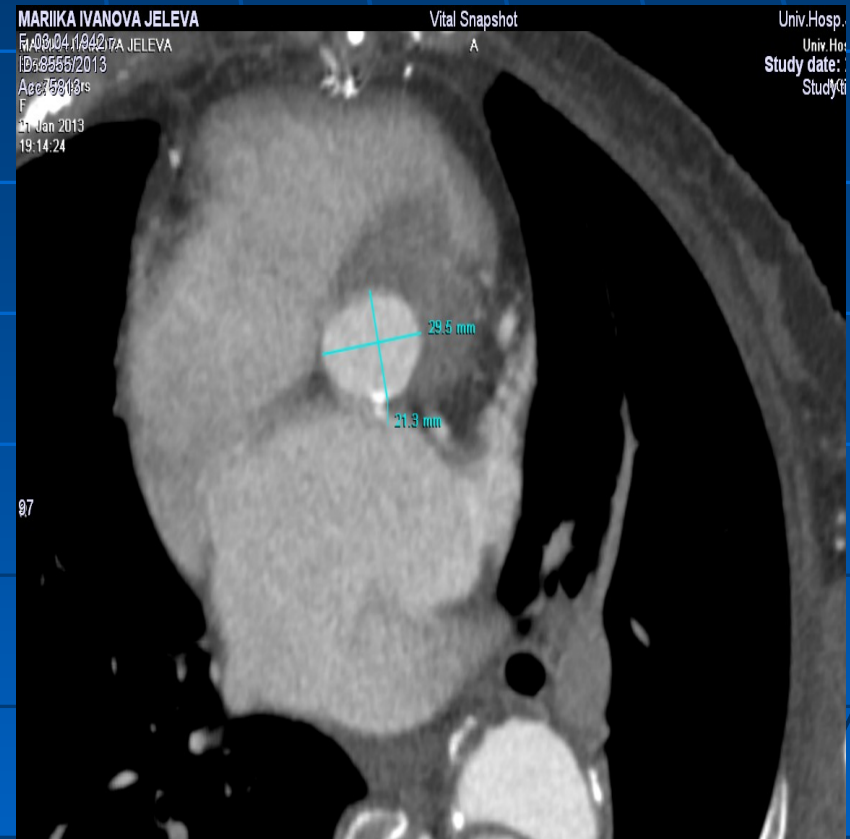
Оценка на калибъра на a. subclavia sin , възходяща аорта и коронарни синуси



CT scan

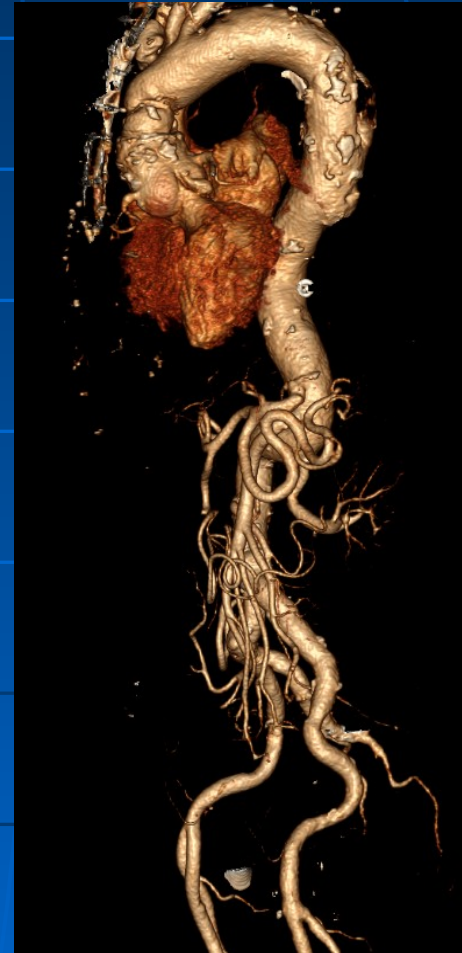
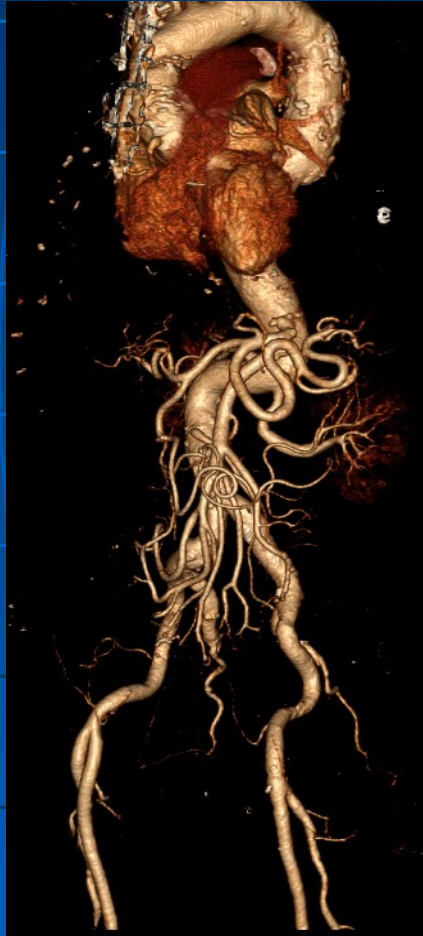
Tr. Brachiocephalicus остиално е аневризмално дилатиран, с пристенна тромбоза.

