



18. symposium Pracovní skupiny chlopenní a vrozené srdeční vady v dospělosti

25.–26. února 2016, hotel Nové Adalbertinum, Hradec Králové

REOPERÁCIA AORTÁLNEJ NÁHRADY – BEZSTEHOVÉ AORTÁLNE BIOPROTÉZY – OPTIMÁLNA VOĽBA PRE NIEKTORÝCH PACIENTOV?

Čanádyová J, Mokráček A

Kardiochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s., České Budějovice

Úvod: Bezstehové aortálne bioprotézy sú novou generáciou bioprotéz konštruovaných pre liečbu aortálnej stenózy, insuficiencie s ohľadom na bezpečnosť, čo najlepšiu hemodynamiku a rýchlosť implantácie. Ich konštrukcia umožňuje implantáciu bez použitia stehov a tým skrátenie trvania mimotelového obehu i ischemickej zástavy pri zachovaní základných chirurgických požiadaviek vrátane odstránenia natívnej chlopne. V prednáške sa zameriavame na pacientov podstupujúcich reoperáciu z dôvodu degenerácie nahradenej aortálnej chlopne (homograft, stentless chlopne a biologická protéza).

Metodika a výsledky: Od septembra 2012 sme implantovali celkom 40 bezstehových bioprotéz Perceval S. U 8 pacientov (20 %) šlo o reoperáciu, 3x stav po náhrade koreňa aorty homograftom, 2x náhradu stentless chlopňou, 2x náhradu bioprotézou a u 1 pacienta šlo o reoperáciu po predchádzajúcej revaskularizačnej operácii myokardu. Čistá stenóza nahradenej chlopne bola prítomná u 3 pacientov (2x šlo o stenózu homograftu a 1x o iradiáciou akcelerovanú stenózu aortálnej bioprotézy Edwards Magna). Tri krát bola prítomná významná insuficiencia, z toho 1x paravalvulárna insuficiencia na aortálnej bioprotéze a 2x na stentless chlopniach bolo nálezom odtrhnutie jedného cípu a z toho vyplývajúca nedomykavosť. Celkom 2x bola prítomná kombinovaná vada. Priemerné EuroScore reoperovaných pacientov bolo 11,2 %. Priemerný vek bol 69 rokov. Medián trvania mimotelového obehu bol 83,5 min a ischemickej zástavy 40,5 min. Po operácii došlo k poklesu transvalvulárnych gradientov z mediánu predoperačného gradientu PG/MG 53/35 mm Hg na PG/MG 35/18 mm Hg. Medián follow up bol 9,06 mesiacov.

Záver: Bezstehové bioprotézy predstavujú novú možnosť liečby pacientov s aortálnou stenózou a nezvýšeným rizikom použitia mimotelového obehu. Poskytujú možnosť bezpečnej a technicky prístupnej operácie u špecifickej skupiny pacientov.

KRÁTKODOBÉ VÝSLEDKY IMPLANTACE MITRACLIPU

Januška J¹, Hudec M¹, Urban M¹, Bílka M¹, Škňouřil L², Dorda M², Gajdůšek L³, Holek B¹, Chovančík J¹, Branny M⁴

¹ Kardiocentrum Třinec, Nemocnice Podlesí, a. s., Třinec;

² Nemocnice Podlesí, a. s., Třinec;

³ Kardiocentrum, Nemocnice Podlesí, a. s., Třinec;

⁴ Kardiologie, Kardiocentrum Podlesí, a. s., Třinec

Pacienti neindikovaní ke kardiochirurgickému výkonu na mitrální chlopni mají možnost řešení pomocí katetrizační implantace MitraClipu.

Na našem pracovišti jsme během pěti let provedli implantaci MitraClipu u 93 pacientů průměrného věku 69,3 roku (30 žen, 63 mužů) ve třídě NYHA 3,2 s průměrnou EF 32,7 % a rozměr LK na konci diastoly byl 64,8 mm s logistickým EuroScore II 11,9 %. U jednoho pacienta se nepodařilo MitraClip implantovat. Žádný pacient nezemřel během výkonu. Tři pacienti zemřeli do jednoho měsíce po výkonu (3,2 %). Komplikací během výkonu byla jednou hemodynamická nestabilita, jednou plicní edém a jednou resuscitace v úvodu do anestezie. Krátkodobé výsledky implantace MitraClipu jsou slibné i u pacientů s vysokým EuroScore i s jinými závažnými přidruženými onemocněními.

