

Rare cause of severe mitral regurgitation or false lead?

Zriedkavá príčina závažnej mitrálnej regurgitácie či falošná stopa?

Anton Dlesk, Ján Postulka, Jana Poláková Mištinová, Eva Gonçalvesová

Kardiologická klinika LFUK a NÚSCH, a. s., Bratislava, Slovenská republika

Dlesk A, Postulka J, Polakova Mistinova J, Gonçalvesova E. **Rare cause of severe mitral regurgitation or false lead?** Cardiology Lett. 2025;34(1):50–53

Abstract. We present the case of a patient who was hospitalized due to heart failure and severe mitral regurgitation. Examination revealed the presence of an accessory filamentous tissue adhering to the anterior leaflet of the mitral valve and the interatrial septum. These accessory tissue structures are rare and often incidental findings and in most cases are not the cause of severe mitral regurgitation. Based on multimodal imaging, we conclude that the cause of mitral regurgitation is ischemic. Fig. 4, Ref. 5, on-line full text (Free, PDF), www.cardiologyletters.sk

Key words: accessory mitral valve tissue – mitral regurgitation – heart failure

Dlesk A, Postulka J, Poláková Mištinová J, Gonçalvesová E. **Zriedkavá príčina závažnej mitrálnej regurgitácie či falošná stopa?** Cardiology Lett. 2025;34(1):50–53

Abstrakt. Prezentujeme prípad pacientky, ktorá bola hospitalizovaná s cieľom manažmentu srdcového zlyhávania a závažnej mitrálnej regurgitácie. Vyšetreniami sme zistili prítomnosť akcesórneho závesného aparátu v ľavej predsieni upínajúceho sa na predný cíp mitrálnej chlopne a medzipredsieňové septum. Tieto tkanivové štruktúry patria medzi zriedkavé a často náhodné nálezy a vo väčšine prípadov nie sú príčinou závažnej mitrálnej regurgitácie. Na základe vývoja prípadu a multimodálneho zobrazovania sme dospeli k názoru, že príčina mitrálnej regurgitácie je sekundárna pri remodelácii ľavej komory po prekonaní latentnej koronárnej príhody. Obr. 4, Lit. 5, on-line full text (Free, PDF), www.cardiologyletters.sk

Kľúčové slová: akcesórne útvary mitrálnej chlopne – mitrálna regurgitácia – srdcové zlyhávanie

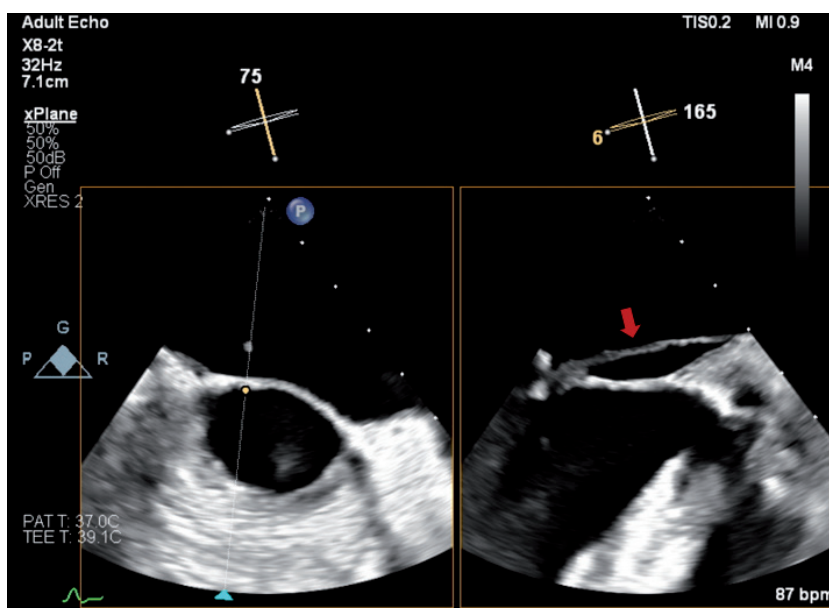
Akcesórne tkanivové štruktúry upínajúce sa na mitrálnu chlopňu alebo jej závesný aparát predstavujú zriedkavé prevažne kongenitálne abnormality (1). Z tých, ktoré nespôsobujú obštrukciu výtokového traktu ľavej komory

(LK) (2), väčšinou ide o náhodné nálezy bez klinického významu. Niektoré z týchto útvarov môžu byť príčinou mitrálnej regurgitácie (3). Opisujeme prípad 60-ročnej pacientky s nálezom akcesórnej šlašinky v ľavej predsieni.

