

Katetrizační uzávěr muskulárního defektu komorového septa

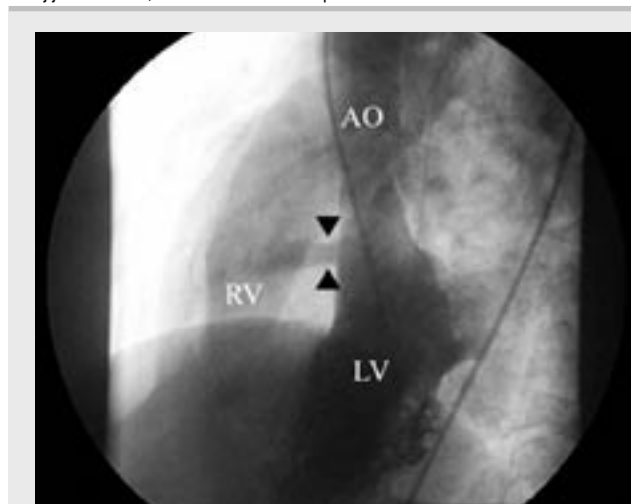
Petr Tax, Oleg Reich, Jan Marek, Jan Škovránek, Václav Chaloupecký, Bohumil Hučín

Dětské kardiocentrum, Fakultní nemocnice Motol, Praha

Interv Akut Kardiol 2003;2:150–151

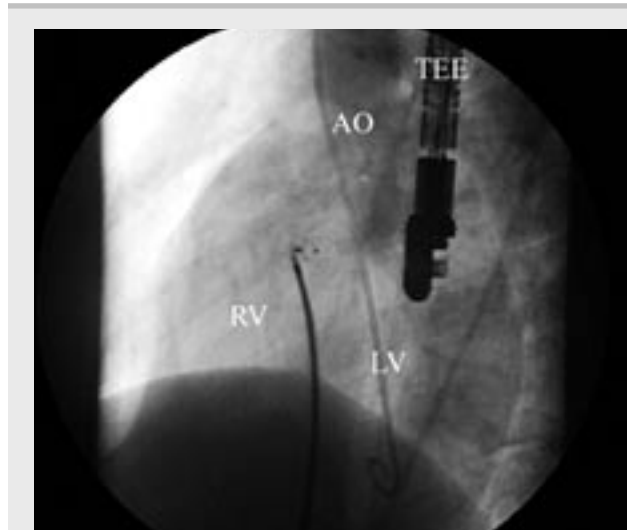
V roce 2002 jsme uzavřeli katetrizační technikou defekt komorového septa Amplatzovým okluderem pro uzávěr muskulárního defektu komorového septa (obrázek 4).

Obrázek 1. Levostranná ventrikulografie ve čtyřřutinové projekci; muskulární defekt komorového septa 9×6,3 mm. Je označen tmavými šipkami; jeho horní okraj je vzdálen 6,6 mm od aortální chlopně

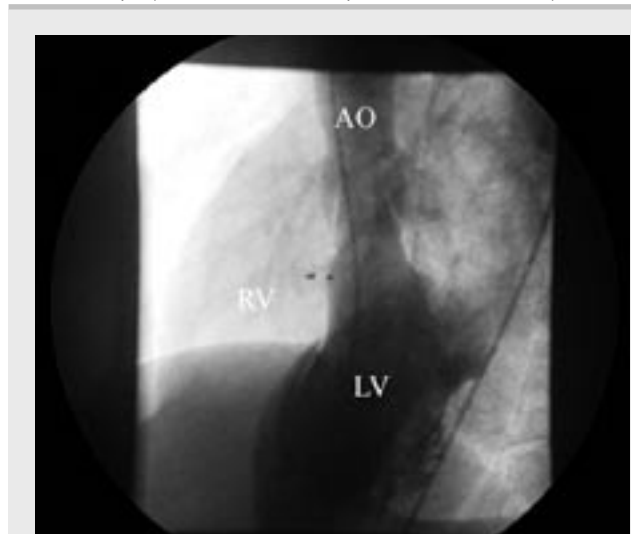


Výkon jsme provedli u sedmnáctiletého chlapce s infundibulárním defektem komorového septa, kompletním blokem pravého raménka a PR intervalem 0,18 sec. Defekt komorové-

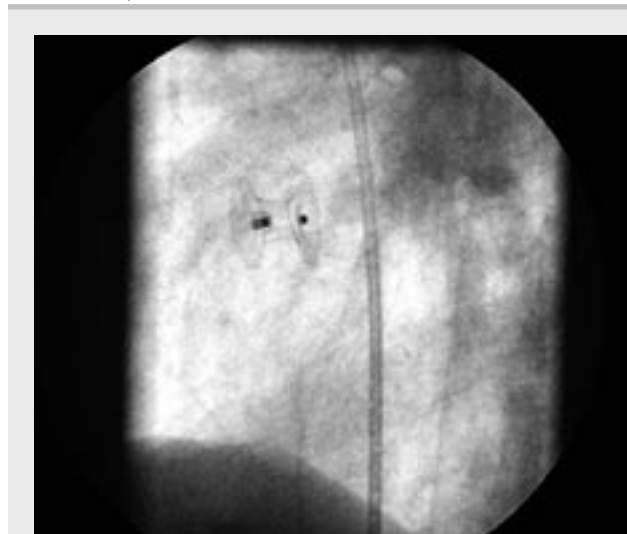
Obrázek 2. Amplatzův okluder je právě za skiaskopické a echokardiografické (TEE – jícnová echokardiografická sonda) kontroly odpoután