VÝZNAM PODROBNÉHO KARDIOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ PŘED PLÁNOVANOU GRAVIDITOU U PACIENTEK S TURNEROVÝM SYNDROMEM

Klásková E¹, Tüdös Z², Zapletalová J¹

¹ Dětská klinika, LF UP a FN Olomouc;

² Radiologická klinika, LF UP a FN Olomouc

Autoři ve svém sdělení upozorňují na význam podrobného kardiologického vyšetření u patientek s Turnerovým syndromem (TS) před plánovanou graviditou a na nezbytnost následného kardiologického sledování během celého těhotenství.

Turnerův syndrom je asociován s vysokou prevalencí vrozených srdečních vad (koarktace aorty [CoA] a bikuspidální aortální chlopeč [BAV]), dilatace ascendentní aorty (AoDil), arteriální hypertenze a s předčasným rozvojem ischemické choroby srdeční. Postižení kardiovaskulárního systému vede ke zkrácení předpokládané délky života nejméně o 13 let.

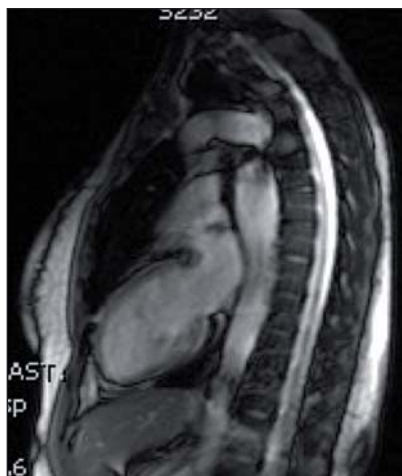
S rozvojem nových metod léčby sterility mají ženy s TS možnost otěhotnět prostřednictvím dárcovského oocytu. Nejméně 2 % těchto gravidit je komplikováno disekcí aorty, která zpravidla končí úmrtím těhotné ženy. Před plánovanou graviditou je nezbytné detekovat rizikové faktory pro disekci aorty, mezi něž patří BAV, CoA, AoDil a arteriální hypertenze. Tyto rizikové faktory jsou často klinicky němé a je nutné po nich cíleně pátrat.

Nezbytnou součástí kardiologického vyšetření u žen s TS je magnetická rezonance (MR) srdce a velkých cév.

Důvodem je, že až 40 % žen s TS není vyšetřitelných transthorakálním echokardiografickým vyšetřením v důsledku špatného akustického okna. Začlenění MR do vyšetřovacího algoritmu výrazně zvýšilo detekci zejména BAV a AoDil. Autoři předkládají kasuistiku ženy, u níž byla v rámci prekoncepčního kardiologického screeningu diagnostikována při MR vyšetření dosud nepoznaná CoA a BAV a u níž byla gravidita z tohoto důvodu kontraindikována (obr. 1).

Během těhotenství je kardiologické sledování zaměřeno na rozvoj těhotenské hypertenze a rozvoj AoDil.

Opomenutí prekoncepčního kardiologického screeningu a nedostatečné kardiologické sledování gravidních žen s TS vede k signifikantnímu zvýšení rizika fetomaternálních komplikací včetně mateřské úmrtnosti.



NEOBVYKLÉ MANIFESTACE MARFANOVA SYNDROMU – KASUISTIKY

Koc L¹, Zatočil T², Brychta T², Nečasová A², Špinar J¹

¹ IKK, FN Brno, Brno;

² Centrum komplexní péče o VSV v dospělosti, Interní kardiologická klinika FN Brno

Úvod: Marfanův syndrom je geneticky podmíněné onemocnění pojivové tkáně postihující různé orgánové systémy. Typickou manifestací v kardiovaskulárním systému je dilatace bulbu aorty. Pečlivou monitorací nemocných a včasnou náhradou postiženého aortálního úseku jsme schopni zabránit disekci a výrazně zlepšit prognózu nemocných, kteří se bez intervence dožívali v průměru 40 let. Vzhledem ke komplexnosti postižení cévní stěny se však onemocnění může manifestovat různě, což demonstrujeme na následujících kasuistikách.