Z Kardiologickej kliniky LFUK a NÚSCH, a. s., Bratislava, Slovenská republika

Do redakcie došlo dňa 29. januára 2025; prijaté 5. februára 2025

Adresa pre korešpondenciu: MUDr. Anton Dlesk, PhD., Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., Pod Krásnou hôrkou 7185/1, 833 48 Bratislava, Slovenská republika, e-mail: anton.dlesk@nusch.sk

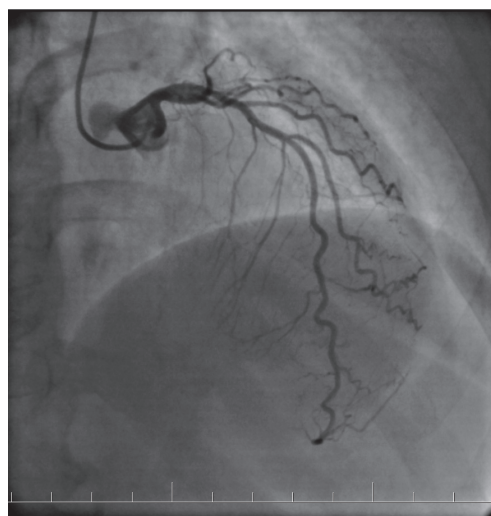


Obrázok 1 Transezofágové echokardiografické vyšetrenie znázorňujúce akcesórnu šlašinku upínajúcu sa na predný cíp mitrálnej chlopne

V roku 2023 sa u pacientky objavila a postupne zhoršovala dýchavičnosť pri námahe. Bolesti na hrudníku nemávala. Bola hospitalizovaná pre srdcové zlyhávanie (SZ) s obrazom pľúcneho edému. Akútny koronárny syndróm sa nepotvrdil. Pri prijatí boli súčasne prítomné hypertenzné hodnoty krvného tlaku. Transtorakálnym echokardiografickým vyšetrením sa zistila systolická dysfunkcia nedilatovanej ĽK s ejekčnou frakciou 40 % a závažná mitrálna regurgitácia pri reštrikcii zadného cípu mitrálnej chlopne. Iniciovaná bola farmakoterapia SZ, ktorá viedla k ústupu kongestívnych prejavov a zmierneniu symptómov SZ, avšak pacientka bola aj naďalej významne limitovaná dýchavičnosťou pri malej námahe.

Pacientka bola poukázaná na elektívnu hospitalizáciu do NÚSCH, a. s. pre klinicky významné SZ s redukovanou ejekčnou frakciou ĽK. Transtorakálnym echokardiografickým vyšetrením sme zistili významnú systolickú dysfunkciu nedilatovanej ĽK s ejekčnou frakciou 28 %, hypokinézu spodnej steny a závažnú mitrálnu aj trikuspidálnu regurgitáciu. Mitrálnu regurgitáciu sme považovali za sekundárnu s dominantným mechanizmom reštrikčného postavenia zadného cípu mitrálnej chlopne. Doplnili sme transezofágové echokardiografické vyšetrenie, ktorým sme odhalili prítom-

nosť filamenta v ľavej predsieni upínajúceho sa na predný cíp mitrálnej chlopne. Zdalo sa, že táto štruktúra môže ťahom interferovať s mechanizmom mitrálnej regurgitácie (obrázok 1). Selektívna koronarografia odhalila koronárnu artériovú chorobu s dvojcievnym postihnutím – kolateralizovaným uzáverom ramus circumflexus a 60 % stenózou strednej časti pravej

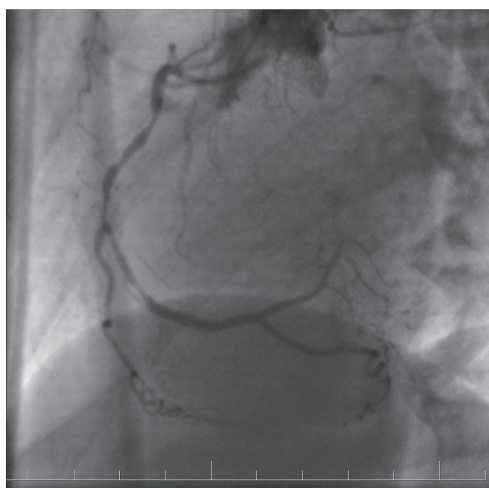


Obrázok 2 Selektívna koronarografia ľavej koronárnej artérie

koronárnej artérie (**obrázky 2 a 3**). V manažmente sekundárnej mitrálnej regurgitácie sme v prvom kroku optimalizovali farmakoterapiu SZ. S cieľom získania podrobnejších informácií o morfológii a štruktúre ĽK sme indikovali magnetickú rezonanciu srdca (MRI), ktorá preukázala prítomnosť ischemických zmien interventrikulárneho septa, spodnej a zadnej steny ĽK a aneuryzmu zadnej steny ĽK. Zobrazila sa aj filamentózna štruktúra upínajúca sa na átriálnu plochu predného cípu mitrálnej chlopne a medzipredsieňové septum (**obrázok 4**). MRI sme realizovali s časovým odstupom po optimalizácii farmakoterapie. Mitrálna regurgitácia závažného stupňa v čase realizácie vyšetrenia už nebola prítomná. Dominantným mechanizmom podieľajúcim sa na etiológii mitrálnej regurgitácie boli teda postischemické zmeny v dôsledku poinfarktovej remodelácie v oblasti zadnej steny ĽK s následným reštrikčným postavením zadného cípu mitrálnej chlopne. Prítomnosť akcesórnej filamentózne štruktúry upínajúcej sa na mitrálnu chlopňu sme vyhodnotili ako klinicky nevýznamný nález. Mohli by sme špekulovať o tom, že vzhľadom na mechanizmus sekundárnej ventrikulárnej mitrálnej regurgitácie, ktorá vzniká mechanizmom tetheringu cípov chlopne, sa môže protitiah takejto štruktúry naopak podieľať na jej redukcii a stabilizácii. Po multidisciplinárnej diskusii sme sa v manažmente koronárnej artériovej choroby aj mitrálnej regurgitácie rozhodli pre konzervatívnu liečbu.

