

КЛИНИЧЕН СЛУЧАИ / CASE REPORTS

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ НА ПРЕХОДНА ВИСОКОСТЕПЕННА МИТРАЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

П. Гацов, В. Велчев, Б. Финков, Н. Стоянов

Клиника по кардиология, УМБАЛ „Св. Анна” – София

CLINICAL CASE OF TRANSITIONAL HIGH DEGREE MITRAL INSUFFICIENCY

P. Gatzov, V. Velchev, B. Finkov, N. Stoyanov

Cardiology Clinic, University Hospital “Sveta Anna” – Sofia

Резюме. Представяме случай на 80-годишна жена с исхемична болест на сърцето, която в продължение на няколко седмици преминава от състояние на високостепенна митрална регургитация в състояние на практически липсваща такава и обратно, без ясна връзка с клиничните ѝ оплаквания. Обсъждат се възможните диференциални диагнози и избраният терапевтичен подход към пациентката.

Ключови думи: митрална регургитация, миокардна исхемия, eclipsed mitral regurgitation

Адрес за кореспонденция: д-р Николай Стоянов, Клиника по кардиология, УМБАЛ „Света Анна“, ул. „Димитър Моллов“ № 1, 1750 София, тел: 088 853 0858, e-mail: dr.nikolaystoyanov@gmail.com

Abstract. We're presenting a case of an 80-year-old woman with ischemic heart disease, who for several weeks transitioned between a state of high-grade mitral regurgitation and a state of virtually no mitral regurgitation and vice versa, with no clear link to her clinical presentation. Possible differential diagnoses and the chosen approach to the patient will be discussed.

Key words: mitral regurgitation, myocardial ischemia, eclipsed mitral regurgitation

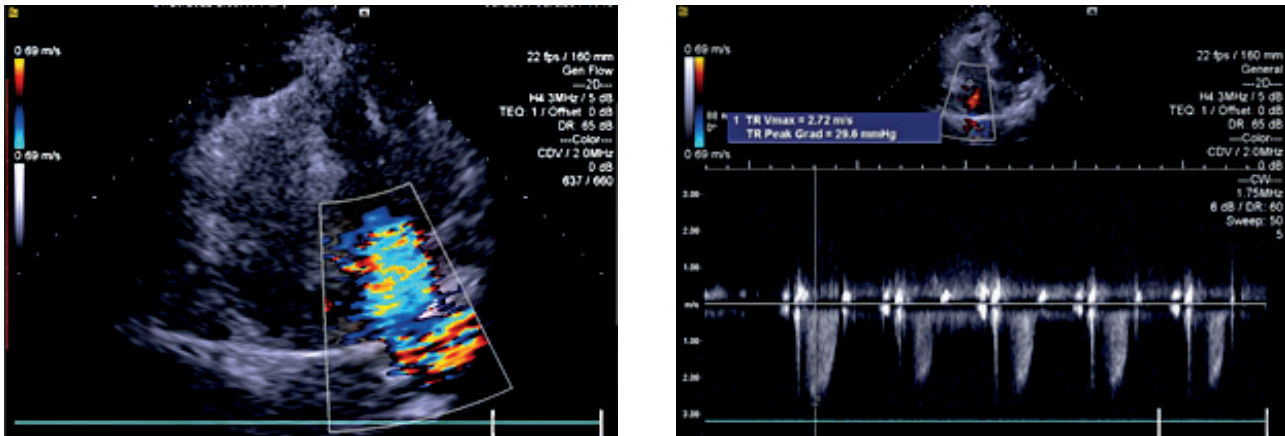
Address for correspondence: Nikolay Stoyanov MD, Cardiology Clinic, University Hospital “Sveta Anna”, 1, “Dimitar Mollov” st., Mladost 1, BG – 1750 Sofia, tel.: +359 88 853 0858, e-mail: dr.nikolaystoyanov@gmail.com

Въведение

Митралната клапна регургитация е патология, която може да бъде първична или вторична (функционална). Диференциалната диагноза по отношение на етиологията на митралната регургитация не винаги е ясна. През последните години се описва нов тип митрална недостатъчност, наречена „eclipsed mitral regurgitation” [1, 2, 3], което предполага включването ѝ в диференциалната диагноза на тези състояния.