Kasuistiky: Jednadvacetiletá pacientka s Marfanovým syndromem sledována v naší ambulanci (bulbus aorty 39 mm) byla na neurologii dovyšetřována pro diplopii a bolesti hlavy. Magnetickou rezonancí bylo zjištěno vakovité aneurysma (42 × 37 mm) arteria carotis interna. Byl proveden Matasův test (přechodná endovaskulární balonková okluze postižené a. carotis za současné monitorace neurologických funkcí) s neg-

ativním nálezem a následně ligace postižené karotidy s výborným výsledkem – pacientka je nyní bez neurologického deficitu.

Dvaadvacetiletá, dosud zdravá pacientka byla vyšetřena ve 38. týdnu těhotenství pro palpitace. Echokardiografie odhalila těžkou dilataci bulbu aorty s významnou aortální regurgitací a počínajícím selháním levé komory, bez známek aortální disekce. Těhotenství bylo ukončeno císařským řezem a následně byla provedena Davidova operace. V pooperačním průběhu se přechodná systolická dysfunkce levé komory postupně normalizovala a následně byl diagnostikován Marfanův syndrom.

U třiačtyřicetileté pacientky s Marfanovým syndromem bez dilatace bulbu aorty bylo zjištěno asymptomatické rozšíření abdominální aorty (max. rozměr 29 mm). Konzultace ohledně nejvhodnějšího řešení nyní probíhají.

Závěr: Pacienti se vzácným onemocněním by měli být sledováni ve specializovaném centru, které je schopné zachytit a správně léčit i méně obvyklé komplikace.

MORFOLOGIE A FUNKCE UNIKUSPIDÁLNÍ AORTÁLNÍ CHLOPNĚ

Kovalová S, Nečas J

Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie, FN u sv. Anny v Brně, Brno

Cíl: Morfologické a funkční hodnocení unikuspidální aortální chlopně (UA) pomocí 3D echokardiografie.

Soubor a metody: Soubor tvořilo 20 pacientů s UA (5 žen, průměrný věk 39,8 roku) indikovaných ke kardiochirurgickému zákroku na chlopni nebo ascendentní aortě. U všech bylo provedeno standardní transthorakální echokardiografické vyšetření a 3D transezofageální zobrazení chlopně metodou live a iCrop (hodnocení komisury a raphae), iSlice (hodnocení mechanismu regurgitace) a full volume s barevným mapováním toků. Měření anulu a kořene bylo provedeno v cílených 2D řezech.

Výsledky: Všechny chlopně byly unikuspidální unikomisurální. V 11 případech (čtyři ženy, věkový průměr 38,3 roku) bylo ústí i obě raphe symetrické (pravá UA), v 9 případech (jedna žena, věkový průměr 41,3 roku) byla chlopeň asymetrická, podobná bikuspidální (jedno raphe výrazně menší), kde byla častější (v 7 případech) pravo-levá (PL) konfigurace. Anulus byl dilatován v obou podskupinách, více u asymetrické chlopně, kde byla i dilatace aortálního kořene a ascendentní aorty. Indikací k operaci byla u symetrické chlopně významná stenóza v 73,7 % a regurgitace v 27,3 %, zatímco u asymetrické chlopně vedla k operaci dilatace ascendentní aorty v 55,5 %, regurgitace v 33,3 % a kombinovaná vada v 11,1 %. Mechanismem regurgitace byl prolaps – u asymetrické chlopně jedné části cípku, u symetrické chlopně prolabovaly obě části cípku.

Závěr: U unikuspidální unikomisurální chlopně lze identifikovat dva podtypy: symetrická (pravá UA) častěji způsobuje stenózu, méně často regurgitaci. Asymetrická UA (s významně častějším výskytem u mužů) se blíží morfolo- gii bikuspidální chlopni, důvodem k operaci je dilatace ascendentní aorty nebo regurgitace.



