

Sorszám

6.

Szerzők neve

Apor Astrid, Balázs György, Simonffy Árpád, Szabolcs Zoltán, Merkely Béla
Se Kardiológiai Tanszék Cardiovascularis Centrum

Cím (magyar)

Acut aorta syndroma (AAS) speciális formájával, az acut intramurális haematómával (IMH) szerzett tapasztalataink 2007-ben

Cím (angol)

Our experiences with the acute aortic intramural hematoma in 2007

Téma

Szívsebészet (11)

Kulcsszavak

acute aortic syndrome, aortic intramural hematoma, aortic dissection

Típus

Előadás (10 perc + 5 perc vita)

Absztrakt (magyar)

Bevezetés Az acut aorta syndroma fogalma összefoglalja az aorta dissectio újabb osztályozásának (class I-V) megfelelő klinikai diagnózisokat: localis vagy klasszikus aorta dissectio, intramuralis aorta haematóma (IMH) illetve penetráló aorta ulcus (PAU). Célkitűzés Retrospektív módon azon betegek klinikai adatait, képalkotó vizsgálati eredményeit (echocardiographia, CT, MR), és kezelési stratégiáit dolgoztuk fel, akiknél intézetünkben, 2007-ben thoracalis IMH igazolódott. Eredményeink Klinikánkon 11 betegnél diagnosztizáltunk IMH-t, 9 esetben A-, 2 esetben B-típusút, 4 esetben PAU-val szövődve. Az ascendenst érintő folyamatoknál 5 esetben mellkasi fájdalom, 1-szer mellkasi fájdalom és tamponád, 2 esetben acut coronaria syndroma, 1 esetben syncope volt a vezető klinikai tünet, míg a descendenst érintőek háti vagy hasi fájdalommal jelentkeztek. Hypertónia minden beteg anamnesisében szerepelt, 7 betegnek volt egyéb manifeszt érbetegsége (coronaria, cerebrovascularis vagy perifériás), és 3 esetben nem differenciált autoimmun kórfolyamat volt a kísérőbetegség. A definitív diagnózist felállításához minden esetben CT vizsgálatra volt szükség. A diagnózis 4 esetben csak a második hospitalizáció során derült ki, részben a szükséges képalkotó eljárások elvégzésével, részben a korábbiak revidálásával vagy megismétlésével. Extravasatiót 9 esetben észleltünk. Progressziót figyeltünk meg 6 esetben dissectio (localis vagy kiterjedt), 1 esetben ruptúra irányában. Egy esetben az IMH felszívódott. 6 esetben történt műtéti aorta reconstructio, 2 esetben stentgraft implantatiót végeztünk. Következtetés Az acut IMH legtöbbször heveny mellkasi fájdalom képében jelentkezik, a pontos diagnózis felállítása differenciáldiagnosztikai kihívást jelent. Kóroki szerepe a hypertónia, és az atherosclerosis mellett az autoimmun vasculitisnek lehet. Az esetek többsége extravasatióval jár, illetve dissectio vagy ruptúra irányában progrediál, ezért sebészi vagy endovascularis beavatkozást igényel.

Absztrakt (angol)

Introduction The term of acute aortic syndrome has been recently introduced to encompass the spectrum of the different types of aortic dissection according to the new classification (class I-V): aortic dissection, aortic intramural hematoma (IMH) and penetrating aortic ulcer PAU). Objectives We analyzed retrospectively the clinical data, the results of imaging modalities (echocardiography, CT, MRI) and therapeutic strategies of patients, in whom thoracic IMH was verified in 2007, in our institution. Results Acute IMH was diagnosed in 11 patients, in 9 cases it was localized to the ascending aorta (type A), in 2 cases to the descending aorta (type B), and in 4 cases it occurred with PAU. The dominant complaint was chest pain in 5 cases, chest pain with tamponad in 1 case, acute coronary syndrome in 2 cases and syncope in 1 case in the type A form. Type B form was associated with back and abdominal pain. All patients had hypertension, 7 patients had other coronary, cerebrovascular, or periferal atherosclerotic disease, and 3 patients had autoimmun disorder as comorbidity. The definitive diagnosis was based on CT in all cases. In 4 cases the IMH could be diagnosed only during the second hospitalization, when the necessary imaging modalities were performed or the previous examinations were reconsidered or repeated. In 9 cases extravasation was detected. Progression of the disease was observed in 7 cases: 6 aortic dissections, 1 aortic rupture. The intramural hematoma reabsorbed in 1 patient. Therapy included surgical reconstruction (6 patients), and endovascular repair with stentgraft (2 cases). Conclusions Acute aortic intramural hematoma usually appears with aspecific chest pain and its recognition remains a diagnostic challenge. Beside hypertension and atherosclerosis, autoimmun vasculitis may be an etiological factor. In most cases extravasation and progression can be observed, therefore surgical reconstruction or endovascular repair is necessary.

12.

Sorszám

Szerzők neve

Bartha Elektra, Szabolcs Zoltán, Endre Moravcsik, Merkely Béla, Bodor Elek
Semmelweis Egyetem, Kardiológiai Központ, Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika

Cím (magyar)

Súlyos HOCM sebészi kezelésének eredményei klinikánkon. 17 év tapasztalatai

Cím (angol)

Results of surgical therapy in patients with severe HOCM. 17 years experience

Téma

Szívelégtelenség, echocardiographia (2)

Kulcsszavak

hypertrophiás cardiomyopathia

Típus

Előadás (10 perc + 5 perc vita)

Absztrakt (magyar)

