

IMAGES IN CARDIOLOGY - ECHOCARDIOGRAPHY

Hipertensiune pulmonară de cauză rară

B. A. Popescu^{1,2}, Anca Mateescu², Roxana Enache^{1,2}, P. Platon², Carmen Ginghină^{1,2}

Articol primit în data de 7 iunie 2012. Articol acceptat în data de 12 iunie 2012.

Pacienta P.M., în vârstă de 18 ani, se prezintă pentru dispnee și fatigabilitate la eforturi moderate, instalate progresiv în ultimii doi ani, de când a constatat și apariția cianozei. O ecocardiografie efectuată în 2010 nu decelează modificări notabile, iar în aprilie 2012 se decelează pentru prima oară hipertensiune arterială pulmonară severă, fără etiologie detectabilă ecocardiografic.

Ecocardiografia transtoracică a evidențiat suprasolicitate de presiune ventriculară dreaptă (VD), hipertrofie VD și hipertensiune pulmonară severă (Figura 1). În plus, examinarea din secțiunea modificată de ax scurt la baza marilor vase a ridicat suspiciunea unei fereestre aorto-pulmonare cu șunt bidirecțional și s-a indicat ecocardiografie transesofagiană.

Ecografia transesofagiană a evidențiat o comunicare directă, largă, între aorta ascendentă și trunchiul arterei pulmonare (Figura 2), cu diametru maxim de 23 mm.

Examenul Doppler color, ca și examenul cu substanță de contrast (Figura 3) au confirmat comunicarea, cu șunt bidirecțional la acest nivel. Datele ecografice au confirmat diagnosticul de fereastră aorto-pulmonară largă cu șunt bidirecțional, cu hipertensiune arterială pulmonară severă prin fiziologie de tip Eisenmenger.

Diagnosticul a fost confirmat prin cateterism cardiac și angiografie.

Datorită poziționării particulare a acestei rare anomalii congenitale, diagnosticul nu este facil, necesitând un indice de suspiciune înalt și adesea utilizarea combinată a mai multor modalități (examinare transtoracică, transesofagiană, inclusiv cu substanță de contrast).

Conflict de interese: niciunul

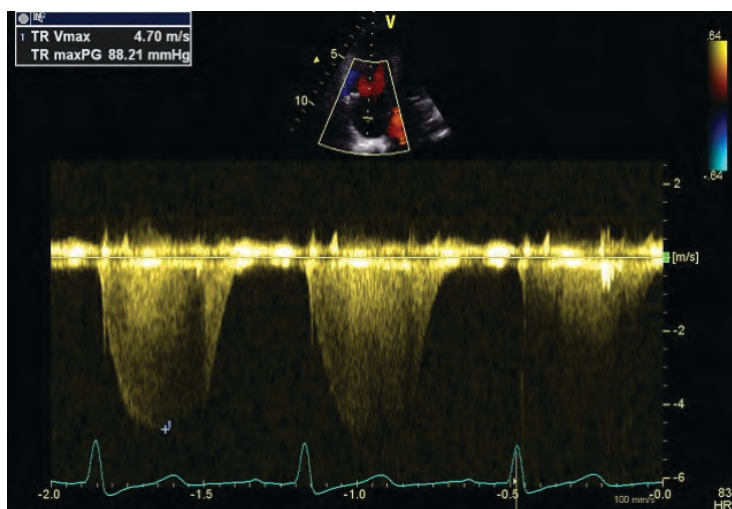


Figura 1. Înregistrare Doppler continuu a fluxului de regurgitare tricuspidiană din secțiune apicală 4 camere, evidențiind hipertensiune arterială pulmonară severă (gradient maxim VD-AD de 88 mmHg, presiunea arterială sistolică pulmonară estimată la 98 mmHg).

¹ Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" București

² Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare „Prof. Dr. C.C. Iliescu” București

► Contact address:

Dr. Bogdan A. Popescu, Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" București – Laboratorul Eurocolab Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare „Prof. Dr. C.C. Iliescu” București
Sos. Fundeni 258, sector 2, 022328 – București
email: bogdan.a.popescu@gmail.com

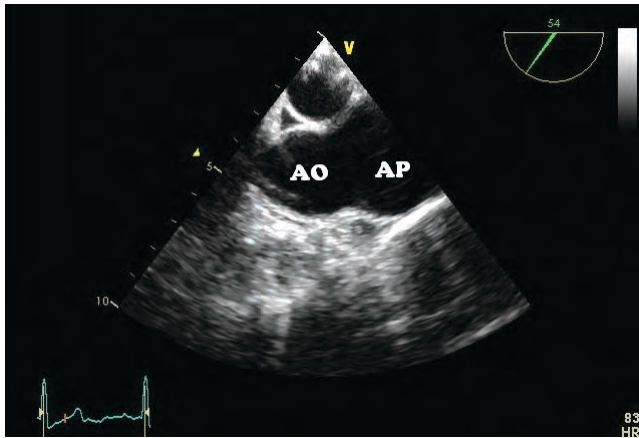


Figura 2. Examinare transesofagiană 2D din secțiune de ax scurt la nivelul aortei ascendente, imagine sistolică: se observă aorta ascendentă în comunicare directă, largă, cu trunchiul arterei pulmonare. AO=aorta ascendentă; AP=trunchiul arterei pulmonare.

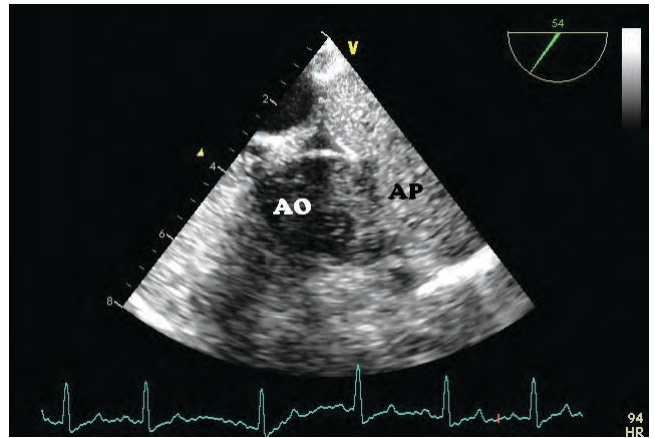


Figura 3. Examinare transesofagiană cu substanță de contrast din secțiune de ax scurt la nivelul aortei ascendente. La injectarea substanței de contrast (ser fiziologic barbotat) se opacifiază trunchiul arterei pulmonare și se evidențiază șunt bidirecțional între aceasta și aorta ascendentă. AO=aorta ascendentă; AP=trunchiul arterei pulmonare.