

Peripartální kardiomyopatie pacientky po císařském řezu

M. Šípková¹, P. Valha²

1: Gynekologicko - porodnické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s., České Budějovice, Česká republika

Úvod

Peripartální kardiomyopatie (PPCM) je definována jako non-ischemická systolická dysfunkce levé komory srdeční, která se manifestuje v období ke konci gravidity nebo v časném peripartálním období u pacientek bez předchozí anamnézy kardiálního onemocnění.

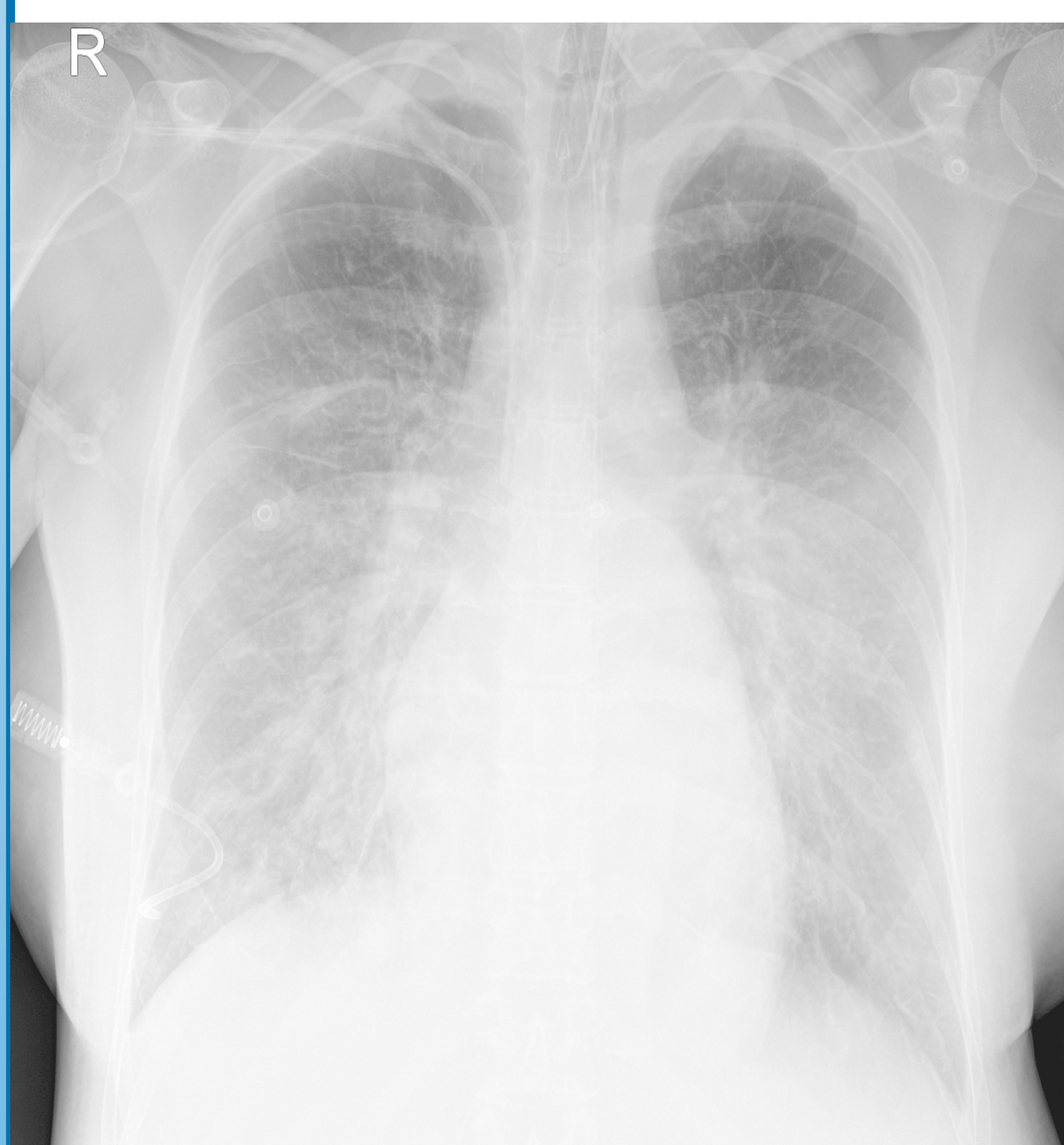
Jedná se o vzácné život ohrožující onemocnění, jehož incidence nese značné geografické rozdíly. Nejvyšší incidence je popisována na Haiti 1:100, nejnižší v Japonsku 1:15 000.