Bevezetés: A hypertrophiás cardiomyopathia a leggyakoribb (prevalencia:0,2%) autosomalis, dominánsan öröklődő szívbetegség, mely rendszerint a bal kamra hypertrophiájával jár. A betegek kb 25%-a hypertrophiás obstructiv cardiomyopáthiában (HOCM) szenved. Súlyos terápia refracter HOCM-ben sebészi terápia jön szóba. Cél:A vizsgálat célja a sebészi kezelés hatékonyságának megítélése súlyos HOCM-ben. Módszer:A HOCM-s betegek cliniciai és echocardiographiás adatainak pre- és postoperatív vizsgálata a sebészileg kezelt betegekben.A sebészi beavatkozás kritériumai:(1)persistáló tünetek optimális terápia ellenére;(2)a septum vastagság ≥ 20 mm;(3)LVOTgradiens ≥ 50 Hgmm nyugalomban, ≥ 60 Hgmm provocatióra;(4) intrinsic mitralis billentyű betegség közepes vagy súlyos insuffitientiával;(5)kifejezett papillaris izom hypertrophia voltak.A sebészi beavatkozáskor minden betegnél septalis myectomy, papillaris izom resectio és mitralis műbillentyű implantatio történt. Eredmények:1990 januárjától 2007 decemberéig 22 beteg(8 férfi,14 nő; átlagéletkor:45 \pm 16;16-71év) került műtetre klinikánkon. 7 btg végleges PM implantatióban részesült vezetési zavar miatt. 3 btg halt meg, mindhárom 3 hónapon belül , a halálokok: cerebralis, -stone heart-LCO syndroma és korai műbillentyű endocarditis voltak.A preoperatív és postoperatív cliniciai és echocardiographiás adatokat összehasonlítva significans csökkenést találtunk:(1)NYHA stadium 3,1 \pm 0,6-ről 1,1 \pm 1,0-re p<0.001;(2)LVOT gradiens 110 \pm 38Hgmm-ről 10 \pm 6 Hgmm-re p<0.00001;(3)septum vastagság 30 \pm 0,7mm-ről 21 \pm 2mm-re p=0.05, significans növekedést észleltünk:(1)BK systolés átmérő 16 \pm 6,1mm-ről 25 \pm 6mm-re p<0.001;(2)BK diastolés átmérő 31 \pm 7,5mm-ről 37 \pm 5,5mm-re p<0.0002. Az átlagos utánkövetési idő 7,3 \pm 5 év volt, 17beteg panaszmentes, 2 nőbeteg sikeresen kezelt műbillentyű thrombosit állott ki(egyikük graviditás alatt). Következtetések:A súlyos, symptomás HOCM miatt végzett sebészi beavatkozás, eredményeink alapján igen hatékony a betegek kezelésében.

Absztrakt (angol)

Background: Hypertrophic cardiomyopathy(HCM) is the commonest(prevalence:0,2%) autosomal dominant heritable cardiac disorder and usually affects the left ventricle. In about 25% of cases have hypertrophic obstructive cardiomyopathy(HOCM).For patients with severe symptoms who are refracter to optimal therapy surgical therapy can be considered. Aim: The aim of the study was to assess the outcome of surgery in severe HOCM. Methods: Comparison of preoperative and postoperative clinical and echocardiographic data in surgically treated HOCM pts. Selection criteria for surgery were(1)symptoms despite optimal therapy;(2)septal thickness ≥ 20 mm;(3)LVOTgradient ≥ 50 mmHg at rest, ≥ 60 mmHg at provocation;(4)intrinsic mitral valve abnormalities with moderate or severe mitral insufficiency;(5)pronounced papillary muscle hypertrophy.All pts underwent ventricular septal myectomy,papillary muscle excision, and mitral valve replacement. Results: Between January 1990 and December 2007 22 pts (8 males, 14 females; mean age:45 \pm 16ys;range 16-71ys) were operated.Three of 22pts died and all of them in 3months after surgery(causes of death were: cerebral; -stone heart-,LCO syndrome; early prosthetic valve endocarditis). Seven of 22pts recieved permanent PM because of conduction abnormalities.Comparing preoperative and postoperative clinical and echocardiographic findings significantly decreased :(1)NYHA class from 3,1 \pm 0,6 to 1,1 \pm 1,0; p<0.001;(2)LVOT gradient from110 \pm 38 to10 \pm 6; p<0.00001;(3)septal thickness from30 \pm 0,7 to21 \pm 2;p=0.05 and significantly increased:(1)LV systolic diameter from16 \pm 6,1 to25 \pm 6; p<0.001); (2)LV diastolic diameter from31 \pm 7,5 to 37 \pm 5,5; p<0.0002.The mean follow up time was 7,3 \pm 5years, 17 out of 19pts were asymptomatic, 2 females had successfully treated mechanical valve thrombosis(1 of them during pregnancy). Conclusions: Regarding our clinical data surgery is an efficient treatment in patients with severe symptomatic HOCM.

Sorszám

Szerzők neve

Hartyánszky István, Verebély Tibor, Kádár Krisztina, Oprea Valéria, Bodor Gábor, Fischer Krisztián, Szatmári András*Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet Semmleweis Egyetem, I. Gyermekklinika*

Cím (magyar)

Ectopia cordis sebészi kezelése

Cím (angol)

Successful repair of ectopia cordis

Téma

Szívsebészet (11)

Kulcsszavak

paediatric cardiology, cardiac surgery

Típus

Előadás (10 perc + 5 perc vita)

Absztrakt (magyar)