Описание на клиничен случай

Жена на 80 години е прегледана амбулаторно по повод на лош контрол на артериалното налягане на фона на терапия за артериална хипертония: кандесартан цилексетил 8 mg, амлодипин 5 mg, небиволол 5 mg и хлорталидон 25 mg. Пациентката съобщава, че от една година изпитва задух при изкачване на един етаж. При ехокардиографското изследване се открива високостепенна митрална регургитация (фиг. 1). Измерва се фракция на изтласкване 51%, лека

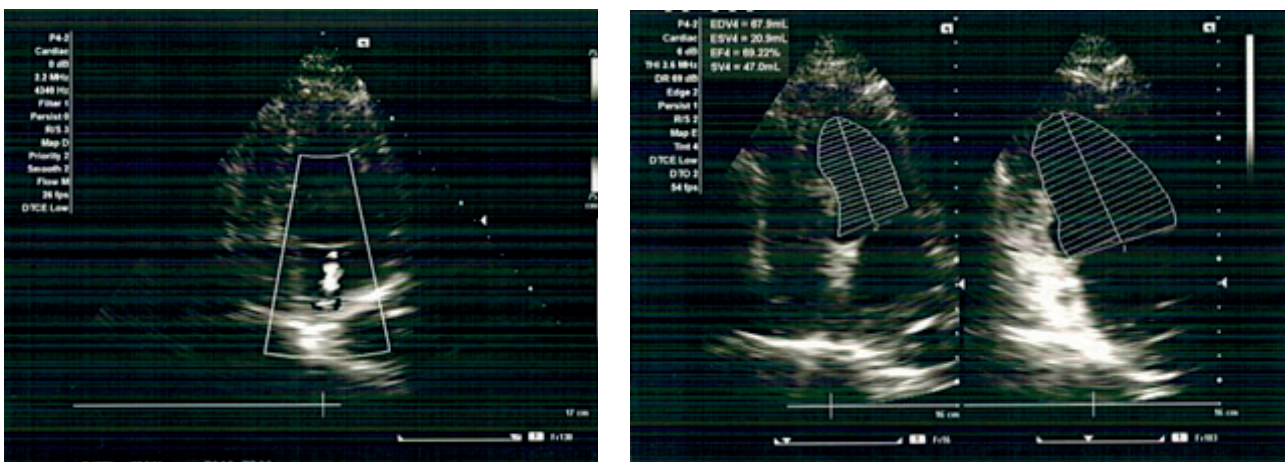


Фиг. 1. Високостепенна митрална недостатъчност (вляво). Измерване на вероятното систолно налягане в дясна камера посредством скоростта на трикуспидалната регургитационна струя (TR Peak Grad = 29.6 mm Hg) (вдясно)

до умерена миокардна хипертрофия – междукамерен септум 14 mm и задна стена на лява камера 13 mm, вероятно систолно налягане в белодробна артерия – 38 mm Hg и хипокинезия на инферолатералната стена в среден и базален сегмент. Поради нарушенията в сегментната кинетика и оплакванията от задух при усилия е насочена за планова коронарна ангиография (СКАГ). Към медикаментозната терапия са добавени тораземид 5 mg и клопидогрел 75 mg.

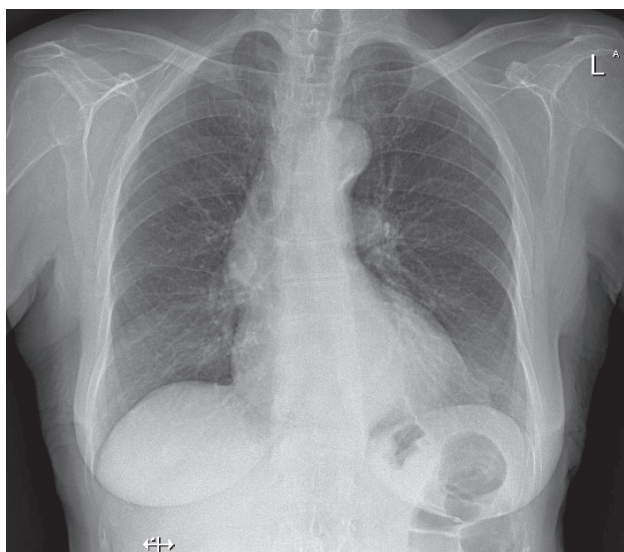
Осем дни по-късно е приета по спешност в Отделение по кардиология, поради засилване на задуха и гръдния дискомфорт. Артериалното ѝ налягане при постъпване е 120/70 mm Hg. Проведена е нова ехокардиография, при която митралната регургитация се оценява като леко-степенна (фиг. 2) и се констатира дилатация на