■ KOMPLEXNÍ ŘEŠENÍ PACIENTKY S HOKMP A SEKUNDÁRNĚ VZNIKLOU ZÁVAŽNOU MITRÁLNÍ REGURGITACÍ

Krausová D, Januška J, Hudec M, Dorda S, Branny M

Kardiocentrum Podlesí, a. s., Třinec

Sedmasátiiletá nemocná s hypertrofickou obstrukční kardiomyopatií a se závažnou klidovou obstrukcí byla odeslána na naše pracoviště. Dle echokardiografického vyšetření potvrzena HOKMP s klidovým gradientem 180 torrů, lehká mitrální regurgitace pod zadní cíp chlopně. U nemocné byla indikována a provedena perkutánní transluminální septální myokardiální ablace (PTSMA) 1. septální větve s poklesem klidového gradientu a s ústupem symptomů. Po výkonu sledována v ambulancím provozu, dle echokardiografické kontroly s lehkou pozátěžovou obstrukcí, přetrvávající lehká mitrální regurgitace. Přibližně čtyři roky od PTSMA nemocná bez potíží. Po čtyřech letech od PTSMA postupná progresivní dušnosti, stavy po opakovaných hospitalizacích pro globální kardiální dekompenzaci. Dle echokardiografického vyšetření diagnostikována závažná mitrální regurgitace podél předního cípu do baze levé síně s reverzním tokem v plicních žilách na podkladě ruptury subvalvulárního aparátu s prolapsem zadního cípu na P1, při kterém vzniká těžký dopředný pohyb předního cípu mitrální chlopně v systole (SAM) s obstrukcí výtokového traktu levé komory (LVOT) a klidovým gradientem 70 torrů. Současně diagnostikována středně těžká klidová plicní hypertenze, zachovaná systolická funkce obou srdečních komor. Klinicky třída NYHA III, kardiokirurgický výkon u ní nebyl indikován, ale implantace MitraClipu indikována byla. Od počátku nepředpokládáme úplné vymizení mitrální regurgitace vzhledem k vysoce excentrickému jetu jdoucímu až z přední komisury. První implantovaný MitraClip používáme k fixaci obou cípů k sobě na okraji prolapsu, druhý MitraClip již zachycuje prolabující část zadního cípu a zmenšuje regurgitaci na středně těžkou se středním gradientem na mitrální chlopní 5 torrů, plocha ústí mitrální chlopně (MVA) planimetricky 1,8 cm². Míží SAM předního cípu a dochází k poklesu systolického tlaku v plicnici (sPAP). Po výkonu regrese do třídy NYHA II, dle echokardiografického vyšetření správná pozice klipů, reziduální lehká mitrální regurgitace.

Závěr: Terapeutickým řešením sekundárně vzniklé závažné mitrální regurgitace u naší pacientky po v minulosti provedené PTSMA byla implantace dvou MitraClipů s reziduální lehkou mitrální regurgitací.

■ INFEKČNÍ ENDOKARDITIDA PO KATETRIZAČNÍ NÁHRADĚ AORTÁLNÍ CHLOPNĚ

Línková H, Pašková E, Petr R

III. interní – kardiologická klinika, 3. lékařská fakulta UK a FNKV, Praha

Průměrná incidence infekční endokarditidy po katetrizační náhradě aortální chlopně (TAVI) se v současnosti dle vel-

kých multicentrických studií z německých a italských registrů pohybuje okolo 1,1 %, stejně jako ve studii PARTNER, kde byla incidence taktéž okolo 1 %. Endokarditidy na katetrizačních náhradách aortální chlopně jsou dle kritérií VARC-2 definovány jako endokarditidy splňující tzv. modifikovaná Dukeho kritéria pro endokarditidu. Stanovení diagnózy infekční endokarditidy na TAVI však může být u starších nemocných obtížné pro ne zcela vyjádřené klinické příznaky a také pro obtížnější hodnocení echokardiografických parametrů na TAVI. Proto jsou i kritéria pro diagnózu infekční endokarditidy u této skupiny pacientů obtížněji aplikovatelná. Na podkladě dvou kasuistik rozvoje infekční endokarditidy po TAVI z našeho pracoviště jsou prezentovány nejčastější původci IE, možné lokalizace vegetací včetně „satelitní“ endokarditidy na mitrální chlopní, možnosti a využití diagnostických metod včetně zobrazovacích a současně možnosti léčby u specifických pacientů s již primárně vysokým operačním rizikem.

