

gledom srca nađen je ASD, na desnom koronarnom velumu AV manja organizovana vegetacija, na nekoronarnom velumu traka mobilna organizovana vegetacija 12x3mm uz aortnu regurgitaciju 2+. Na TV su videne velike mekane mobilne vegetacije, na anterolateralnom i inferiornom listiću, najveća na anterolateralnom listiću dimenzije 22x13mm uz istovremenu perforaciju listića sa 3+ tricuspidnom regurgitacijom. Na PV videne su mekane vegetacije, na dva veluma, najveća 18x14mm. Hemokulturom je izolovan *Streptococcus mutens* i na osnovu antibiograma ordinirana je terapija. S obzirom na sugestivnu embolijsku komplikaciju, visok tromboembolijski potencijal viđenih vegetacija kao i perzistentnu febrilnost urađen je MSCT koronarnih arterija kojim su isključene hemodinamski značajne lezije. Na operaciji je urađena plastika sve tri valvule kao i sutura registrovanog ASD. Nakon intervencije pacijent je postao eufebilan, bez tegoba, a na UZ pregledu je nađena zadovoljavajuća funkcija rekonstruisanog valvularnog aparta.

Mortalitet pacijenata sa multivalvularnim IE je veći nego kod onih sa IE jedne valvule. Za pacijente sa multivalvularnim IE je karakteristična češća pojava srčane insuficijencije i tromboembolijskih komplikacija, a lečenje je hirurško pri čemu se danas prednost daje rekonstruktivnoj hirurgiji koja je dovela do zadovoljavajućeg ishoda i kod prikazanog pacijenta.

272 Komplikacija teškog stepena mitralne stenozе-prikaz slučaja

Krljanac G., Trifunović D., Ašanin M., Matović D., Putnik S., Mrdović I., Kastel B.

Urgentna kardiologija, Klinika za kardiologiju, Klinički centar Srbije, Medicinski fakultet

Uvod: Mitralna stenozа, kao jedna od najčešćih dogoročnih komplikacija reumatske groznice može dovesti do uvećanja leve prektomore (LP), a samim tim i povećanog rizika za nastanak tromba u njoj. Tromb u LP se javlja u 26-33% bolesnika sa teškim stepenom mitralne stenozе.

Prikaz slučaja: Bolesnica, stara 61 godinu, primljena je u Koronarnu jedinicu Klinike za kardiologiju KCS zbog ehokardiografski vidjene trombne mase u LP na redovnoj ehokardiografskoj kontroli. Uvidom u raniju medicinsku dokumentaciju unazad 25 godina zna za mitralnu stenozу. Odbila je indikovanu hiruršku zamenu mitralne valvule. U ličnoj anamnezi registrovan povremeni osećaj gušenja sa edemima na podkolenicama, bez anginoznih tegoba. Negira stalnu fibrilaciju pretkomora. Pre 24 godine imala tranzitorni ishemijski atak. Na terapiji: Aspirin (100mg), ACE inhibitor, beta blokator, statin. Osam godina se leći od sarkoidoze pluća, na terapiji Pronizonom. Pri prijemu u koronarnu jedinicu se nalazi aritmična srčana akcija po tipu absolute, jasni tonovi, sistolni šum sa punctum maximum na vrhu, jačine 5/6, ehokardiografski atrijalna fibrilacija sa prosečnom fr komora 100/min, negativan T talas D1, aVI, ST depresija do 1 mm od V3-V6. Na urađenom ehokardiografskom pregledu pri prijemu je vidjena troisna aortna valvula, blago zadebljanih fibroziranih listića (naročito komisure između nekoronarnog i levog koronarnog veluma), očuvane sistolne separacije sa aortnom regurgitacijom 1-2+, neznačajnog gradijenta protoka preko aortne valvule. Leva komora (LK) je bila normalnih dimenzija i debljine zidova, očuvane sistolne funkcije, bez segmentnih ispada kinetike. Nađena je LP uvećanog volumena 114ml. Mitralni listići su bili zadebljani, fibrozirani, zadnji restriktivnog pokreta, a prednji sa domingom, maksimalni gradijent preko mitralne valvule je bio 26mmHg, srednjeg gradijenta 11mmHg, a area mitralne valvule 0.96cm². U LP je vidjena velika stabodna, fiksirajuća, okrugla, ređnjevita masa 5.2x2.4cm uz utisak da je uskom osnovom vezana za lateralni zid LP i izlazi iz aurikule LP, najviše je odgovarala trombu. Trikuspidna valvula nije bila morfološki izmenjena, vidjena umerena TR, SPDK 50mmHg, „delta“ oblik LK, dilatirana plućna arterija do 3.7cm, vena cava inferior