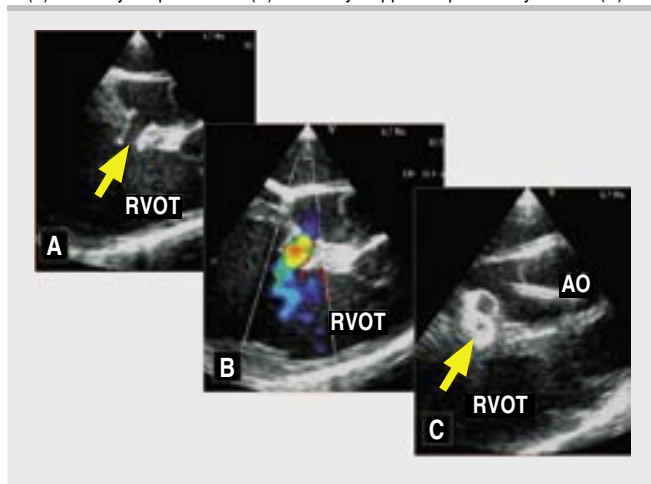
Obrázek 3. Kompletní uzávěr defektu komorového septa; okluder není v kontaktu s aortální chlopní (LV – levá komora, RV – pravá komora, AO – aorta)



Obrázek 4. Detail implantovaného Amplatzova okluderu pro muskulární defekt komorového septa



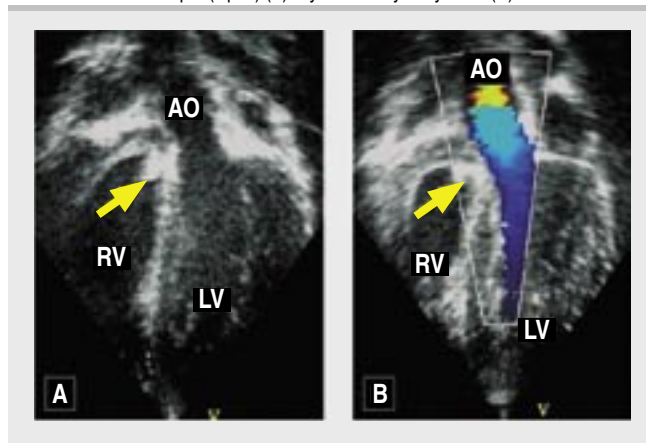
Obrázek 5. Transezofageální echokardiografický obraz defektu komorového septa (A). Zkratový tok přes defekt (B) – barevný Doppler. Implantovaný okluder (C)



ho septa byl oválný s průměrem $9 \times 6,3$ mm (obrázek 1). Pruh myokardu odděloval horní okraj defektu od spodního okraje aortální chlopně. Tato vzdálenost činila 6,6 mm. Při srdeční katetrizaci jsme zjistili levo-pravý zkrat 58 % plicního průtoku a hraniční střední tlak v plicnici 19 torr.

Srdečním katétreem zavedeným přes pravou femorální žílu jsme pronikli komorovým defektem z pravé do levé komory a odtud až do břišní aorty. Přes 260 cm dlouhý vodič jsme pak zavedli do ascendentní aorty zaváděcí systém Amplatzova okluderu o vnitřním průměru 7F. Pro uzávěr jsme zvolili Amplatzův okluder určený pro uzávěr muskulárního defektu komorového septa s průměrem „pasu“ 8 mm (obrázek 4). K zavedení okluderu jsme užili „Mašurův manévr“, při kterém jsme levokomorový disk částečně otevřeli již v ascendentní aortě. S „bublinkou“ levokomorového disku na konci zaváděče jsme systém opatrně vtáhli do výtokového traktu levé komory, kde jsme za skiaskopické a transezofageální echokardiografické kontroly levokomorový disk plně otevřeli a s částečně ote-

Obrázek 6. Transthorakální echokardiografický pohled na katetrizačně uzavřený defekt komorového septa (šipka) (A). Vyloučen zbytkový zkrat (B)



vřeným pasem jsme vtáhli okluder do defektu a konečně jsme rozevřeli pravokomorový disk. Po echokardiografické a angiokardiografické kontrole jsme okluder odpoutali (obrázek 2). Při následné angiokardiografii zkrat zcela vymizel (obrázek 3). Vrchol levokomorového disku okluderu nebyl v kontaktu s aortální chlopní. Rok po výkonu zůstala aortální chlopeň zcela kompetentní. Trikuspidální regurgitace byla 1. stupně. Na EKG přetrvává sinusový rytmus, PR interval 0,18 sec a blok pravého raménka. Při poklesu sinusové frekvence se objevuje junkční rytmus s blokem pravého raménka. Chlapec je nyní jeden rok po uzávěru v pořádku, sportuje a cítí se zcela zdrav.

*MUDr. Petr Tax
Dětské kardiocentrum, FN Motol
V úvalu 84, 150 18 Praha 5
e-mail: petr.tax@lfmotol.cuni.cz*

*Článek přijat redakcí: 6. 6. 2003
Článek přijat k publikaci: 6. 6. 2003*