лявото предсърдие (50/44 mm). Другите параметри са близки до измерените на предходната ехография. При аускултация се чуват крепитации хрипове двустранно в белодробните основи. На ЕКГ се установява синусов ритъм без патологични отклонения. На рентгенографията се наблюдава усилен белодробен рисунок (фиг. 3). От лабораторните изследвания е видно, че тропонинът е в референтни стойности. На следващия ден е проведено инвазивно изследване и в дясната коронарна артерия е установена оклузия на постеролатерален клон, който е с диаметър около 2,5 mm (фиг. 4A <https://10.3897/icf.2.e85478.suppl1>, <https://10.3897/icf.2.e85478.suppl2>). Лявата коронарна артерия няма съществени изменения. На проведената лява вен-трикулография не се наблюдава изобщо мит-



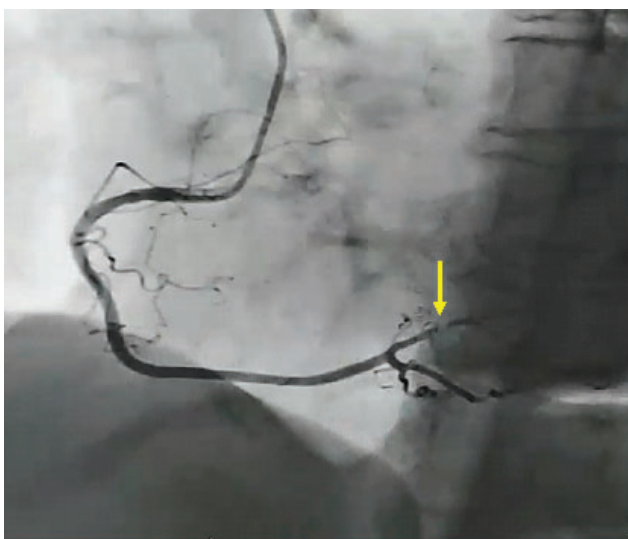
Фиг. 2. Нискостепенна митрална недостатъчност (вляво). Лява камера с инферолатерална акинезия (вдясно)

рална регургитация, като измерената фракция на изтласкване е 50%. Установява се аневризма в инферолатералната стена на лявата камера (фиг. 4B <https://10.3897/icf.2.e85478.suppl3>, <https://10.3897/icf.2.e85478.suppl4>). Поради наличието на аневризмата е взето решение да не се прибегва до ангиопластика на постеролатералния клон. На следващия ден пациентката е изписана в стабилно състояние и е оптимизирана медикаментозната ѝ терапия.



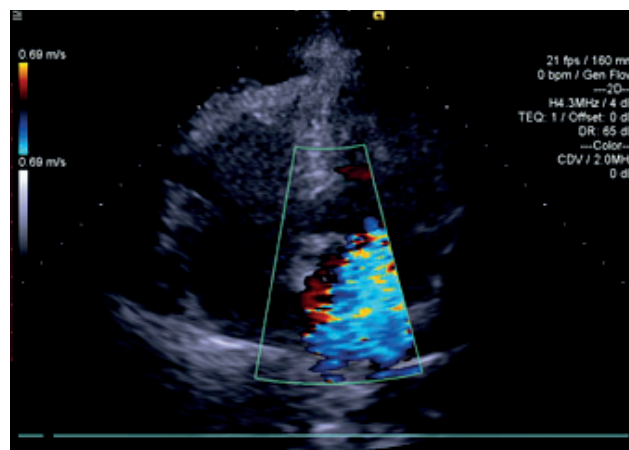
Фиг. 3. Рентгенография на гръден кош. Усилен белодробен рисунок