Дистално контрастирани съдове, както и останалите съдове на дъгата, които са без дисекация.



CT scan

Абдоминална Ао- елонгирана и S-образно нагъната.
Контрастирани висцерални съдове и илиачни артерии- без стенози, без дисекация.



СКАГ



СКАГ, ЛВГ



Възможни подходи

Възможни подходи

- Консервативно медикаментозно лечение

Възможни подходи

- **Консервативно медикаментозно лечение**
 - неблагоприятна прогноза, изчерпани терапевтични опции.
 - чести хоспитализации на фона на оптимално медикаментозно лечение, пристъп на кардиогенен белодробен оток.

Възможни подходи

- **Консервативно медикаментозно лечение**
 - неблагоприятна прогноза, изчерпани терапевтични опции.
 - чести хоспитализации на фона на оптимално медикаментозно лечение, пристъп на кардиогенен белодробен оток.
- **Оперативно клапно протезиране – AVR, MVR?**

Възможни подходи

- Консервативно медикаментозно лечение
 - неблагоприятна прогноза, изчерпани терапевтични опции.
 - чести хоспитализации на фона на оптимално медикаментозно лечение, пристъп на кардиогенен белодробен оток.
- Оперативно клапно протезиране – AVR, MVR?
EUROSCORE = 64.86 %, STS = 11.7
 - предходна торакотомия, обем оперативна интервенция при описаната аортна патология, коморбидност.
 - Категоричен отказ на пациентката от ре-операция.

TAVI

ЗА:

Значително по - щадяща
процедура

Клас IIa B при
високорискова популация
пациенти.

Против:

Липса на аортна стеноза

Ограничен съдов достъп

Вид протеза ???