širine 2.1 cm, kolabirala u inspirijumu, RAP do 10mmHg. Posle urađene katetrizacije i urednog koronarografskog nalaza, urađena je kardiohirurška operacija, uklonjen je tromb i zamenjena je mitralna valvula. Bolesnica je u stabilnom stanju otpuštena kući.

Zaključak: Adekvatna i pravovremena primena oralne antikoagulantne terapije (OAKT) radi sprečavanja pojave tromboembolijskih događaja kod pacijenata sa mitralnom stenozom je od velikog značaja. Posebna važnost u primeni OAKT se ističe sa povećanim stepenom mitralne stenozе reumatske etiologije koja je često udružena sa atrijalnom fibrilacijom pretkomora.

273 Asymptomatic bicuspid aortic valve with dilated ascending aorta in adult patient

Kotlar I., Andova V., Kedev S.

Univerzitetaska Klinika za Kardiologija Skoplje, Makedonija

Introduction and case report description: Bicuspid aortic valve is a congenital malformation which is result of an abnormal cusp formation during early embryogenesis. It is the most common congenital cardiac defect, which is often associated with other cardiac lesions. The most frequent finding in association with this abnormality is dilation of the proximal ascending aorta secondary to abnormalities of the aortic media. We present a case of 53 years old patient who was incidentally diagnosed with bicuspid aortic valve and dilated ascending aorta. Our patient had been well until September 2010, when he had a car accident and a fracture of the hip and contusion of the right shoulder. Since then, he had a several episodes of a dull chest pain irradiating in the right shoulder, which was always associated with heavy lifting. Because of this symptoms, he visited his physician, who directed him to our hospital for further examination, because he incidentally detected a diastolic heart murmur. Our patient claimed that this was his first visit to a cardiologist, and he was never told about the murmur during his childhood.

Description of the problem, procedures, techniques and/or equipment used: The patient had no remarkable medical history, and has never had any other symptoms except the chest pain after the accident. His ECG on admission was normal. Because of the presence of early diastolic murmur heard on the third intercostal space, echocardiography was performed. He was diagnosed with bicuspid aortic valve, and dilated ascending aorta (59mm), with moderate aortic regurgitation. The left ventricular cavity was of normal size. CT scan was also performed to evaluate the diameter and the extent of the dilatation, and the intraluminal diameter of the ascending aorta was 57x56mm, with no signs of dissection. He underwent coronary angiography and carotid ultrasound (he had no significant stenosis of the coronary and carotid arteries) and was further directed in Cardiac Surgery Center, for aortic valve and ascending aorta replacement.

Questions, problems or possible differential diagnosis. According to the latest guidelines on BAV, our patient meets the criteria for surgical treatment of the condition (surgery should be considered for any patient with aortic root diameter ≥ 55 mm). BAV malformations are inherited particularly in males, so imaging of the first degree relatives is appropriate if the patient has an associated aortopathy or a family history of VHD/aortopathy.

Answers and discussion. TTE is usually the primary imaging technique for diagnosing BAV. Nevertheless, CT or MRI scan is recommended for evaluation of the entire ascending aorta because TTE may not visualize the entire ascending aorta and may fail to calculate the largest diameter.

Conclusions and implications for clinical practice: Bicuspid aortic valve is the most common congenital cardiac malformation. Today this abnormality is rather recognized as a syndrome which incorporates aortic wall abnormalities, including aortic dilatation, either at the level of the sinuses of Valsalva or, more

frequently in the ascending aorta. This condition may also be complicated with aortic valve stenosis and/or regurgitation in addition to risk of endocarditis. Individuals may have a normal functioning BAV and may be not aware of its presence and the risk of complications. Delayed identifying of this abnormality or the complications may have a fatal consequences. In our case, the patient was asymptomatic and was diagnosed incidentally. Regular follow-up becomes mandatory after BAV has been diagnosed, in order to closely observe such patients with regard to progression of the disease itself and its complications, and in order to suggest treatments. For patients who have a severely diseased aortic valve and aorta, aortic valve replacement and ascending aorta replacement is the treatment of choice."