Az ectopia cordis nagyon ritka fejlődési rendellenesség, a prenatalis diagnosztika fejlődésével az intrauterin felismerés miatt (terhesség terminalasa) még ritkában kerül sebészi kezelésre. Öt megjelenési formája van: cervicalis, cervicothoracalis, thoracalis, thoracoabdominalis és abdominalis. Többnyire súlyos szívhibával társul, de előfordul egyéjszentes szív mellett is. Utolsó kettő forma a leggyakoribb, társulva Cantrell szindrómával (hasadt sternum, pericardium-, rekesz-, elülső hasfal hiány, veleszületett szívfejlődési rendellenesség). Prognózisa, különösen a komplett formának, nagyon rossz. Teendők: 1. Fertőzés megelőzendő mellkas, hasüreg zárása, 2. Sternum, hasfal, szívhiba rekonstrukciója. Betegek, eredmények: 1. Részleges sternumzárás, rekesz plasztika, omphalocela zárása a jobb kamra diverticulum rezekciójával (1986), majd 22 hónapos korban Fallot-IV rekonstrukciója (műtétet követően elvesztettük). 2. Intrauterin diagnosztizált betegnél részleges sternumzárás, rekesz plasztika, omphalocela zárás (1992), de a kis jobb kamra üreg miatt (Fallot IV) a diverticulumot nem lehetett resecálni. Shunt műtét, majd bal arteria pulmonalis ág plasztika + bidirectionalis Glenn, majd fenestralt TCPC, fenestratio zárása történt. 16 évesen panaszmentes. 3. 2700 gr-os újszülöttön, thoracalis típusu komplett ectopia cordis esetén, sikerült a szívet a mellkasba visszahelyezni, sternumot Goretex-foltal zárni, azt bőrrel fedni (2007). Jelenleg mellkas-plasztikai műtétre vár. Összefoglalás: Irodalmi ritkaságnak számító eseteink bizonyítják ezen komplex anomalia műtéti lehetőségét. Mindhárom betegben a szív repositioja sikeres volt. Tudomásunk szerint 16 éves betegünk a világon a leghosszabb túlélő, akinél a társult szívhiba is rekonstrukcióra került. A hasfal-, sternum rekonstrukciójához sebészeti kooperáció elengedhetetlen.

Absztrakt (angol)

Ectopia cordis is a very rare congenital anomaly, it is classified into five types: cervical, cervicothoracic, thoracic, abdominal and thoracoabdominal. The majority of patients have associated intracardiac defects. The two most common forms are the thoracic and thoracoabdominal type. Prognosis, particularly in the complete form and significant heart defects is very poor. The goal of the initial management is providing coverage of the bare heart with skin or synthetic material preventing the infection. Later on repair of the intracardiac defects and the reconstruction of the chest wall can be done. Patients, results: 1. Closure of the chest wall defect, including the sternal defect, repair of the omphalocela and resection of the right ventricular diverticulum (1986) were performed, 22 months later the tetralogy of Fallot was corrected (we lost this pts). 2. Intrauterin diagnosis, repair of the sternal defect, omphalocela and left modified Blalock-Taussig shunt (tetralogy of Fallot) was performed in newborn period (1992). The resection of the right ventricular diverticulum was impossible because of the small right ventricular cavity. Bidirectional Glenn shunt and pulmonary arterioplasty, then TCPC was performed. The 16 year old boy is doing well. 3. At newborn (2700gr) with complete thoracic ectopia cordis it was possible to replace the heart in the thoracic cavity. A Goretex patch was first placed to close the sternum defect, and then the skin flaps were approximated and closed. This technique decreased the protrusion of the heart outside the thorax without compression. (2007). Now he is waiting for reconstruction of chest wall. Conclusions: In the author's experience, it is possible the successful surgical management of this rare complex anomaly. In all cases the replacement of the heart in the thoracic cavity was successful. To our knowledge, the 16 year old boy has the longest follow-up period after the reconstruction of the ectopia cordis and complex heart defects.

Sorszám

86.

Szerzők neve

Hüttl Tivadar, Friedrich Orsolya, Hartyánszky István, Daróczi László, Veres Gábor, Szabolcs Zoltán
SE Ér-és Szívsebészeti Klinika

Cím (magyar)

Szemléletváltás a mitralis billentyű sebészetében

Cím (angol)

A new way of looking at mitral valve surgery A new way of looking at mitral valve surgery A new way of looking at mitral valve surgery A new way looking at mitral valve surgery

Téma

Szívsebészet (11)

Kulcsszavak

heart surgery, mitral valve repair

Típus

Előadás (10 perc + 5 perc vita)

Absztrakt (magyar)

BEVEZETÉS Az invazív beavatkozások számának növekedése a billentyű műtétek relatív és abszolút számának növekedését eredményezte. A vitiumok okaként szereplő patológiai elváltozások között előtérbe kerültek a plasztikai megoldásokra alkalmas degeneratív elváltozások. **ANYAG ÉS MÓDSZER** Megvizsgáltuk retrospektíve az intézetünkben 2006/2007-ben mitrális billentyű műtéten átesett betegek műtéti technikáit valamint a kórházi halálozást. **EREDMÉNYEK** Az Ér-és Szívsebészeti Klinikán 2006/2007 évben 203 beavatkozást végeztünk mitrális billentyűn (az összes műtét 15 %-a), önmagában vagy más billentyű beavatkozással, vagy koronária műtéttel együtt. A billentyű patológiát a műtét előtt, alatt és után transzözofágéális ultrahang vizsgálattal ellenőriztük. Plasztikai megoldás 45 esetben (22%) volt kivitelezhető minden esetben mitrális regurgitációk megoldása céljából, a többi 158 betegnél műbillentyű beültetés történt. A degeneratív billentyű insufficienciák 60%-ában tudtuk a billentyűt megőrizni, mindez azonban csak a saját korábbi eredményeinkhez képest jelent előrelépést. Mindkét vitorlát érintő elváltozás esetén nem kíséreltünk meg plasztikát. A hátsó vitorla izolált elváltozásainál a plasztika minden esetben kivitelezhető volt. Leggyakrabban az érintett szakasz rezekciója és az anulus rugalmas gyűrűvel történő rekonstrukciója volt a megoldás. Két betegnél az előláb vitorla ínhúrrupturáját ínhúr transzpozícióval oldottuk meg. Iszkémiás billentyűelégtelenség kapcsán 12 esetben végeztünk anulus plasztikát zárt, merev gyűrű bevarrásával, illetve a hátsó anulus szűkítésével, 18 betegnél műbillentyűt ültettünk be. A kórházi halálozás tekintetében a plasztikai megoldások kedvezőbbek voltak (3, 1%) a műbillentyű beültetéshez képest (5,1%). **KÖVETKEZTETÉS** A mitrális vitiumok sebészi kezelésében mind nagyobb szerepet kapnak a plasztikai megoldások, melyek rövid távú kórházi halálozása kedvezőbb a műbillentyű beültetésénél. A billentyűmegőrző műtétek prioritását hosszabb távon a tromboembóliás szövődmények ritkább előfordulása és a jobban megőrzött bal kamra funkció képezheti, amit hosszú távú utánkövetéssel igazolhatunk.

