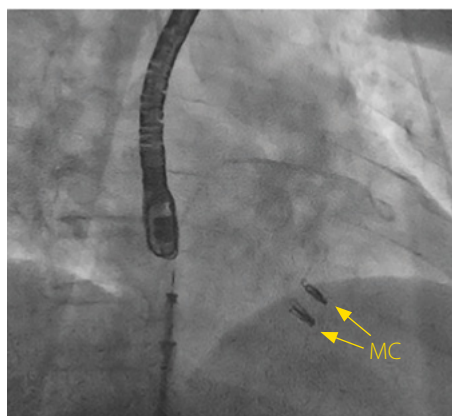


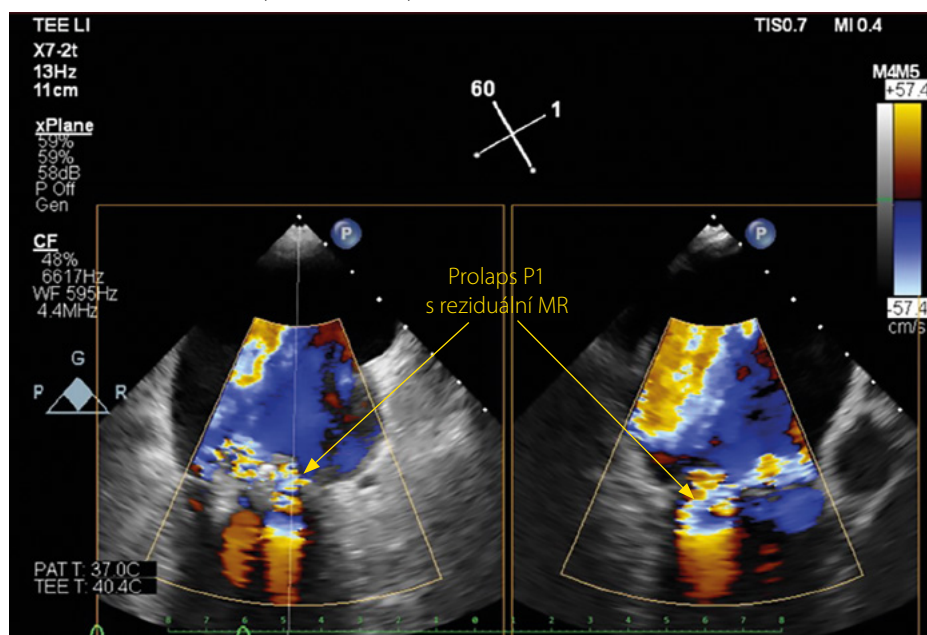
Obr. 2. 3D skioskopie po uvolnění obou MC, viditelný zaváděcí sheath, pigtail v levé dolní plicní žíle a jícnová echokardiografická sonda (pozn.: MC – MitraClip)