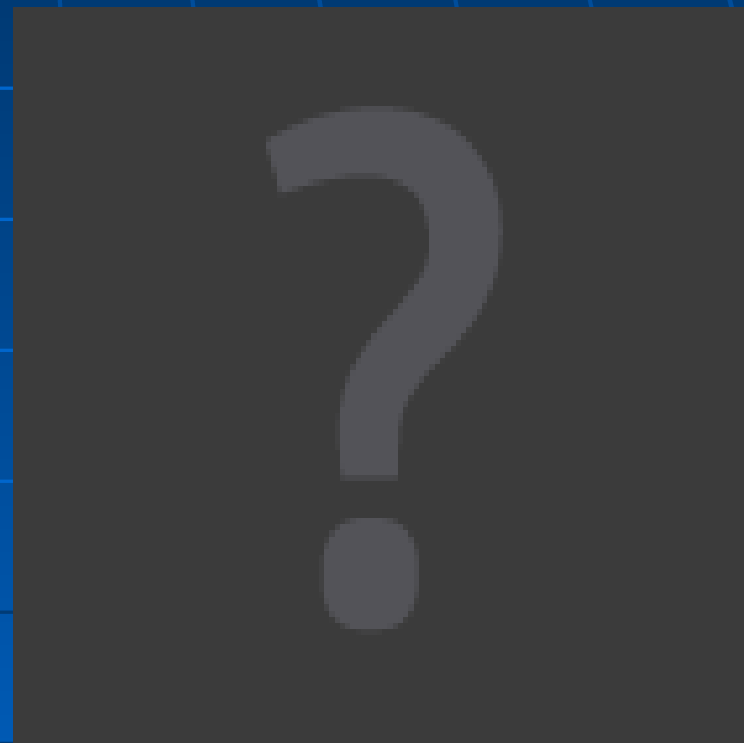
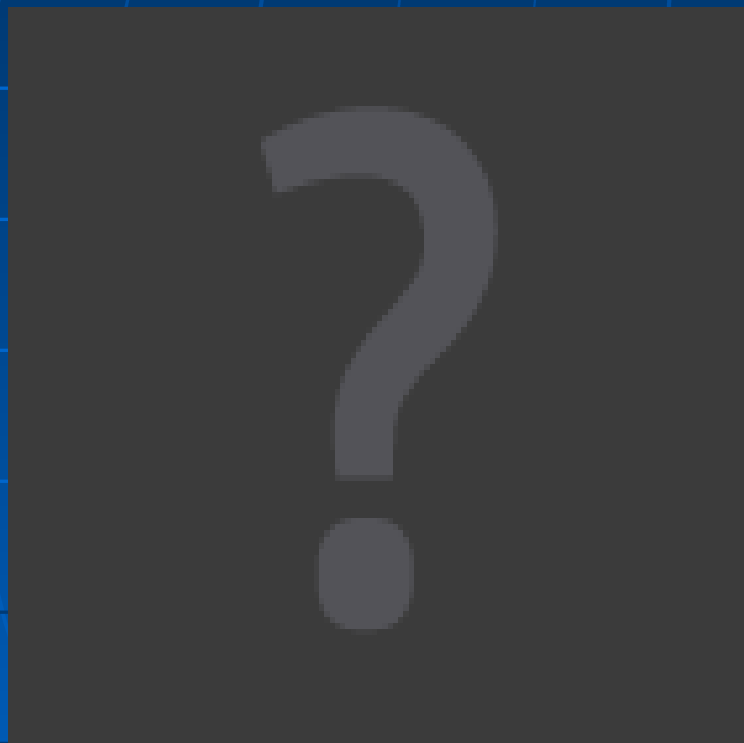
Table 1 | Recommendations for the use of transcatheter aortic valve implantation

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
TAVI should only be undertaken with a multidisciplinary 'heart team' including cardiologists and cardiac surgeons and other specialists if necessary.	I	C	
TAVI should only be performed in hospitals with cardiac surgery on-site.	I	C	
TAVI is indicated in patients with severe symptomatic AS who are not suitable for AVR as assessed by a 'heart team' and who are likely to gain improvement in their quality of life and to have a life expectancy of more than 1 year after consideration of their comorbidities.	I	B	99
TAVI should be considered in high-risk patients with severe symptomatic AS who may still be suitable for surgery, but in whom TAVI is favoured by a 'heart team' based on the individual risk profile and anatomic suitability.	IIa	B	97

