



Dušnost u 46-letého muže aneb “Jak prosté, drahý Watsone”

Jiří Plášek, Kardiovaskulární oddělení, FN Ostrava a
Lékařská fakulta Ostravské Univerzity



KARDIO35

Kardiomyopatie, Praha, listopad 2012

Ouvertura

*Máme tu zapeklitý případ muže
ve středních letech, s
dušností trvající cca 6
měsíců.*

A fakta?

*Mírná dušnost, občas tíže na hrudi,
jinak o něm zatím moc nevíme.*



**Drahý Watsone, to je bramboračka, začněte pěkně
popořádku**

Anamnéza

- ❖ 46-letý muž
- ❖ Bez léčených onemocnění
- ❖ FA: 0
- ❖ AA: 0
- ❖ Nevýznamná rodinná anamnéza
- ❖ řezník
- ❖ 6M restrosternální bolestivost/mírná dyspnoea, spíše ponámahová, NYHA II

Fyzikální vyš.: jemné inspir.chrůpky (bazální plicní pole bilat.),jinak normalní nález

TK:120/75mmHg, tf 90/min



Paraklinické nálezy

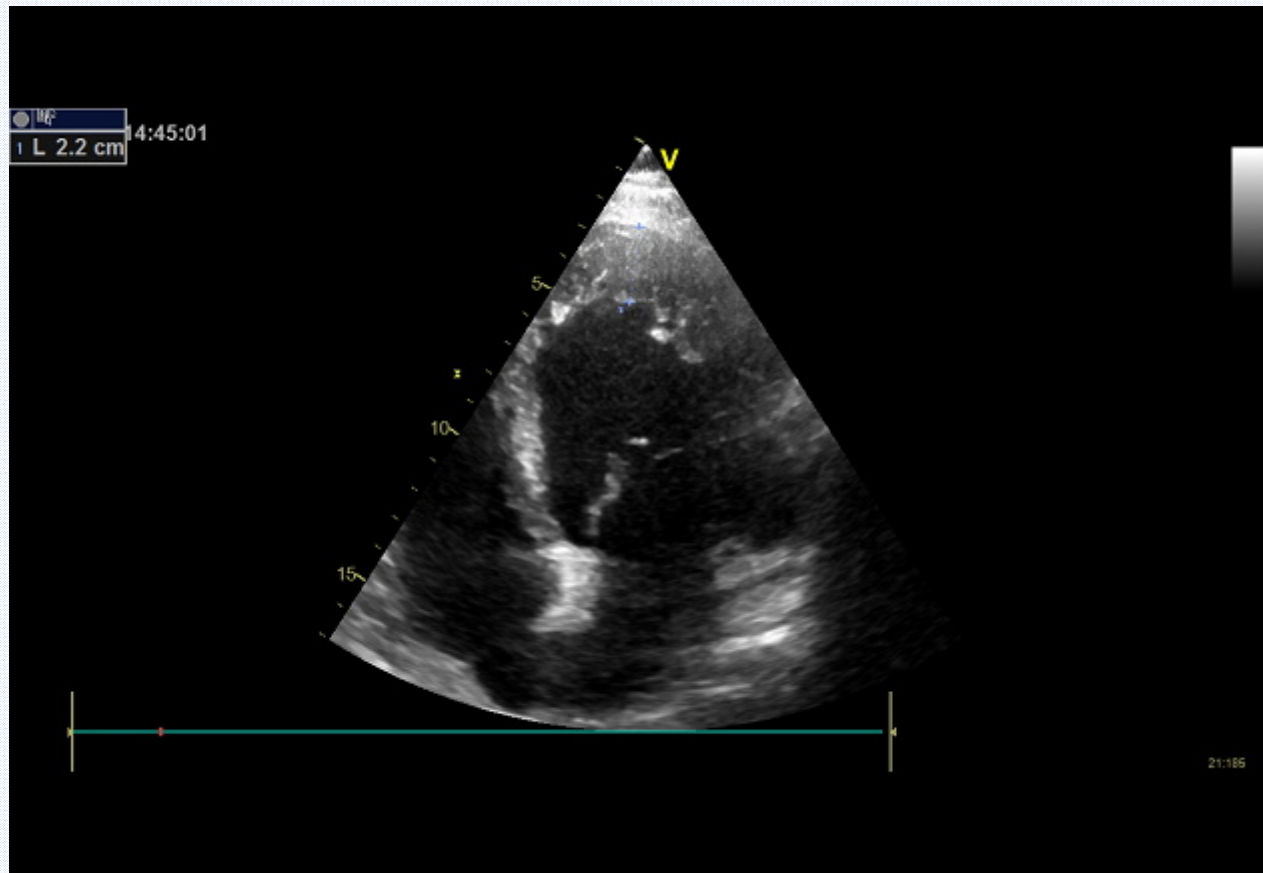
❖ Lab.: NT-pro-BNP 1521 ng/ml



❖ SKG: zcela bez AS postižení

ECHO

GE,
Vivid 9



❖ EF LK 45%, LVIDd 50, bez významnějších
chlopenních vad, diastolická dysfunkce, LVOT gr:5/3mmHg

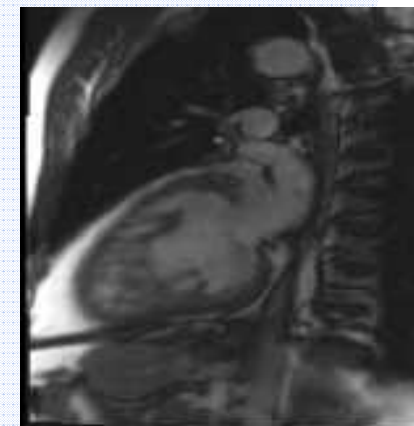
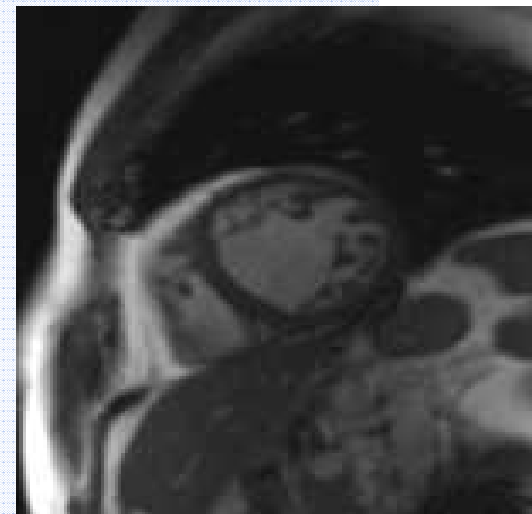
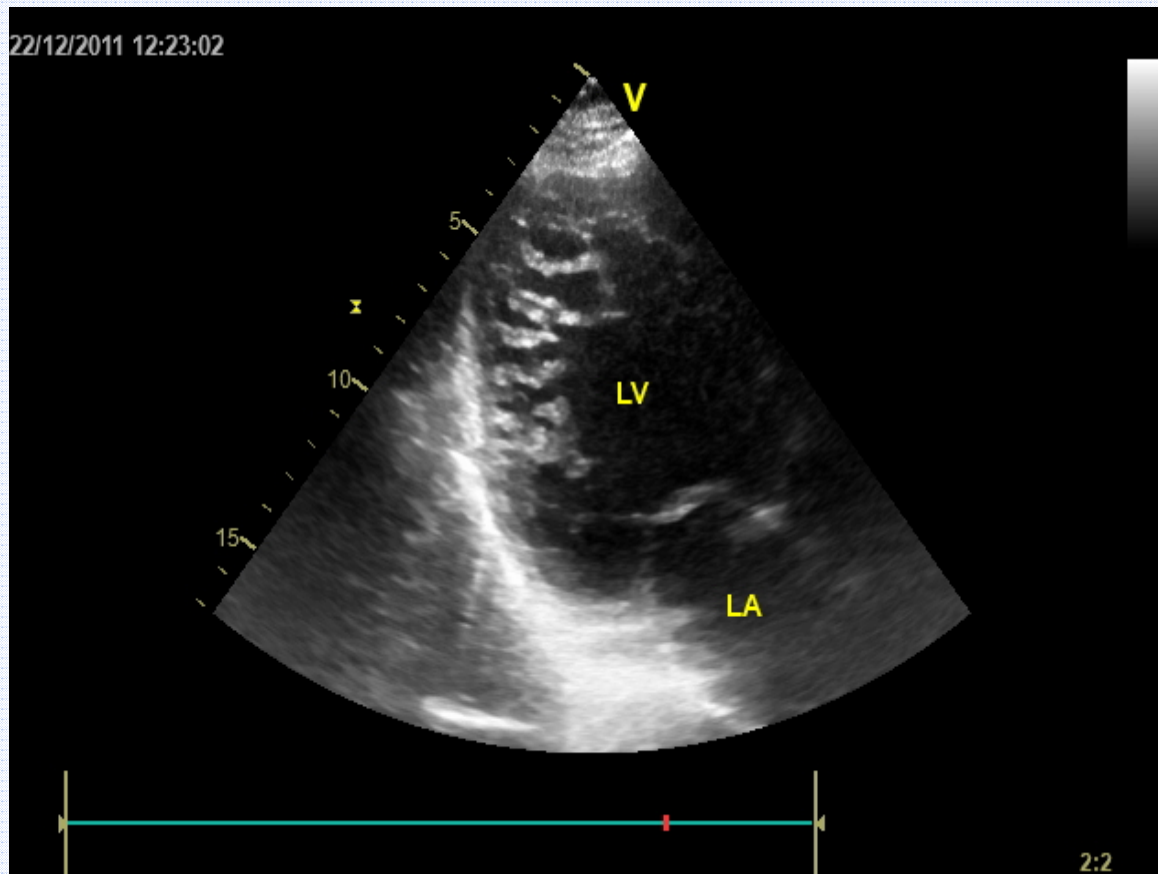
Jedná se nejpravděpodobněji o?