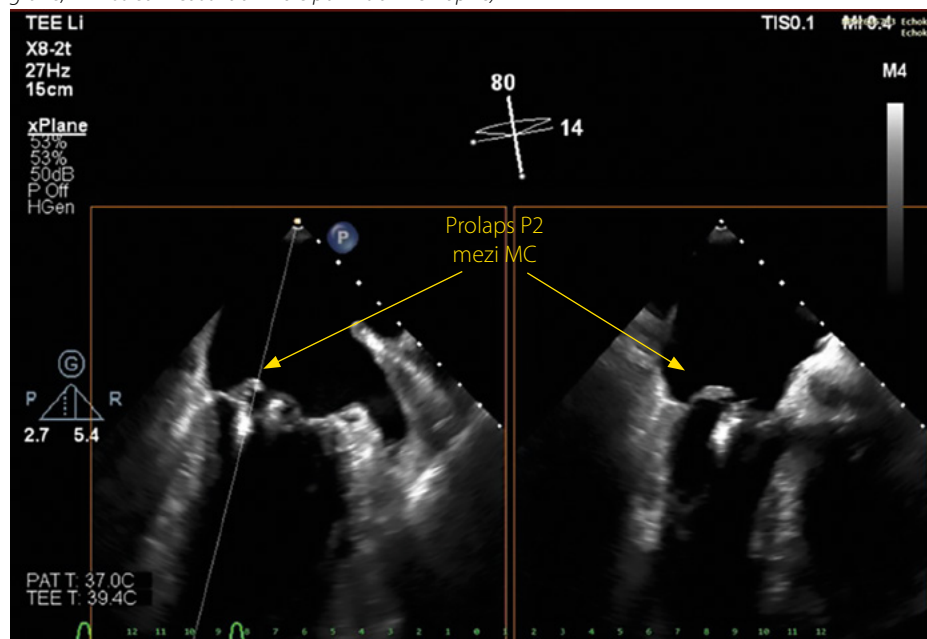
s nerevaskularizovatelným uzávěrem ramus circumflexus nebyl indikován k operačnímu řešení, ale na společném indikačním semináři bylo rozhodnuto o implantaci MitraClipu. Pacient byl před výkonem výrazně symptomatický s dušností již při chůzi po bytě. V lednu 2017 byla provedena implantace dvou MitraClipů NT (Abbott, USA). Během výkonu byla obtížná implantace prvního MC do mediální části prolapsu, druhý MC byl umístěn do střední části prolapsu s ponechanou reziduální regurgitací mezi MC a laterálně od nich dvěma dlouhými jety s výrazným poklesem „v“ vlny v levé síni z 61 mmHg na 27 mmHg a poklesem středního tlaku v levé síni o 4 mmHg na 23 mmHg. Vzhledem k hraniční reziduální ploše mitrální chlopně s rizikem vzniku významné mitrální stenózy byl výkon ukončen (Obr. 2, 3). Při odjezdu na jednotku intenzivní péče došlo ke vzniku těžké respirační insuficience s nutností přechodné umělé plicní ventilace. Domů byl pacient propuštěn 7. den od výkonu. Echokardiograficky však přetrvávala středně těžká až těžká MR a následně byl pacient limitován dušností po 300 metrech chůze po rovině.

V listopadu 2018 byl pacient přijat k intenzivní diuretické terapii za hospitalizace vzhledem k měsíc trvajícímu nárůstu tělesné hmotnosti, celkově o 15 kg, a zhoršení dušnosti, t. č. po 50 m chůze. Během hospitalizace byla provedena rekonarografie a úspěšná koronární intervence de novo vzniklé stenózy na ramus interventricularis anterior. Po propuštění došlo k mírnému zlepšení dušnosti s limitací 100 m chůze, dle

Obr. 3. TEE biplanární zobrazení implantovaných MC a prolapsu P1 s reziduální středně těžkou až těžkou regurgitací. Jet mezi MC je viditelný jako turbulence (pozn.: TEE – jícnová echoakardiografie; MC – MitraClip; P1 – laterální část zadního cípu mitrální chlopně)



Obr. 4. TEE biplanární zobrazení hlubokého prolapsu P2 (pozn.: TEE – jícnová echoakardiografie; P2 – střední část zadního cípu mitrální chlopně)



třídy NYHA (New York Heart Association) se pacient pohyboval mezi třídou II a III.

V říjnu 2019 byl pacient znovu přijat k hospitalizaci pro zhoršení potíží a dle echokardiografie byla zjištěna přetrvávající těžká regurgitace mezi MC (Obr. 4) a laterálně od nich při přetrvávajícím prolapsu zadního cípu. Po nové konzultaci indikační komise byla pro přetrvávající kontraindikaci k chirurgickému řešení indikována implantace třetího MC a uzávěr reziduální regurgitace mezi klipy pomocí

AVP (Amplatzer vascular plague) okludérů. Výkon byl proveden v listopadu 2019 v celkové anestezii se zavedením dvou katétrů do levé síně původním iatrogenním defektem po transeptální punkci. Vodičím (guiding) katérem byl implantován MC XTR do místa laterálního prolapsu a následně byl do levé komory zaveden říditelný katétr Agilis NxT (Abbott, USA) a F6 Flexor (Cook Medical, USA) za pomoci koronárního vodiče Control „V“ wire 0,014“ 300 cm. Původní záměr implantace jednoho AVP II 12 mm mezi původní