Mezi rizikové faktory vzniku PPCM patří preeklampsie, eklampsie, vícečetné těhotenství, arteriální hypertenze, obezita, diabetes a příslušnost k jihoafrickému etniku.

Symptomatologie a diagnostika:

Mezi typické klinické projevy pacientek s PPCM patří dušnost i při mírné zátěži, únava a otoky dolní končetin s maximem perimaleolárně. Tyto projevy mohou být často u žen v pokročilém stadiu těhotenství nebo časně po porodu přehlédnuty, vzhledem k tomu, že se jedná o stesky typické pro dané období. Diagnóza je stanovena per exclusionem po vyloučení jiných možných příčin levostranného srdečního selhání jako například infarkt myokardu, vrozená vývojová vada srdce, arytmie, chlopenní vada, embolie plodovou vodou nebo plicní embolie. K diagnóze nás dovede klinické vyšetření, RTG hrudníku a EKG vyšetření, které může být normální nebo s nespecifickými změnami v ST úseku. Zlatým standardem v diagnostice zůstává echokardiografické vyšetření se stanovením ejekční frakce levé komory menší než 45%.

Obr. 1 - RTG hrudníku na počátku klinických obtíží



Popis kazuistiky:

Naše kazuistika pojednává o 35 leté pacientce, II gravida/I para, přijaté na naše oddělení v 38. týdnu gravidity pro únavu, slabost a subfebrilie. Jednalo se o dosud fyziologicky probíhající graviditu a kromě císařského řezu, pro cervikokorporální dystokii, pacientka neměla v anamnéze žádné chronické onemocnění nebo operační výkony.

Vstupně byla pro elevaci CRP a pozitivní kultivaci v moči nasazena empiricky antibiotická terapie infekce močových cest, 3. den hospitalizace došlo ke spontánnímu odtoku plodové vody s nástupem pravidelné děložní činnosti a gravidita byla ukončena akutně pro hrozící dehiscenci jizvy po předchozím císařském řezu.

V časném pooperačním průběhu se u pacientky rozvinula dyspnoe a další příznaky respirační insuficience. V rámci diferenciální diagnostiky bylo provedeno laboratorní vyšetření a RTG hrudníku s nálezem oboustranného fluidothoraxu. Proto byla dále doplněna CT angiografie k vyloučení plicní embolie.

Následovalo echokardiografické vyšetření, které prokázalo těžkou systolickou dysfunkci s ejekční frakcí 25-30%. Pro rozvoj srdečního selhání a plicního edému byla pacientka přeložena na anesteziologicko – resuscitační oddělení, kde byla krátkodobě indikována umělá plicní ventilace. Pacientka byla následně přeložena na koronární jednotku k nastavení léčby srdečního selhání. Propuštěna byla 17. pooperační den do ambulantní kardiologické péče na efektivní léčbě:

Furon 40mg tbl. p.o. 1-0-0, Procolan 5mg tbl.p.o. 1-0-1, Betaloc ZOK 25mg tbl. p.o. 25mg 1/4-0-0, Jardiance 10mg tbl. p.o. 1-0-0, Verospiron 25mg tbl p.o. 0-1-0 .

Obr. 2. RTG hrudníku před dimisí



Závěr:

Peripartální kardiomyopatie je raritní onemocnění s vysokou morbiditou a mortalitou, časná diagnostika a léčba je proto stěžejní pro zlepšení prognózy postižených pacientek.

Klíčovým vyšetřením k potvrzení diagnózy zůstává nadále echokardiografické vyšetření, které je rychlé, neinvazivní a nepředstavuje žádné riziko jak pro matku, tak pro plod.

Správná diagnostika vyžaduje úzkou mezioborovou spolupráci gynekologa, kardiologa a lékaře intenzivní péče.