Absztrakt (angol)

Introduction Since invasive interventions are practiced more frequently the number of coronary operations decreased. At the same time the number of valvular operations has risen, thus its proportion compared to other surgeries became higher. Pathology causing valvular disease has also changed in the last decades, and the number of degenerative mitral vitiums feasible for valve repair has increased. **Methods** We analyzed retrospectively the surgical interventions of 203 patients underwent mitral valve surgery in our institution in 2006-2007. **Results** In the year of 2006/2007 in the Department of Cardiovascular Surgery of Semmelweis University, we have performed 203 surgery on the mitral valve (15% of all operations). The valve pathology was monitored with transesophageal echo before, during and after the operation. Valve repair was possible in 45 cases (22 %), in the remaining 158 cases valve replacement was necessary. We could retain the original valve in 60 % of degenerative cases. Unfortunately this only shows improvement regarding our previous results. In cases, where both leaflets were involved, we usually didn't even attempt to perform valve repair. On the other hand valvuloplasty was performed in all cases where abnormalities were found in the posterior leaflet. Most frequently the surgical method was the resection and suture of the involved parts, and the reconstruction with the help of the elastic anular ring. In two cases of chordal rupture in the anterior leaflet, we performed chordal transposition. In 12 cases of ischemic mitral insufficiency the surgical method was anuloplasty (rigid anular ring or single stiches fixing the posterior leaflet anulus), in 18 patients a prosthetic valve was implanted. In terms of the clinical mortality rates valvuloplasties were more successful (3.1 %) compared to valve replacements (5.1 %). **Conclusion** Valve repair methods are getting more importance in mitral valve surgery, and the short term hospital mortality rates are better than in valve replacement. The priority of the valve preserving interventions can be based on the less common occurrence of the thromboembolic complications and better left ventricular function, that can be verified by long term follow-up.

Sorszám

Szerzők neve

Apor Astrid, Balázs György, Simonffy Árpád, Szabolcs Zoltán, Merkely Béla
Se Kardiológiai Tanszék Cardiovascularis Centrum

Cím (magyar)

Acute aorta syndroma (AAS) speciális formájával, az acute intramurális haematómával (IMH) szerzett tapasztalataink 2007-ben

Cím (angol)
Szerzők neve
Téma

Székely László, Fekete Béla, Szudi László, Szabó J Zoltán, Juhász Boglárka, Horkay Ferenc
Országos Kardiológiai Országos Kardiológiai Központ, Szívsebészeti Osztály

Kulcsszavak
Típus
Cím (angol)

Mitralis regurgitáció miatt végzett plasztika eredményei - GOKI tapasztalatok
Előadás (10 perc + 5 perc vita)
Mitral repair in mitral valve insufficiency - GOKI experiences

Téma

Bevezetés: Az acute aorta syndroma fogalma összefoglalja az aorta dissectio újabb osztályozásának (class I-V) megfelelő klinikai diagnózisokat: localis vagy klasszikus aorta dissectio, intramuralis aorta haematoma (IMH) illetve penetráló aorta dilatáció.

Kulcsszavak
Típus

Céltűzés Retrospektív módon azon betegek kórtörténeti adatai alapján, akik a vizsgálati eredményeiket (echocardiographia, CT, MR), és kezelési módjukat megosztották.

Absztrakt (magyar)

2007-ben a thoracalis IMH igazolódott 177 esetben. Számos diagnózisra került sor, melyek közül a leggyakoribb aorta dissectio volt. A legtöbb esetben aorta dissectio volt, melyet a vizsgálati eredmények alapján diagnosztizáltak. A legtöbb esetben aorta dissectio volt, melyet a vizsgálati eredmények alapján diagnosztizáltak. A legtöbb esetben aorta dissectio volt, melyet a vizsgálati eredmények alapján diagnosztizáltak.

Absztrakt (magyar)

Az aorta dissectio a leggyakoribb akut aorta szindróma formája. A legtöbb esetben aorta dissectio volt, melyet a vizsgálati eredmények alapján diagnosztizáltak. A legtöbb esetben aorta dissectio volt, melyet a vizsgálati eredmények alapján diagnosztizáltak. A legtöbb esetben aorta dissectio volt, melyet a vizsgálati eredmények alapján diagnosztizáltak.

Absztrakt (angol)

Background: Acute aortic syndrome (AAS) is a clinical diagnosis that includes aortic dissection, intramural aortic hematoma (IMH), and penetrating aortic aneurysm. The aim of this study was to analyze the clinical features and treatment outcomes of patients with AAS in our institution. Methods: We performed a retrospective analysis of 177 patients with AAS who were treated in our institution between January 2007 and December 2007. Results: The most common diagnosis was aortic dissection (71.8%), followed by IMH (23.2%) and penetrating aortic aneurysm (5.0%). The average age was 60.5 years. The most common symptoms were chest pain (95.5%) and back pain (85.3%). The most common complications were stroke (11.3%), paraplegia (10.2%), and renal failure (9.6%). The average hospital stay was 10.5 days. The average mortality rate was 14.7%. Conclusions: AAS is a life-threatening condition that requires prompt diagnosis and treatment. Our study shows that the most common diagnosis is aortic dissection, and the most common symptoms are chest pain and back pain.

Absztrakt (angol)

Background: Acute aortic syndrome (AAS) is a clinical diagnosis that includes aortic dissection, intramural aortic hematoma (IMH), and penetrating aortic aneurysm. The aim of this study was to analyze the clinical features and treatment outcomes of patients with AAS in our institution. Methods: We performed a retrospective analysis of 177 patients with AAS who were treated in our institution between January 2007 and December 2007. Results: The most common diagnosis was aortic dissection (71.8%), followed by IMH (23.2%) and penetrating aortic aneurysm (5.0%). The average age was 60.5 years. The most common symptoms were chest pain (95.5%) and back pain (85.3%). The most common complications were stroke (11.3%), paraplegia (10.2%), and renal failure (9.6%). The average hospital stay was 10.5 days. The average mortality rate was 14.7%. Conclusions: AAS is a life-threatening condition that requires prompt diagnosis and treatment. Our study shows that the most common diagnosis is aortic dissection, and the most common symptoms are chest pain and back pain.