Тринадесет дена по-късно пациентката идва за контролен преглед. По време на пре-



Фиг. 4А. Дясна коронарна артерия. Стрелката показва мястото на субтоталната оклузия на постеролатералния клон

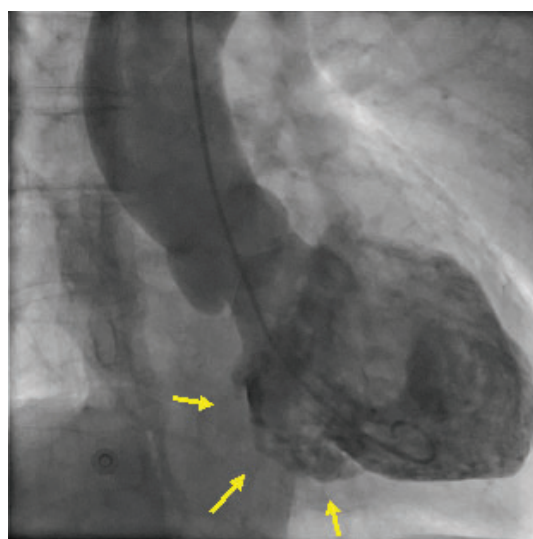
гледа е без оплаквания. Кръвното ѝ налягане е 90/60 mmHg. На ехокардиографския преглед отново се установява митрална регургитация четвърта степен (фиг. 5). Взето е решение да се оптимизира медикаментозната терапия, да не се прибегва до оперативна интервенция и пациентката да дойде за проследяване след месец.



Фиг. 5. Високостепенна митрална недостатъчност по време на трети преглед

Обсъждане

Причините за митрална регургитация могат да са различни. Те включват както вродени заболявания – вродени сърдечни малформации, митрален клапен пролапс, така и придобити като ревматизъм, инфекциозен ендокардит, исхемична болест на сърцето и др. В



Фиг. 4В. Левовентрикулография. Стрелките показват аневризмата на лявата камера.

този клиничен случай представяме пациентка с митрална регургитация, която от четвърта степен (при първия преглед) за период от една седмица става минимална. През последните години в литературата е описан нов вариант на придобита митрална недостатъчност, описана с новия термин *eclipsed mitral regurgitation* [1, 2, 3]. За тази внезапна преходна високостепенна митрална недостатъчност, ние предлагаме българския термин: динамична митрална недостатъчност (ДМН). За нея няма единна дефиниция, но се приема, че се характеризира с бързо настъпила, преходна, обратима високостепенна митрална регургитация при пациенти със запазени телесистолни размери, фракция на изтласкване на лявата камера > 45% и изходна митрална недостатъчност ≤ 2-ра степен [1, 2]. Характеризира се с остро настъпващ задух. Именно подобна патология се подозира в разгледания случай. Съществуват няколко сходни черти на представения случай с досега описаните прояви на ДМН. Първата от които е именно, че установената първоначално тежка митрална регургитация при последващия преглед е описана като незначителна, а при третия преглед отново се е проявила като четвърта степен. Второ, пациентката влиза в характерната демография на

останалите описани случаи на ДМР: възрастни жени след менопауза [1]. Съществуват обаче и съществени разлики между случаите на ДМН в научната литература и разглеждания от нас. Например при описаните в литературата случаи мнозинството са с друга съпътстваща сърдечна патология (такокубо синдром, ляв бедрен блок, предсърдно мъждене) и/или диабет, като и бъбречна недостатъчност [1]. При описаната пациентка няма нито едно от тези придружаващи заболявания. Освен това, за да се категоризира заедно с останалите случаи като ДМН [1, 2, 3], се изисква високостепенната митрална регургитация заедно с острия задух да се появяват и изчезват в рамките на минути, докато в случая клиничната картина не се влияе съществено от степента на митралната недостатъчност, което се доказва от липсата на оплаквания при високостепенната регургитация на последния ѝ преглед. Освен това клиничната ѝ картина се разгръща в продължение на дни (а задухът – от години) и няма резки преходи между влошаване и подобрене на симптоматиката.