- A. Tako-tsubo kardiomyopatii
- B. Hypertrofickou kardiomyopatii bez obstrukce LVOT
- C. Non-kompaktní kardiomyopatii
- D. Dilatační kardiomyopatii

ECHO+MRI



UNIVERSITAS
OSTRAVIENSIS
Facultas Medicinae



Jedná se nejpravděpodobněji o?

- A. Tako-tsubo kardiomyopatii
- B. Hypertrofickou kardiomyopatii bez obstrukce LVOT
- C. Non-kompaktní kardiomyopatii (IVNC)
- D. Dilatační kardiomyopatii

Dg.kritéria non-kompaktní kardiomyopatie?

- A. Poměr šíře nekompaktní a kompaktní stěny na konci systoly <3 , počet prominujících trabekul >2
- B. Poměr šíře nekompaktní a kompaktní stěny na konci systoly >2 , počet prominujících trabekul >3
- C. MRI: poměr nekompaktní a kompaktní vrstvy na konci systoly $<2,3$
- D. MRI: poměr nekompaktní a kompaktní vrstvy na konci diastoly $>2,3$

Další postup u našeho pacienta?

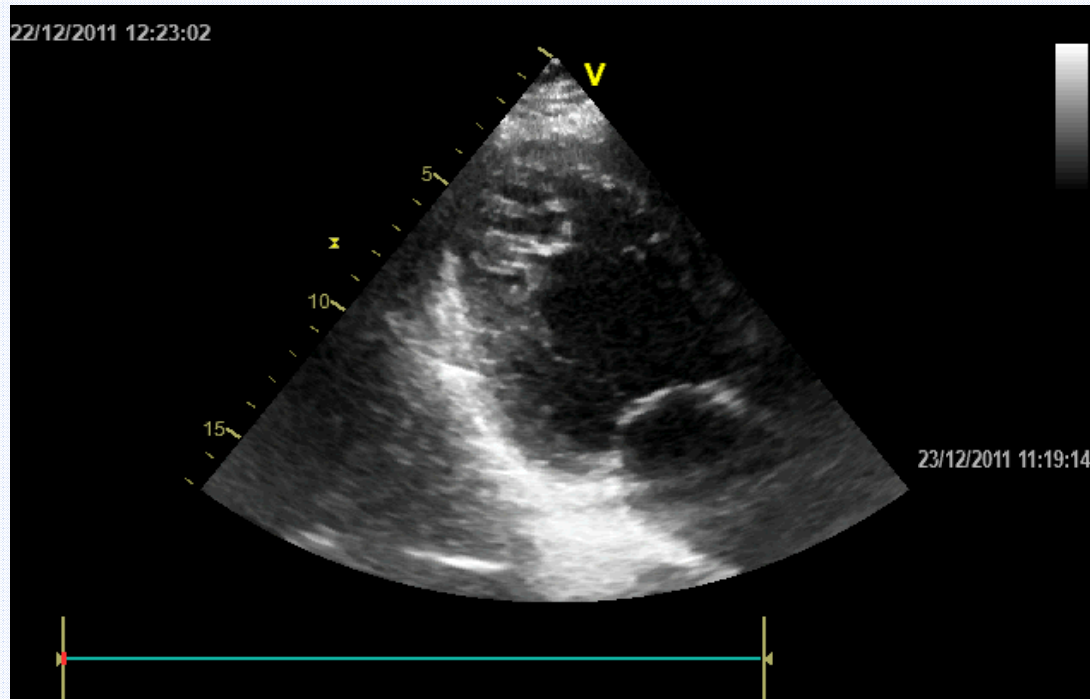
- A. BB,ACEi,diuretika při dušnosti,antikoagulace
- B. BB,ACEi,diuretika při dušnosti
- C. BB,ACEi, diuretika při dušnosti, antikoagulace, ICD
- D. BB,ACEi, ASA,diuretika při dušnosti,ICD

Za další 4 týdny...

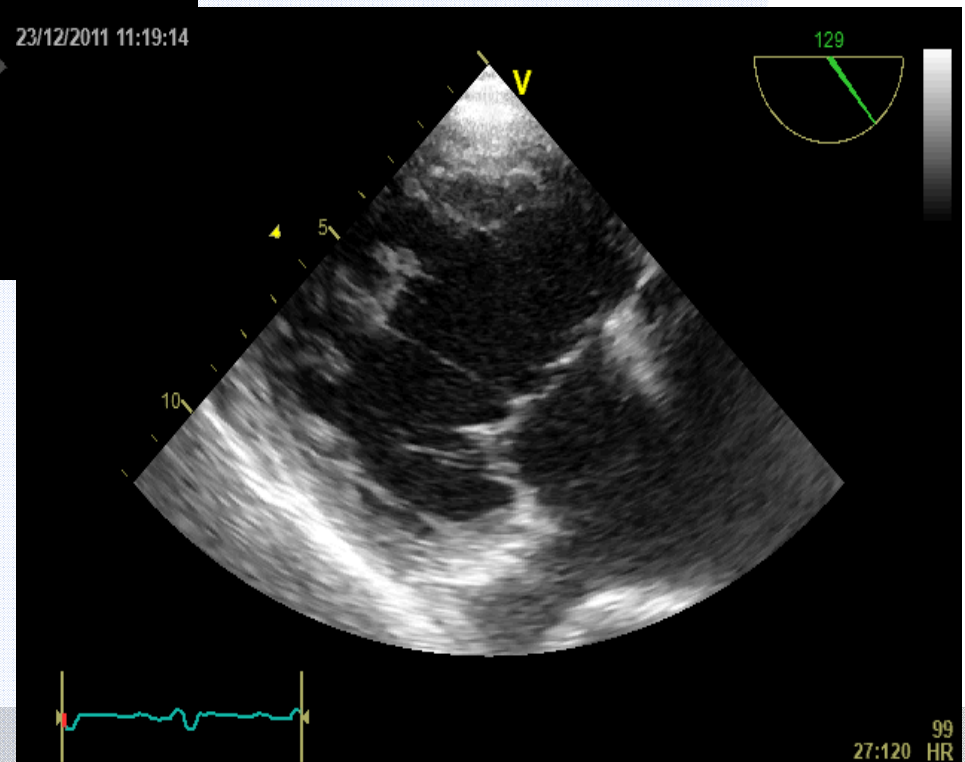
- ❖ Synkopa, KPCR pro FiK ,NYHA III, přechodně i potřeba UPV, EF LK 25%
- ❖ Implantován BiV ICD+ komplexní léčba srdečního selhání (ACEi,BB,diuretika), antikoagulace VKA