274

Temporalni arteritis - prikaz slučaja

Krstić I., Deljanin Ilić M.

Institut za lečenje i rehabilitaciju, Niška Banja

Temporalni arteritis je hronični vaskulitis velikih i srednjih krvnih sudova nepoznate etiologije, koji se javlja češće kod žena preko 50 godina.

Kod pacijentkinje starosti 80 godina je 2007. godine postavljena dijagnoza temporalnog arteritisa na osnovu color dopplera temporalnih arterija i pregleda očnog dna. Bolest se klinički manifestovala jutarnjim glavoboljama, iznenadnim ispadom vidnog polja, otežanim gutanjem i žvakanjem, bolnim nabrekli krvnim sudom u predelu desne slepoočnice, malaksalošću i mijalgijom. Laboratorijski nalazi ukazivali su na povišenu sedimentaciju eritrocita i CRP-a. Primenom kortikosteroidne terapije došlo je do regresije bolesti. Ehokardiografskim pregledom 2009. godine je ustanovljena aortna stenoza i insuficijencija mitralnog i trikuspidnog zalistka. U preoperativnoj pripremi urađene serološke analize su ukazivale na visok titar antitela na sifilis- 15,2. Nakon primenjene antibiotske terapije na koju je pacijentkinja dobro odreagovala urađena je implantacija veštačkog aortnog i mitralnog i anuloplastika trikuspidnog zalistka.

U Institutu Niška Banja, gde je sproveden individualno doziran program kardiovaskularne rehabilitacije urađen je i color doppler magistralnih sudova vrata koji je pokazao stenozu desne karotidne arterije.

Zaključak: Retko se u svakodnevnoj kliničkoj praksi u diferencijalnoj dijagnozi kod žena starijih od 50 godina sa simptomima kao što su ispadi vidnog polja i novonastale glavobolje razmišlja o temporalnom arteritisu. Pravovremenim postavljanjem dijagnoze i primenom adekvatne terapije mogu se prevenirati ozbiljne komplikacije i smanjiti mortalitet.

Ključne reči: temporalni arteritis

275

Oralni antikoagulansi, prevencija i rizik - prikaz slučaja

Živković N., Perović G., Bubanja G., Miodragović V.

Specijalna bolnica „Merkur“, Vrnjačka Banja

Uvod: u dugoročnoj profilaksi i prevenciji moždanog udara kod AF indikovani su oralni antikoagulansi. U randomiziranim studijama rizik od jednog tromboembolijskog događaja ili masivnog krvarenja, NOACs su sigurniji i efikasniji u odnosu na VKA (varfarin), ali potrebna je opreznost (National Health Insurance, Paris, France). U kontrolisanim studijama niske doze dabigatrana (75 mg) i rivaroksabana (10mg) imaju mali rizik od krvarenja.

Prikaz slučaja: Pacijent 88g. primljen u SB Merkur septembra 2015. nakon kolapsa i pada posle dugotrajne vožnje, zbrinut od strane HS(aplikovan dikofen im.). Ranije lečen u SR, Nemačkoj, 2006. kardiohiruška intervencija, implantacija bioproteze na aortnom ušću (gradijent nad AV=10mmHg), skleroza mitralnog anulusa, mitralna insuff. grad I, TR grad II, aneurizma ascendentne