■ VÝZNAM A LIMITY HEMOKULTURY PRO DIAGNOSTIKU INFEKČNÍ ENDOKARDITIDY

Tejkalová R

Antibiotické středisko, Mikrobiologický ústav FN u sv. Anny v Brně, Brno

Infekční endokarditida je onemocnění, jež patří i v dnešní době mezi velmi závažné infekční stavy. Přes značné pokroky v diagnostice a terapii je mortalita této nemoci stále vysoká. Problémem je především její velká klinická i etiologická variabilita. Klinický obraz může být někdy tak necharakteristický, že se na tuto diagnózu v terénu prostě nepomyslí.

Diagnostika spočívá jednak v echokardiografickém vyšetření, jednak v mikrobiologickém průkazu etiologického agens pomocí hemokultivace. Ne vždy se ale podaří naplnit obě tato kritéria.

Pro průkaz etiologického agens má stěžejní význam správně provedené hemokultivační vyšetření. Pokud se totiž původce nepodaří z nějakého důvodu prokázat (předchozí antibiotická léčba, špatné či pomalu rostoucí mikroorganismy, nekultivovatelné mikroorganismy...), je lékař odkázán pouze na empirickou terapii, která má svoje limity. Neznáme-li etiologické agens, je obtížné zvolit správné antibiotikum, natož stanovit jeho citlivost pomocí minimální inhibiční koncentrace (MIC), a vše tak odhadujeme pouze orientačně. Ani dnes tolik využívané molekulární metody se pro přímý průkaz z krve příliš nedoporučují. Mohou ale výborně posloužit po kardiokirurgickém výkonu pro průkaz etiologického agens z vegetace, která kulturačně bývá už většinou negativní.

Přednáška obecně shrnuje správné postupy hemokultivačního vyšetření. Upozorňuje na nejčastější chyby jak při odběru krve pacienta, tak následné kultivaci a interpretaci výsledků v mikrobiologické laboratoři. Současně poukazuje na některá specifika hemokultivace při diagnostice infekční endokarditidy, jako je např. trvalá bakteriémie, která dovoluje odběr krve i bez přítomnosti teploty pacienta, a vlastně tak zvyšuje pravděpodobnost záchytu původce. Naopak správně provedené a opakovaně negativní hemokultivační vyšetření svědčí proti této diagnóze.

Pro stanovení etiologického agens infekční endokarditidy a pro její racionální terapii je těsná spolupráce mezi klinikem a mikrobiologem doslova klíčová.

■ PROTETICKÁ ENDOKARDITIDA KOMPLIKOVANÁ DEFEKTEM SEPTA KOMOR. NEVER ENDING STORY?

Zacharovský R¹, Fedorák V², Halushka B¹, Zacharovská M³, Svitek V¹

¹ Kardiochirurgické, SÚSCCH, Banská Bystrica, SR;

² Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny, SÚSCCH, Banská Bystrica, SR;

³ PETICT oddelenie, Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny, Banská Bystrica, SR