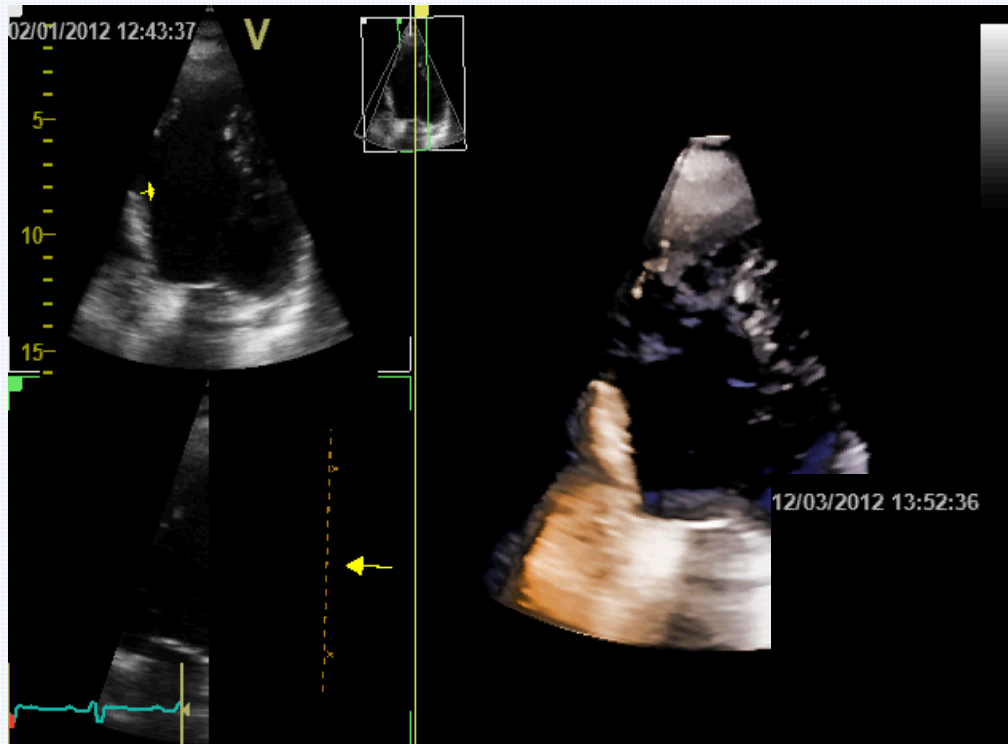
ECHO



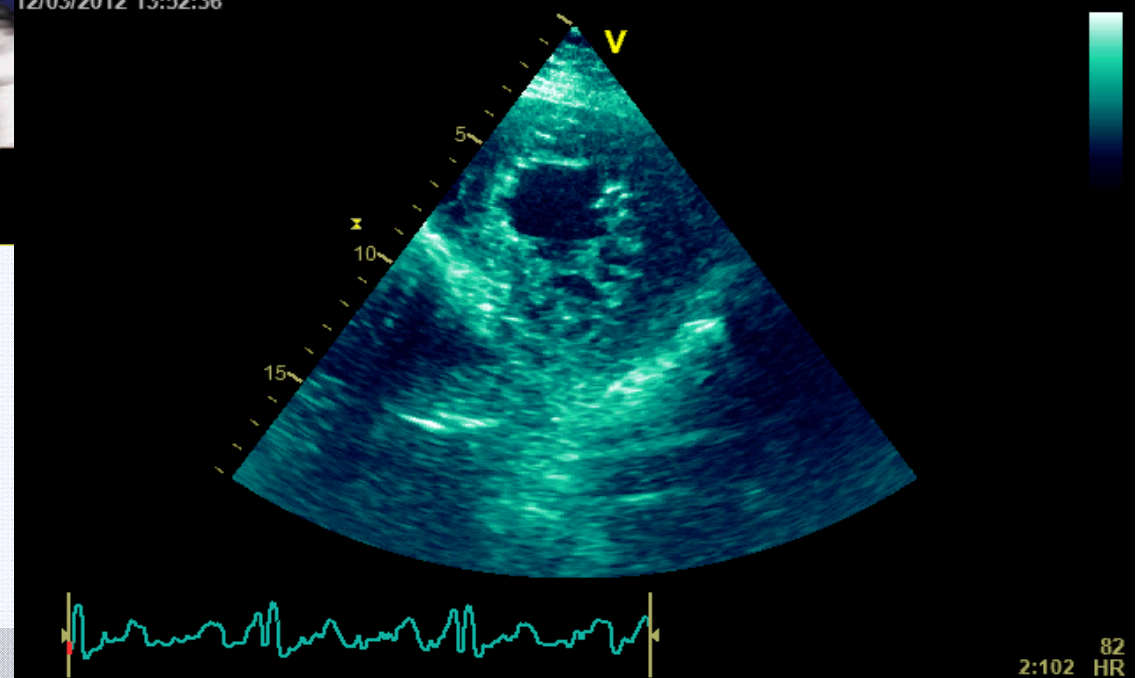
23/12/2011 11:19:14



3D ECHO



12/03/2012 13:52:36

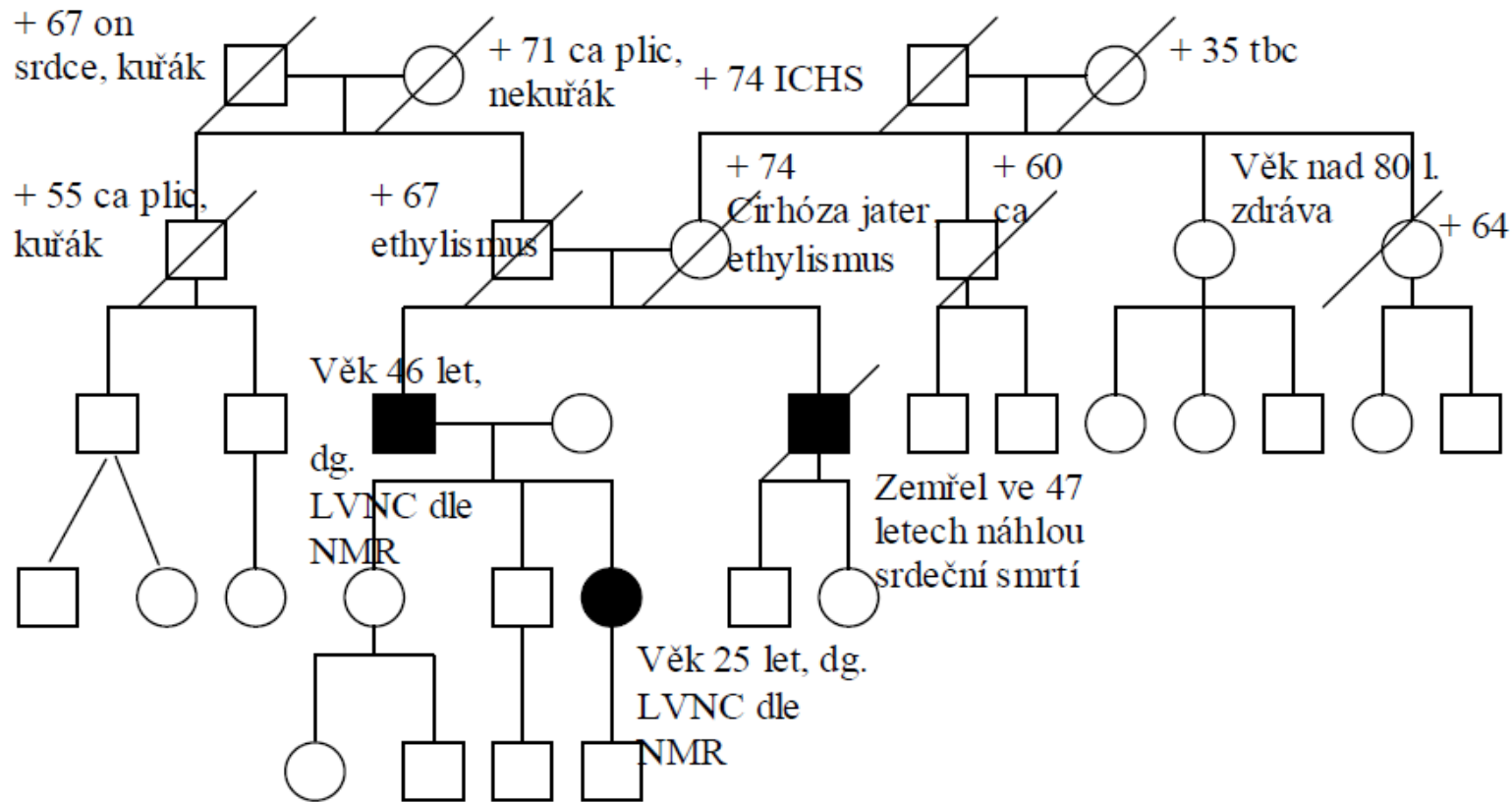


82
2:102 HR

Genetika IVNC?

- A. jasná monogenní dědičnost - AR (těžký řetězec β -myosinu)
- B. Jasná pouze některým (prof. Veselka, Dr. Tomašov)
- C. jasná monogenní d. (gonosomálně recesivní) s neúplnou penetrancí
- D. Nejasná, polygenní (sarkomerické proteiny, lamin A/C, tafazzin)

Genealogický strom



*2011

Prenatálně (34.t.těh.) zjištěna tachykardie plodu, AS 230/min, medikace Sotahexal, 4 dny po porodu tachykardie, nasazen Sotahexal, trvale, nyní v pořádku

Non-kompaktní kardiomyopatie

- ❖ dříve spongioformní
- ❖ Perzistentní embryonální myokardiální morfologie
- ❖ Hluboké recesy komunikující s dutinou LK
- ❖ Pacienti buď asymptomatictí či s projevy srdečního selhávání, NSS
- ❖ Prevalence 0.05%¹
- ❖ 5-letá Mortalita 35% (50% NSS)²
- ❖ Srdeční selhání 53%, Tx Srdce 12%²
- ❖ Komorová tachykardie 41%²
- ❖ Kardioembolické příhody 24%²



1. Chin TK et al. Circulation. 1990;82(2):507-513.
2. Oechslin EN et al. J Am Coll Cardiol. 2000;36(2):493-500.

Děkuji za pozornost...



Elementary, my dear Watson, isn't it?