Background: Acute aortic syndrome (AAS) is a clinical diagnosis that includes aortic dissection, intramural aortic hematoma (IMH), and penetrating aortic aneurysm. The aim of this study was to analyze the clinical features and treatment outcomes of patients with AAS in our institution. Methods: We performed a retrospective analysis of 177 patients with AAS who were treated in our institution between January 2007 and December 2007. Results: The most common diagnosis was aortic dissection (71.8%), followed by IMH (23.2%) and penetrating aortic aneurysm (5.0%). The average age was 60.5 years. The most common symptoms were chest pain (95.5%) and back pain (85.3%). The most common complications were stroke (11.3%), paraplegia (10.2%), and renal failure (9.6%). The average hospital stay was 10.5 days. The average mortality rate was 14.7%. Conclusions: AAS is a life-threatening condition that requires prompt diagnosis and treatment. Our study shows that the most common diagnosis is aortic dissection, and the most common symptoms are chest pain and back pain.

12.

Sorszám

Szerzők neve

Bartha Elektra, Szabolcs Zoltán, Endre Moravcsik, Merkely Béla, Bodor Elek
Semmelweis Egyetem, Kardiológiai Központ, Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika

Cím (magyar)

Súlyos HOCM sebészi kezelésének eredményei klinikánkon. 17 év tapasztalatai

Cím (angol)

Results of surgical therapy in patients with severe HOCM. 17 years experience

Téma

Szívéltelenség, echocardiographia (2)

Kulcsszavak

hypertrophiás cardiomyopathia

Típus

Előadás (10 perc + 5 perc vita)

Absztrakt (magyar)

Bevezetés: A hypertrophiás cardiomyopathia a leggyakoribb (prevalencia:0,2%) autosomalis, dominánsan öröklődő szívbetegség, mely rendszerint a bal kamra hypertrophiájával jár. A betegek kb 25%-a hypertrophiás obstructiv cardiomyopáthiában (HOCM) szenved. Súlyos terápia refracter HOCM-ben sebészi terápia jön szóba. Cél:A vizsgálat célja a sebészi kezelés hatékonyságának megítélése súlyos HOCM-ben. Módszer:A HOCM-s betegek clinici és echocardiographiás adatainak pre- és postoperatív vizsgálata a sebészileg kezelt betegekben.A sebészi beavatkozás kritériumai:(1)persistáló tünetek optimális terápia ellenére;(2)a septum vastagság ≥ 20 mm;(3)LVOTgradiens ≥ 50 Hgmm nyugalomban, ≥ 60 Hgmm provocatori;(4)intrinsic mitralis billentyű betegség közepes vagy súlyos insuffitentiával;(5)kifejezett papillaris izom hypertrophia voltak.A sebészi beavatkozáskor minden betegnél septalis myectomy, papillaris izom resectio és mitralis műbillentyű implantatio történt. Eredmények:1990 januárjától 2007 decemberéig 22 beteg(8 férfi,14 nő; átlagéletkor:45 \pm 16;16-71év) került műtetre klinikánkon. 7 btg végleges PM implantatióban részesült vezetési zavar miatt. 3 btg halt meg, mindhárom 3 hónapon belül , a halálokok: cerebralis, -stone heart-LCO syndroma és korai műbillentyű endocarditis voltak.A preoperatív és postoperatív clinici és echocardiographiás adatokat összehasonlítva significans csökkenést találtunk:(1)NYHA stadium 3,1 \pm 0,6-ről 1,1 \pm 1,0-re p<0.001;(2)LVOT gradiens 110 \pm 38Hgmm-ről 10 \pm 6 Hgmm-re p<0.00001;(3)septum vastagság 30 \pm 0,7mm-ről 21 \pm 2mm-re p=0.05, significans növekedést észleltünk:(1)BK systolés átmérő 16 \pm 6,1mm-ről 25 \pm 6mm-re p<0.001;(2)BK diastolés átmérő 31 \pm 7,5mm-ről 37 \pm 5,5mm-re p<0.0002. Az átlagos utánkövetési idő 7,3 \pm 5 év volt, 17beteg panaszmentes, 2 nőbeteg sikeresen kezelt műbillentyű thrombosit állott ki(egyikük graviditás alatt). Következtetések:A súlyos, symptomás HOCM miatt végzett sebészi beavatkozás, eredményeink alapján igen hatékony a betegek kezelésében.

Absztrakt (angol)

Background: Hypertrophic cardiomyopathy(HCM) is the commonest(prevalence:0,2%) autosomal dominant heritable cardiac disorder and usually affects the left ventricle. In about 25% of cases have hypertrophic obstructive cardiomyopathy(HOCM).For patients with severe symptoms who are refracter to optimal therapy surgical therapy can be considered. Aim: The aim of the study was to assess the outcome of surgery in severe HOCM. Methods: Comparison of preoperative and postoperative clinical and echocardiographic data in surgically treated HOCM pts. Selection criteria for surgery were(1)symptoms despite optimal therapy;(2)septal thickness ≥ 20 mm;(3)LVOTgradient ≥ 50 mmHg at rest, ≥ 60 mmHg at provocation;(4)intrinsic mitral valve abnormalities with moderate or severe mitral insufficiency;(5)pronounced papillary muscle hypertrophy.All pts underwent ventricular septal myectomy,papillary muscle excision, and mitral valve replacement. Results: Between January 1990 and December 2007 22 pts (8 males, 14 females; mean age:45 \pm 16ys;range 16-71ys) were operated.Three of 22pts died and all of them in 3months after surgery(causes of death were: cerebral; -stone heart-,LCO syndrome; early prosthetic valve endocarditis). Seven of 22pts recieved permanent PM because of conduction abnormalities.Comparing preoperative and postoperative clinical and echocardiographic findings significantly decreased :(1)NYHA class from 3,1 \pm 0,6 to 1,1 \pm 1,0; p<0.001;(2)LVOT gradient from110 \pm 38 to10 \pm 6; p<0.00001;(3)septal thickness from30 \pm 0,7 to21 \pm 2;p=0.05 and significantly increased:(1)LV systolic diameter from16 \pm 6,1 to25 \pm 6; p<0.001; (2)LV diastolic diameter from31 \pm 7,5 to 37 \pm 5,5; p<0.0002.The mean follow up time was 7,3 \pm 5years, 17 out of 19pts were asymptomatic, 2 females had successfully treated mechanical valve thrombosis(1 of them during pregnancy). Conclusions: Regarding our clinical data surgery is an efficient treatment in patients with severe symptomatic HOCM.