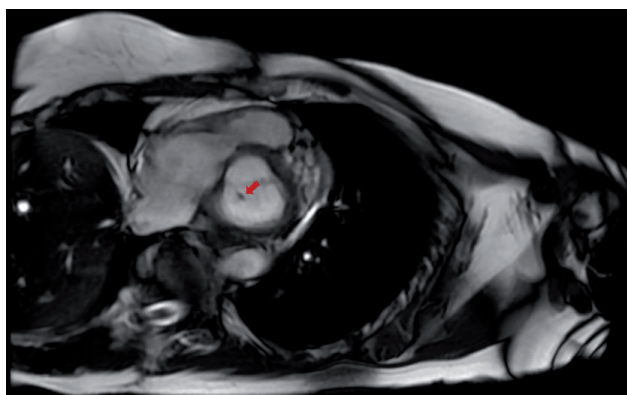
S časovým odstupom sme pacientku vyšetrili ambulantne. Zlepšila sa tolerancia záťaže, došlo k ďalšiemu zlepšeniu ejekčnej frakcie ĽK, ktorú sme na základe transtorakálneho echokardiografického vyšetrenia odhadovali na 50 %. Významnosť mitrálnej regurgitácie nebolo možné spoľahlivo posúdiť pre suboptimálnu kvalitu zobrazenia. Z uvedeného dôvodu sme doplnili kontrolné MRI srdca, ktorým sme zistili hraničnú ejekčnú frakciu ĽK (51 %) a nevýznamnú mitrálnu regurgitáciu. Konzervatívna liečba sa ukázala ako optimálny liečebný postup.

Akcesórne tkanivové štruktúry upínajúce sa na mitrálnu chlopňu alebo jej závesný aparát, v tomto prípade akcesórna šlašinka v ľavej predsieni, predstavujú zriedkavé prevažne kongenitálne abnormality, z ktorých niektoré spôsobujú obštrukciu výtokového traktu ĽK (4). Nález týchto štruktúr sa najčastejšie spája s inými vrodenými srdcovými a cievnyymi malformáciami, akými



Obrázok 3 Selektívna koronarografia pravej koronárnej artérie

sú defekt predsieňového alebo interventrikulárneho septa a transpozícia veľkých ciev. Vo väčšine prípadov však ide o náhodné nálezy. Chirurgický zákrok sa indikuje len v prípade významnej obštrukcie výtokového traktu ĽK, pri hemodynamicky významnej interferencii s funkciou chlopní a u pacientov, ktorí podstupujú korekciu iných srdcových malformácií (5). Hlavnými zobrazovacími metodikami na diagnostiku a sledovanie pacientov s týmito štruktúrami sú transtorakálna a transezofágová echokardiografia. MRI, ako ukazuje aj náš prípad, môže v niektorých situáciách priniesť hodnotné informácie umožňujúce voľbu optimálnej liečebnej stratégie.



Obrázok 4 Magnetická rezonancia srdca so zázornením akcesórnej šlašinky v ľavej predsieni

Literatúra

1. Rabischoffsky A, de Freitas Portela AC, de Magalhães MG, Rabischoffsky R, Moraes Zanconato JF, de Castilhos RD, et al. Accessory mitral valve tissue: an unusual echocardiographic finding. *CASE*. 2017;2:9-11.
2. Li Y, Hu Y, Wang J, Liu L. A rare case of accessory mitral valve tissue causing left ventricular outflow tract obstruction associated with parachute mitral valve, ventricular septal defect, bicuspid aortic valve, unruptured aneurysm of aortic sinus: a case report. *Eur Heart J Case Rep*. 2018;2:1-5.
3. Okafor J, Kanaganayagam GS, Patel K. A rare finding of giant accessory mitral valve tissue: a case report. *Eur Heart J Case Rep*. 2020;4:1-4.
4. Yuan SM, Shinfeld A, Mishaly D, Haizler R, Ghosh P, Raanani E. Accessory mitral valve tissue: a case report and an updated review of literature. *J Card Surg*. 2008;23:769-772.
5. Manganaro R, Zito C, Khandheria BK, Cusmà-Piccione M, Todaro MCh, Oreto G, et al. Accessory mitral valve tissue: an updated review of the literature. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2014;15:489-497.