Друго възможно обяснение за протичането на заболяването на въпросната пациентка е вторична исхемична митрална недостатъчност (ИМН) (табл. 1). Това е патология, която

Таблица 1. Диференциална диагноза на митралната инсуфициенция

	Подкрепящ аргумент	Отхвърлящ аргумент
Eclipsed mitral regurgitation (динамична митрална недостатъчност)	<ul style="list-style-type: none"> ● Преходност на МР от високостепенна към нискостепенна и обратно ● Характерна демография ↑ следнатоварване 	<ul style="list-style-type: none"> ● Бавен преход между регургитационните състояния ● Липса на клиника на белодробен оток при наличие на високостепенна МН ● Липса на характерните описани придружаващи заболявания <p>Наличие на друга сърдечна патология (исхемичната)</p>
Исхемична митрална регургитация	<ul style="list-style-type: none"> ● Наличие на исхемична болест на сърцето <p>Възможността за преход на исхемичната митрална регургитация</p>	<p>Невъзможност да се обясни несвързаността на клиничната картина с исхемичните промени</p>

нерядко протича транзиторно [5]. В подкрепа на това е фактът, че са налице оклузия на постеролатералния клон на дясната коронарна артерия (postero lateral – PL) с исхемични промени в подлежащата структура (инферолатералната стена на лявата камера, където се намира аневризмата). Важно е да се отбележи, че ИМР е патология, нерядко протичаща транзиторно [5]. Несъответствието с тази етиология е, че степента на митралната регургитация не е свързана с физическо усилие, което да провокира исхемия.

Предвид изложената информация пациентката не може да се включи строго в едната или другата категория. Трябва да се предприеме индивидуален подход, като се взимат предвид необичайния клиничен ход на пациентката. Както стана ясно, степента на митралната регургитация не е свързана с тежестта на клиничната картина, което ни дава основание да мислим, че хирургичната интервенция със смяна на клапа не би дала гаранция за подобрене на клиничната симптоматика и прогнозата [4] независимо от етиологията ѝ. Имайки предвид и възрастта на болната, оптимален подход при нея би било да не се пристъпва към оперативно лечение и пациентката да се придържа към назначената ѝ медикаментозна терапия. Това решение е подкрепено от данните в литературата, които показват висока смъртност в следоперативния период при пациенти, подложени на хирургична смяна на митрална клапа [1]. Към терапията може да се добави и вазодилататор [6]. Болната подлежи на ехокардиографско проследяване. Смятаме, че с разпространяване на термина динамична митрална регургитация в клиничната практика ще се даде възможност да се открият повече случаи с такава патология, които иначе биха останали недиагностицирани.

Заклучение

Преходна недостатъчност на митралната клапа може да се развие по различни причини. Описаният от нас случай показва, че етиологията и патогенезата на това състояние не винаги могат да бъдат напълно ясни, важно е да се предприема индивидуален подход към всеки пациент, да се разсъждава цялостно над неговата патология и да се избягва задължителното категоризиране в една или друга група.

Библиография

1. Milleron O, Bouleti C, Mazous S et al. Eclipsed mitral regurgitation: an unusual cause of acute heart failure. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*, 2017 Oct; 18(10): 1163-1169. doi: 10.1093/ehjci/jew192.
2. Ichikawa K, Wantenabe A, Ito H. Eclipsed mitral regurgitation successfully treated with a combination of surgical and pharmacological therapies: a case report. *Eur Heart J – Case Reports*, June 2019, 3(2): ytz039. <https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytz039>.
3. Charles Jain C, Egbe A, Borlaung B. Every Now and Then I Fall Apart. *Circulation: Heart Failure*. 2020;13. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.120.007145>.
4. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F et al. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease: Developed by the Task Force for the management of valvular heart disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*, 14 Feb 2022,43(7):561-632, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab395>
5. Izquierdo-Gómez M, Mari-López B, Lacalzada-Almeida J. Ischaemic mitral valve regurgitation. *European Society of Cardiology. E-Journal of Cardiology Practice*, 30 May 2018, 16(12): <https://www.escardio.org/Journals/E-Journal-of-Cardiology-Practice/Volume-16/Ischaemic-mitral-valve-regurgitation>
6. O'Rourke R, Dell'Italia L. Mitral Valve Regurgitation Including the Mitral Valve Prolapse Syndrome. In „The Heart”. Hurst J. Mc Graw Hill Medical. 2008.