Sorszám

Szerzők neve

Hartyánszky István, Verebély Tibor, Kádár Krisztina, Oprea Valéria, Bodor Gábor, Fischer Krisztián, Szatmári András*Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet Semmleweis Egyetem, I. Gyermekklinika*

Cím (magyar)

Ectopia cordis sebészi kezelése

Cím (angol)

Successful repair of ectopia cordis

Téma

Szívsebészet (11)

Kulcsszavak

paediatric cardiology, cardiac surgery

Típus

Előadás (10 perc + 5 perc vita)

Absztrakt (magyar)

Az ectopia cordis nagyon ritka fejlődési rendellenesség, a prenatalis diagnosztika fejlődésével az intrauterin felismerés miatt (terhesség terminalasa) még ritkában kerül sebészi kezelésre. Öt megjelenési formája van: cervicalis, cervicothoracalis, thoracalis, thoracoabdominalis és abdominalis. Többnyire súlyos szívhibával társul, de előfordul egyézsleges szív mellett is. Utolsó kettő forma a leggyakoribb, társulva Cantrell szindrómával (hasadt sternum, pericardium-, rekesz-, elülső hasfal hiány, veleszületett szívfejlődési rendellenesség). Prognózisa, különösen a komplett formának, nagyon rossz. Teendők: 1. Fertőzés megelőzendő mellkas, hasüreg zárása, 2. Sternum, hasfal, szívhiba rekonstrukciója. Betegek, eredmények: 1. Részleges sternumzárás, rekesz plasztika, omphalocela zárása a jobb kamra diverticulum rezekciójával (1986), majd 22 hónapos korban Fallot-IV rekonstrukciója (műtétet követően elvesztettük). 2. Intrauterin diagnosztizált betegnél részleges sternumzárás, rekesz plasztika, omphalocela zárás (1992), de a kis jobb kamra üreg miatt (Fallot IV) a diverticulumot nem lehetett resecálni. Shunt műtét, majd bal arteria pulmonalis ág plasztika + bidirectional Glenn, majd fenestralt TCPC, fenestratio zárása történt. 16 évesen panaszmentes. 3. 2700 gr-os újszülöttön, thoracalis típusu komplett ectopia cordis esetén, sikerült a szívet a mellkasba visszahelyezni, sternumot Goretex-foltal zárni, azt bőrrel fedni (2007). Jelenleg mellkas-plasztikai műtétre vár. Összefoglalás: Irodalmi ritkaságnak számító eseteink bizonyítják ezen komplex anomalia műtéti lehetőségét. Mindhárom betegben a szív repositioja sikeres volt. Tudomásunk szerint 16 éves betegünk a világon a leghosszabb túlélő, akinél a társult szívhiba is rekonstrukcióra került. A hasfal-, sternum rekonstrukciójához sebészeti kooperáció elengedhetetlen.

Absztrakt (angol)

Ectopia cordis is a very rare congenital anomaly, it is classified into five types: cervical, cervicothoracic, thoracic, abdominal and thoracoabdominal. The majority of patients have associated intracardiac defects. The two most common forms are the thoracic and thoracoabdominal type. Prognosis, particularly in the complete form and significant heart defects is very poor. The goal of the initial management is providing coverage of the bare heart with skin or synthetic material preventing the infection. Later on repair of the intracardiac defects and the reconstruction of the chest wall can be done. Patients, results: 1. Closure of the chest wall defect, including the sternal defect, repair of the omphalocela and resection of the right ventricular diverticulum (1986) were performed, 22 months later the tetralogy of Fallot was corrected (we lost this pts). 2. Intrauterin diagnosis, repair of the sternal defect, omphalocela and left modified Blalock-Taussig shunt (tetralogy of Fallot) was performed in newborn period (1992). The resection of the right ventricular diverticulum was impossible because of the small right ventricular cavity. Bidirectional Glenn shunt and pulmonary arterioplasty, then TCPC was performed. The 16 year old boy is doing well. 3. At newborn (2700gr) with complete thoracic ectopia cordis it was possible to replace the heart in the thoracic cavity. A Goretex patch was first placed to close the sternum defect, and then the skin flaps were approximated and closed. This technique decreased the protrusion of the heart outside the thorax without compression. (2007). Now he is waiting for reconstruction of chest wall. Conclusions: In the author's experience, it is possible the successful surgical management of this rare complex anomaly. In all cases the replacement of the heart in the thoracic cavity was successful. To our knowledge, the 16 year old boy has the longest follow-up period after the reconstruction of the ectopia cordis and complex heart defects.