aorte (47mm), angiografija-koronarna skleroza. Preoperativno HA, AA, RBBB. Postoperativno uključena VKA, do pre 1,5g. NOACs (Xarelto-rivaroxaban). FR: pušenje, alkohol, HLP, gojaznost, lečenje NSAIDs. Subjektivno: dispnoja u naporu, nestabilnost, otok potkolenica, modrice na podlakticama, bez krvarenja sluznica i hematurije. Objektivno: gojazan, BMI=36,3kg/m², eupnoičan, Srčana insuficijencija NYHA II, Pulmo-bez staze i patoloških šušnjeva, Cor-aritmija po tipu apsolute, HR=90/min, blag sistolni šum nad artnim ušćem, TA=100/70mmHg, jetra n.o, edeni 1/3 potkolenica, hematomi podlaktica. EKG: Arrhythmia absoluta F=116/min, RBBB, QS u D2, D3, aVF. Lab: FPG=6,3mmol/L(113,4mg/dl), HbA1c=6,4%, t-Hol=3,8mmol/L, TG=1,88mmol/L, AST=59U/L, ALT=32U/L, AP=86U/L, sCrat=170mmol/L, GFR=29,5ml/min, RBC=4,33x10¹²/L, HGB=137gr/L, HCT=38,7%, WBC=5,82x10⁹/L, PLT=148x10⁹/L, INR=1,28arbJ. TTE: LA(2D=6,6x4,44), EDD=5,42, ESD=4,1, IVS=1,0 ZZ=1,0, EF=38,6%, FS=23%, aorta: koren=2,12,INS=3,59, ascendentna dilatirana 4,5cm, luk 2,9cm, arteficioni prsten, dva listića-bioproteza, gradijent 15mmHg, bez regurgitacionog šanta, MR=1+, PHT=3,6cm², DTE=192ms, IVRT=90ms, TR=2+, SPDK=16,8mmHg, TP=0,49m/s, PV=0,96m/s, VCI=0,67.

EHO abdomena: statozna jetra, bez ascitesa, abdominalna aorta 1,8 cm. CHA2DS2-VASc Score (5)-(HF, HA, >75g, VD) visok tromboembolijski rizik (na godišnjem nivou 6,7%), takodje visok rizik od krvarenja (8,7-9,5%) HAS-BLED Score (4)-(HA, labilan INR, >65g, lekovi).

Zaključak: male doze rivaroxabana (10mg) su bezbednije za nastavak prevencije AIMU, bez pada HGB(2gr/dl)-rizik od intrakranijalnog krvarenja. Krvarenje u predelu kože ne isključuje nastavak NOACs.

276

Valvularna bolest nakon hroničnog glomerulonefritisa-kardiorrenalni sindrom tip IV - prikaz slučaja

Šarić S., Stojanović D., Stoičkov V., Stojanović S., Aleksić I., Mitić V., Petrović D.

Institut za lečenje i rehabilitaciju „Niška Banja“, Niška Banja

Uvod. Kardiorrenalni sindrom predstavlja patofiziološki i klinički entitet gde oštećenje jednog organa dovodi do funkcionalnih i/ili strukturnih promena na drugom organu.

Kardiorrenalni sindrom tip IV predstavlja poremećaje u funkciji bubrega koji dovode do hroničnih bolesti srca. Kardiovaskularni mortalitet kod pacijenata sa kardiorrenalnim sindromom tip IV je 20 do 30 puta viši nego u opštoj populaciji. Prikazali smo pacijenta kod koga je zbog postojanja hroničnog glomerulonefritisa došlo da kalcifikacija aortne valvule i razvoja srčane slabosti.

Prikaz pacijenta. Prikazujemo slučaj 40-godišnjeg muškarca kod kojeg je 2010. godine,

postavljena dijagnoza hroničnog glomerulonefritisa na terenu policističnih bubrega. Pacijent je bio u remisiji, do januara 2014. godine, kada je došlo do pogoršanja bubrežne slabosti, uz značajan porast kreatinina i pojavu proteinurije nefrotskog ranga. Krajem iste godine, zbog pojave bolova u grudima i gušenja hospitalizovan, kada su ehokardiografski potvrđene valvularne kalcifikacije na aortnom zalisku i postavljena dijagnoza aortne stenozе. Naredne godine ugrađena mu je veštačka aortna valvula, a ehokardiografski utvrđeno postojanje srčane slabosti, sa EF od oko 25%. U avgustu 2015. godine u Institutu Niška Banja sprovedena je uspešna specijalizovana kardiovaskularna rehabilitacija sa povoljnim simptomatskim efektom.

Zaključak. Sekundarni hiperparatiroidizam i tosfokalcemični disbalans kod pacijenata sa hroničnom bubrežnom slabošću, dovodi do osifikacije i kalcifikacije krvnih sudova, kao i srčanih zalistaka i označen je kao nezavisni faktor rizika za razvoj kardiovaskularnih događaja. Zaključujemo da pacijenti sa hroničnom bubrežnom slabošću moraju biti podvrgnuti redovnim ehokardiografskim kontrolama radi blagovremene dijagnoze valvular-