Zvolit správnou strategii léčby komorového defektu vzniklého v důsledku infekční endokarditidy je obtížné a prognóza pacienta je velice nejistá. Chceme prezentovat náš přístup k léčbě pacienta s pozdní protetikou endokarditidou na mechanické protéze v aortální pozici s destrukcí srdečního skeletu a se srdečním selháním. Pacient byl sedm let po náhradě aortální a mitrální chlopně pro infekční endokarditidu. Byla indikována reoperace, při které byla provedena renáhrada aortální protézy jinou mechanickou protézou. Pooperační průběh byl téměř bez komplikací. Týden po operaci došlo v důsledku progresu intrakardiální infekce ke vzniku defektu komorového septa s následnou progresí jeho velikosti. Pro známky kardiální insuficience byl opět reoperován, kdy byl defekt uzavřen dacronovou záplatou. Nejen pro nízký srdeční výdej po operaci, ale i z důvodu unloadingu komor v prevenci dehiscence záplaty byl pacient napojen na centrální venoarteriální extrakorporální membránovou oxygenaci (ECMO) v axilofemorální konfiguraci. Po úspěšném odpojení od podpory byl pacient po třech týdnech propuštěn do domácí péče. Podle kontrolního echokardiografického vyšetření však došlo k progresi paravalvárního leaku na aortální chlopně protéze. Pro progresi srdečního selhání je nyní zvažována reintervence – reoperace nebo perkutánní uzavěr leaku. Záplata defektu komor je bez známek dehiscence. I přes absenci laboratorních známek infekce PET CT vyšetření poukazuje na možnou aktivní infekci, a tak je úspěch další intervence diskutabilní.

■ NESPOLUPRACUJÍCÍ PACIENT S MÁLO VÝZNAMNÝM DEFEKTEM KOMOROVÉHO SEPTA

Zatočil T¹, Ondrášek J²

¹ Ambulance vrozených srdečních vad v dospělosti, Interní kardiologická klinika FN Brno;

² Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie, Brno

Úvod: Restriktivní defekt komorového septa (VSD) je vrozená srdeční vada obvykle s velmi dobrou dlouhodobou prognózou. Nicméně díky vysokorychlostní trysce zkr-

tového toku dochází k mikrotraumatům endotelu, kvůli nimž je celoživotně zvýšená incidence infekční endokarditidy (IE).

Kasuistika: Jednačtyřicetiletý muž s restriktivním perimembranózním VSD, dispenzarizovaný v poradně, poučen o prevenci IE. Přichází neplánovaně pro dušnost, subfeбриlie a opakované bronchopneumonie během posledního půl roku. Na možnost IE nepomyslel ani on sám, ani lékaři! Zjištěna subakutní IE na VSD a trikuspidální chlopní s těžkou insuficiencí, srdečním selháním. Po antibiotické stabilizaci operace – náhrada chlopně, uzavěr defektu. Rozvoj hospitalismu, nuceně převod na p.o. antibiotika a ambulantní sledování. Recidiva IE – paravalvární leak na chlopně náhradě, vegetace na pulmonální chlopní. Rehospitalizaci a reoperaci nakonec odmítá, ztracen ze sledování, třída NYHA IV. Nicméně po roce náhodně potkán mimo nemocnici, kontrolu však odmítá.

Závěr: IE u restriktivního VSD představuje reálné riziko a tradičně je považována za onemocnění, které bez adekvátní léčby vede k úmrtí. Zcela nezbytná je informovanost pacienta o IE a jeho spolupráce. Obojí je předpokladem lepší prevence a včasného zachytu, a tedy i dobrého výsledku léčby.

■ INFEKČNÍ ENDOKARDITIDA TRIKUSPIDÁLNÍ CHLOPNĚ U MLADÉHO NARKOMANA – DILEMATA

Zeman K, Gistinger T, Kološová R, Mrózek V, Pavlas I, Talafa V, Papugová K, Pohludková L, Tropp M

Interní oddělení, Nemocnice Frýdek-Místek

Kasuistika: Šestadvacetiletý muž s anamnézou léčby závislosti pro abúzus pervitinu v PL byl přijat 7. 7. 2011 na internu pod obrazem sepse. Zjištěna IE trikuspidální chlopně a *Staphylococcus aureus* v hemokulturách. Pacient zaléčen i.v. antibiotiky dle doporučení a konzultace v kardiocentru – konzervativní postup. Po přechodném zlepšení dochází k deterioraci stavu a multiorgánovému selhání s nutností umělé plicní ventilace (UPV). Stav se daří zvládnout, dle echokardiografického vyšetření došlo k destrukci trikuspidální chlopně s těžkou trikuspidální regurgitací, bez známek pravostranného selhání – doporučen konzervativní postup.