Sorszám	
Szerzők neve	Hüttl Tivadar, Friedrich Orsolya, Hartyánszky István, Daróczi László, Veres Gábor, Szabolcs Zoltán <i>SE Ér-és Szívsebészeti Klinika</i>
Cím (magyar)	Szemléletváltás a mitralis billentyű sebészetében
Cím (angol)	A new way of looking at mitral valve surgery A new way of looking at mitral valve surgery A new way of looking at mitral valve surgery A new way looking at mitral valve surgery
Téma	Szívsebészet (11)
Kulcsszavak	heart surgery, mitral valve repair
Típus	Előadás (10 perc + 5 perc vita)
Absztrakt (magyar)	<p>BEVEZETÉS Az invazív beavatkozások számának növekedése a billentyű műtétek relatív és abszolút számának növekedését eredményezte. A vitiumok okaként szereplő patológiai elváltozások között előtérbe kerültek a plasztikai megoldásokra alkalmas degeneratív elváltozások.</p> <p>ANYAG ÉS MÓDSZER Megvizsgáltuk retrospektíve az intézetünkben 2006/2007-ben mitrális billentyű műtéten átesett betegek műtéti technikáit valamint a kórházi halálozást. EREDMÉNYEK Az Ér-és Szívsebészeti Klinikán 2006/2007 évben 203 beavatkozást végeztünk mitrális billentyűn (az összes műtét 15 %-a), önmagában vagy más billentyű beavatkozással, vagy koronária műtéttel együtt. A billentyű patológiát a műtét előtt, alatt és után transzözofágéális ultrahang vizsgálattal ellenőriztük. Plasztikai megoldás 45 esetben (22%) volt kivitelezhető minden esetben mitrális regurgitációk megoldása céljából, a többi 158 betegnél műbillentyű beültetés történt. A degeneratív billentyű insufficienciák 60%-ában tudtuk a billentyűt megőrizni, mindez azonban csak a saját korábbi eredményeinkhez képest jelent előrelépést. Mindkét vitorlát érintő elváltozás esetén nem kíséreltünk meg plasztikát. A hátsó vitorla izolált elváltozásainál a plasztika minden esetben kivitelezhető volt. Leggyakrabban az érintett szakasz rezekciója és az anulus rugalmas gyűrűvel történő rekonstrukciója volt a megoldás. Két betegnél az elülső vitorla ínhúrrupturáját ínhúr transzpozícióval oldottuk meg. Iszkémiás billentyűelégtelenség kapcsán 12 esetben végeztünk anulus plasztikát zárt, merev gyűrű bevarrásával, illetve a hátsó anulus szűkítésével, 18 betegnél műbillentyűt ültettünk be. A kórházi halálozás tekintetében a plasztikai megoldások kedvezőbbek voltak (3, 1%) a műbillentyű beültetéshez képest (5,1%). KÖVETKEZTETÉS A mitrális vitiumok sebészi kezelésében mind nagyobb szerepet kapnak a plasztikai megoldások, melyek rövid távú kórházi halálozása kedvezőbb a műbillentyű beültetésénél. A billentyűmegőrző műtétek prioritását hosszabb távon a tromboembóliás szövődmények ritkább előfordulása és a jobban megőrzött bal kamra funkció képezheti, amit hosszú távú utánkövetéssel igazolhatunk.</p> <p>Introduction Since invasive interventions are practiced more frequently the number of coronary operations decreased. At the same time the number of valvular operations has risen, thus it's proportion compared to other surgeries became higher. Pathology causing valvular disease has also changed in the last decades, and the number of degenerative mitral vitiums feasible for valve repair has increased. Methods We analyzed retrospectively the surgical interventions of 203 patients underwent mitral valve surgery in our institution in 2006-2007. Results In the year of 2006/2007 in the Department of Cardiovascular Surgery of Semmelweis University, we have performed 203 surgery on the mitral valve (15% of all operations). The valve pathology was monitored with transesophageal echo before, during and after the operation. Valve repair was possible in 45 cases (22 %), in the remaining 158 cases valve replacement was necessary. We could retain the original valve in 60 % of degenerative cases. Unfortunately this only shows improvement regarding our previous results. In cases, where both leaflets were involved, we usually didn't even attempt to perform valve repair. On the other hand valvuloplasty was performed in all cases where abnormalities were found in the posterior leaflet. Most frequently the surgical method was the resection and suture of the involved parts, and the reconstruction with the help of the elastic anular ring. In two cases of chordal rupture in the anterior leaflet, we performed chordal transposition. In 12 cases of ischemic mitral insufficiency the surgical method was anuloplasty (rigid anular ring or single stiches fixing the posterior leaflet anulus), in 18 patients a prosthetic valve was implanted. In terms of the clinical mortality rates valvuloplasties were more successful (3.1 %) compared to valve replacements (5.1 %). Conclusion Valve repair methods are getting more importance in mitral valve surgery, and the short term hospital mortality rates are better than in valve replacement. The priority of the valve preserving interventions can be based on the less common occurrence of the thromboembolic complications and better left ventricular function, that can be verified by long term follow-up.</p>
Absztrakt (angol)	

12.

Sorszám

Szerzők neve

Bartha Elektra, Szabolcs Zoltán, Endre Moravcsik, Merkely Béla, Bodor Elek
Semmelweis Egyetem, Kardiológiai Központ, Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika

Cím (magyar)

Súlyos HOCM sebészi kezelésének eredményei klinikánkon. 17 év tapasztalatai

Cím (angol)

Results of surgical therapy in patients with severe HOCM. 17 years experience

Téma

Szívélgtelenség, echocardiographia (2)

Kulcsszavak

hypertrophiás cardiomyopathia

Típus

Előadás (10 perc + 5 perc vita)

Absztrakt (magyar)