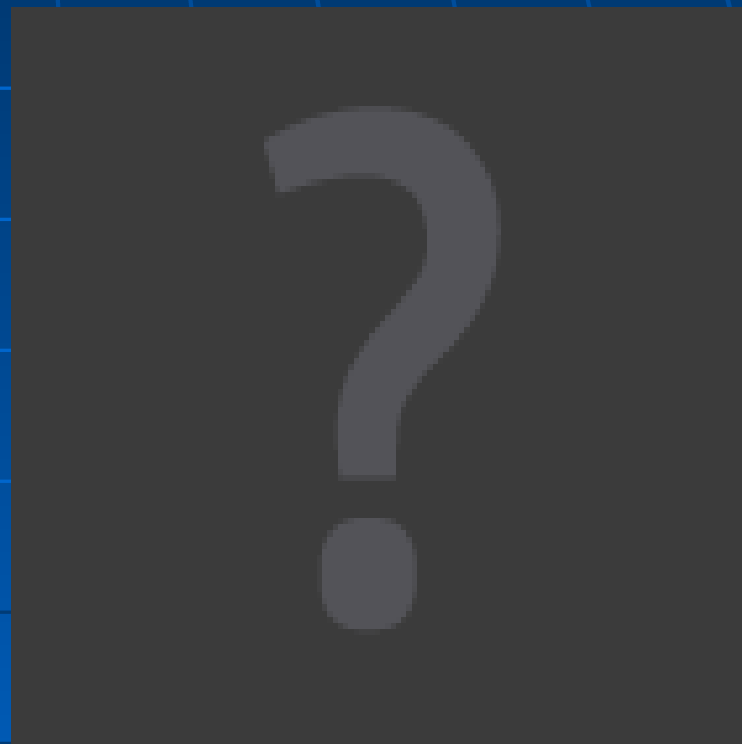
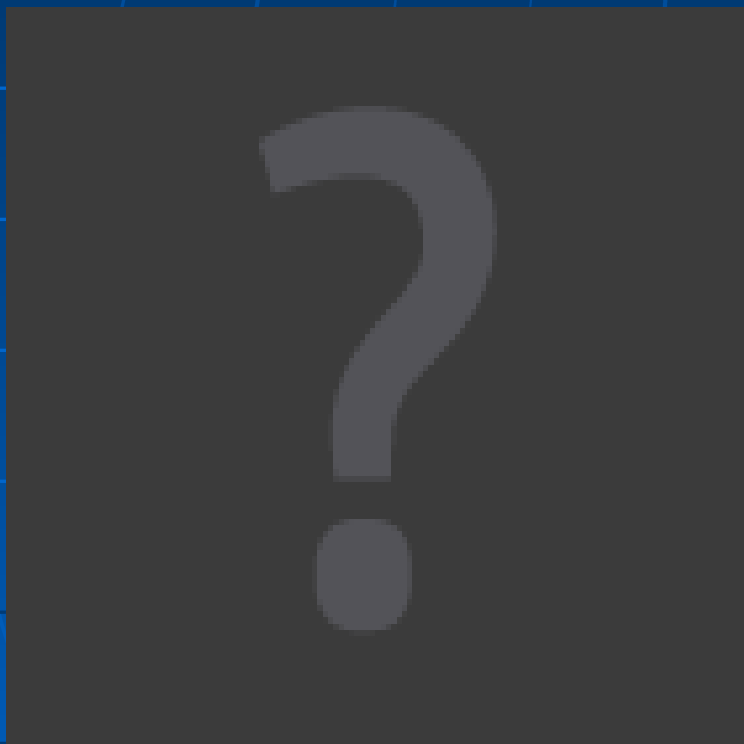
Решение

- Решение за TAVI -OFF label indication (малък брой публикувани случаи при водеща AoИ)
- Core-valve протеза- по-подходяща като конфигурация -саморазтваряща се, с по-широк проксимален пръстен, постепенно разгъване с възможност за репозициониране, липса на опасност от компроментиране на коронарните остии, възможност за допълнително укрепване на възходящата аорта в конкретния случай.
- Достъп – a. axillaris sinistra