Po propuštění do domácí péče se za tři týdny opět vrací pod obrazem sepse na naši JIP. Po zaléčení přeložen do Kardiocentra Třinec Podlesí, kde provedena náhrada trikuspidální chlopně bioprotézou 27. 10. 2011. Stav se normalizuje a po rehabilitační fázi byl propuštěn domů.

V prosinci 2011 byl hospitalizován pro hematemézu s UPV pro aspirační bronchopneumonii při hemoragické gastropatii na warfarinizaci. Přeléčen, vysazena antikoagulace, pacient propuštěn ve stabilizovaném stavu.

V lednu však opět rehospitalizace pro septický stav při recidivě endokarditidy bioprotézy v trikuspidální pozici, přiznává pokračující abúzus pervitinu – konzervativní postup. Přes dlouhodobou ATB terapii progreduje septický stav a po opakovaných konzultacích překlad do FN v Motole, kde 25. 4. 2012 renáhrada trikuspidální chlopně bioprotézou a implantace VVI KS pro iatrogenní AV blokádu III. stupně. Následně opět stabilizovaný stav a dimise.



Snaha o řešení závislosti a rodinné situace se sociálními pracovníky a psychiatry, nepravidelné kontroly v kardiologické ambulanci.

Přes všechnu snahu nalezen 30. 7. 2013 doma mrtvý, při ohledání konstatován pokračující abúzus drog, zdravotní pitva neindikována.

Závěr: Veškeré úsilí vynaložené na záchranu tohoto pacienta vyšlo v tomto případě vniveč. Je otázkou, zdali bychom v obdobném případě postupovali v současnosti stejně.

■ OPERACE A REOPERACE VROZENÝCH SRDEČNÍCH VAD – DESETELETÝ SOUBOR

Žáková D, Šreflová R, Ošmerová M, Ondrášek J, Černý J, Němec P

Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie, Brno

Úvod: Nemocní s vrozenými srdečními vadami v dospělosti (VSV) představují početně narůstající skupinu pacientů, kteří vyžadují v dospělém věku operační řešení. S primoperacemi se setkáváme jak u pacientů, kterým byla VSV diagnostikována v dětství, tak u nemocných s primozáchytem VSV v dospělém věku. Druhou velkou skupinu tvoří pacienti s indikací k reoperaci či transplantaci srdce

pro reziduální nálezy či komplikace po operaci VSV provedené v dětském věku.

Soubor a metodika: Práce přináší přehled provedených operací a reoperací pro vrozené srdeční vady v dospělosti od 1/2006 do 11/2015.

Výsledky: Ve sledovaném období od 1/2006 do 11/2015 bylo provedeno celkem 280 operací pro vrozenou srdeční vadu v juvenilním a dospělém věku u 273 pacientů (138 žen a 135 mužů). Medián věku byl 37 let (13–77 let). Primoperaci podstoupilo 142 nemocných (50,7 %), 80 žen a 62 mužů – medián věku 51 let (13–77 let). Nejčastějším operačním výkonem byl uzávěr defektu síňového septa typu secundum (65,3 %) s převažujícím počtem kombinovaných výkonů (redirekce anomálního návratu plicních žil, plastika či náhrada chlopní, revaskularizace myokardu apod.). Časně po operaci nezemřel žádný pacient. Reoperací bylo provedeno celkem 138 (49,3 %) u 131 pacientů (75 mužů a 56 žen, medián věku 31 let [13–75 let]). Nejpočetnější skupinu reoperovaných tvoří pacienti po radikální korekci Fallotovy tetralogie (51 operací u 49 pacientů) a pacienti po operaci koarktace aorty (30). Časná mortalita reoperovaných pacientů dosahovala 2,2 %.

Závěr: Operace u vrozených srdečních vad v dospělosti jsou na pracovišti s dostatkem zkušeností zatíženy nízkým rizikem. Vzhledem k riziku pozdních reziduálních nálezů a komplikací s pravděpodobností reoperace vyžadují nemocní s VSV v dospělosti pravidelné sledování ve specializovaném centru.