CORE VALVE – 29 mm przez a. axillaris sin



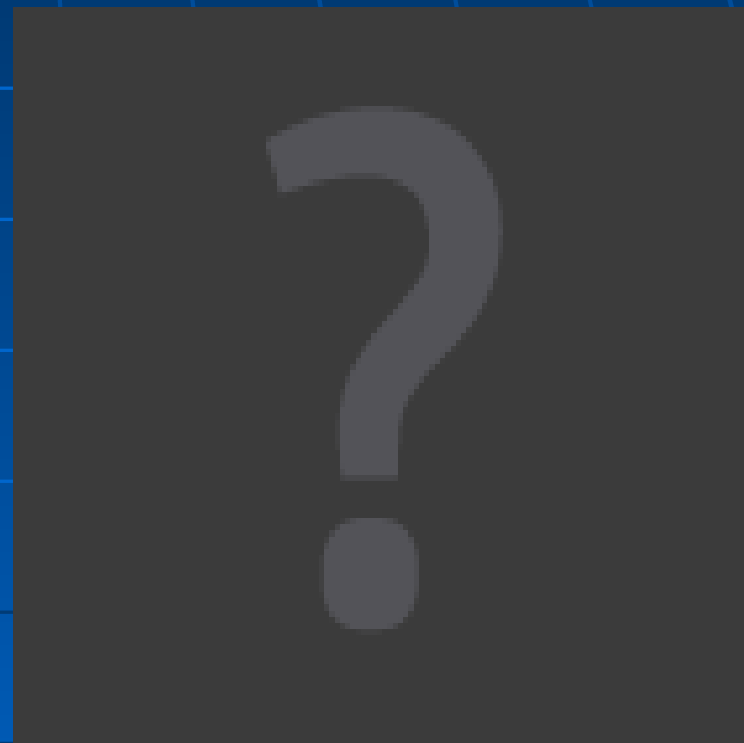
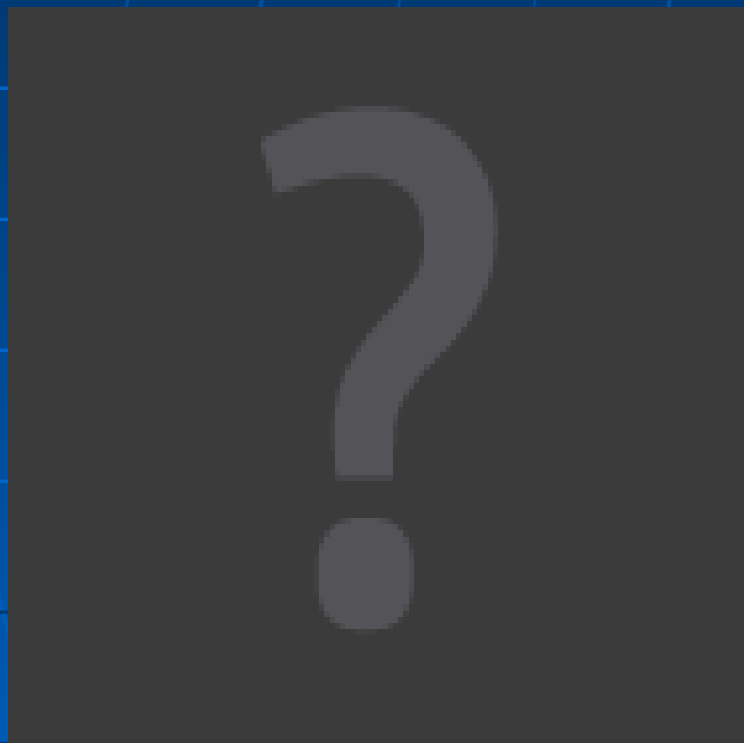
След позициониране и окончателно
освобождаване на протезата – пропадане в ЛК



Неколкократни опити за репозициониране чрез
издърпване с примка – без успех



Решение за имплантиране на втора клапа – valve in valve
с цел стабилизиране в областта на аортния анулус



Крайно освобождаване с успоредно издърпване с примка
– успешно



Постпроцедурен период

- Екстубация – на 2 час, СЧ – 80-90 уд/мин, АН – 140/80 мм.жив, добър газов анализ, ЦВН +7 см Н2О, часова диуреза 100-140 мл.
- ЕКГ – предс. мъждене, нормоаритмия (вр. РМ- stand- by до 24 час).
- Адекватна, без неврологична симптоматика.
- Нв 110 g/l, нормални ензими и азотни тела.
- Без съдови усложнения
- Мед. лечение – 300 мг Клопидогрел 24 часа преди процедурата, Зинацеф – 1.5 гр. 1 час преди процедурата, гастропротектор, АСЕ, нитрат, Фурантрил, Аспирин следпроцедурно.

Постпроцедурна ЕхоКГ



Постпроцедурна ЕхоКГ



Клиничен ход

- Пациентката е изведена от реанимация на втори ден.
- Дехоспитализирана на 7 ден, раздвижена, асимптоматична, афебрилна, на поддържаща терапия.
- Аспирин 100мг дн ,Плавикс 75 мг дн, Синтром по сх., Престариум 2.5 мг, Карведилол 2x 6.25 мг, Трифас 10 мг дн, Спиринолактон 50мг дн, Дигоксин 1 т дн, Метизол 1 т дн,

Благодарим за вниманието!