Bevezetés: A hypertrophiás cardiomyopathia a leggyakoribb (prevalencia:0,2%) autosomalis, dominánsan öröklődő szívbetegség, mely rendszerint a bal kamra hypertrophiájával jár. A betegek kb 25%-a hypertrophiás obstructiv cardiomyopáthiában (HOCM) szenved. Súlyos terápia refracter HOCM-ben sebészi terápia jön szóba. Cél:A vizsgálat célja a sebészi kezelés hatékonyságának megítélése súlyos HOCM-ben. Módszer:A HOCM-s betegek clinici és echocardiographiás adatainak pre- és postoperatív vizsgálata a sebészileg kezelt betegekben.A sebészi beavatkozás kritériumai:(1)persistáló tünetek optimális terápia ellenére;(2)a septum vastagság ≥ 20 mm;(3)LVOTgradiens ≥ 50 Hgmm nyugalomban, ≥ 60 Hgmm provocatori;(4) intrinsic mitralis billentyű betegség közepes vagy súlyos insuffitientiával;(5)kifejezett papillaris izom hypertrophia voltak.A sebészi beavatkozáskor minden betegnél septalis myectomy, papillaris izom resectio és mitralis műbillentyű implantatio történt. Eredmények:1990 januárjától 2007 decemberéig 22 beteg(8 férfi,14 nő; átlagéletkor:45 \pm 16;16-71év) került műtetre klinikánkon. 7 btg végleges PM implantatióban részesült vezetési zavar miatt. 3 btg halt meg, mindhárom 3 hónapon belül , a halálokok: cerebralis, -stone heart-LCO syndroma és korai műbillentyű endocarditis voltak.A preoperatív és postoperatív clinici és echocardiographiás adatokat összehasonlítva significans csökkenést találtunk:(1)NYHA stadium 3,1 \pm 0,6-ről 1,1 \pm 1,0-re p<0.001;(2)LVOT gradiens 110 \pm 38Hgmm-ről 10 \pm 6 Hgmm-re p<0.00001;(3)septum vastagság 30 \pm 0,7mm-ről 21 \pm 2mm-re p=0.05, significans növekedést észleltünk:(1)BK systolés átmérő 16 \pm 6,1mm-ről 25 \pm 6mm-re p<0.001;(2)BK diastolés átmérő 31 \pm 7,5mm-ről 37 \pm 5,5mm-re p<0.0002. Az átlagos utánkövetési idő 7,3 \pm 5 év volt, 17beteg panaszmentes, 2 nőbeteg sikeresen kezelt műbillentyű thrombosit állott ki(egyikük graviditás alatt). Következtetések:A súlyos, symptomás HOCM miatt végzett sebészi beavatkozás, eredményeink alapján igen hatékony a betegek kezelésében.

Absztrakt (angol)

Background: Hypertrophic cardiomyopathy(HCM) is the commonest(prevalence:0,2%) autosomal dominant heritable cardiac disorder and usually affects the left ventricle. In about 25% of cases have hypertrophic obstructive cardiomyopathy(HOCM).For patients with severe symptoms who are refracter to optimal therapy surgical therapy can be considered. Aim: The aim of the study was to assess the outcome of surgery in severe HOCM. Methods: Comparison of preoperative and postoperative clinical and echocardiographic data in surgically treated HOCM pts. Selection criteria for surgery were(1)symptoms despite optimal therapy;(2)septal thickness ≥ 20 mm;(3)LVOTgradient ≥ 50 mmHg at rest, ≥ 60 mmHg at provocation;(4)intrinsic mitral valve abnormalities with moderate or severe mitral insufficiency;(5)pronounced papillary muscle hypertrophy.All pts underwent ventricular septal myectomy,papillary muscle excision, and mitral valve replacement. Results: Between January 1990 and December 2007 22 pts (8 males, 14 females; mean age:45 \pm 16ys;range 16-71ys) were operated.Three of 22pts died and all of them in 3months after surgery(causes of death were: cerebral; -stone heart-,LCO syndrome; early prosthetic valve endocarditis). Seven of 22pts recieved permanent PM because of conduction abnormalities.Comparing preoperative and postoperative clinical and echocardiographic findings significantly decreased :(1)NYHA class from 3,1 \pm 0,6 to 1,1 \pm 1,0; p<0.001;(2)LVOT gradient from110 \pm 38 to10 \pm 6; p<0.00001;(3)septal thickness from30 \pm 0,7 to21 \pm 2;p=0.05 and significantly increased:(1)LV systolic diameter from16 \pm 6,1 to25 \pm 6; p<0.001; (2)LV diastolic diameter from31 \pm 7,5 to 37 \pm 5,5; p<0.0002.The mean follow up time was 7,3 \pm 5years, 17 out of 19pts were asymptomatic, 2 females had successfully treated mechanical valve thrombosis(1 of them during pregnancy). Conclusions: Regarding our clinical data surgery is an efficient treatment in patients with severe symptomatic HOCM.

Sorszám

Szerzők neve

Hartyánszky István, Verebely Tibor, Kádár Krisztina, Oprea Valéria, Bodor Gábor, Fischer Krisztián, Szatmári András*Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet Semmleweis Egyetem, I. Gyermekklinika*

Cím (magyar)

Ectopia cordis sebészi kezelése

Cím (angol)

Successful repair of ectopia cordis

Téma

Szívsebészet (11)

Kulcsszavak

paediatric cardiology, cardiac surgery

Típus

Előadás (10 perc + 5 perc vita)

Absztrakt (magyar)

Az ectopia cordis nagyon ritka fejlődési rendellenesség, a prenatalis diagnosztika fejlődésével az intrauterin felismerés miatt (terhesség terminalasa) még ritkában kerül sebészi kezelésre. Öt megjelenési formája van: cervicalis, cervicothoracalis, thoracalis, thoracoabdominalis és abdominalis. Többnyire súlyos szívhibával társul, de előfordul egyéjszeges szív mellett is. Utolsó kettő forma a leggyakoribb, társulva Cantrell szindrómával (hasadt sternum, pericardium-, rekesz-, elülső hasfal hiány, veleszületett szívfejlődési rendellenesség). Prognózisa, különösen a komplett formának, nagyon rossz. Teendők: 1. Fertőzés megelőzendő mellkas, hasüreg zárása, 2. Sternum, hasfal, szívhiba rekonstrukciója. Betegek, eredmények: 1. Részleges sternumzárás, rekesz plasztika, omphalocela zárása a jobb kamra diverticulum rezekciójával (1986), majd 22 hónapos korban Fallot-IV rekonstrukciója (műtétet követően elvesztettük). 2. Intrauterin diagnosztizált betegnél részleges sternumzárás, rekesz plasztika, omphalocela zárás (1992), de a kis jobb kamra üreg miatt (Fallot IV) a diverticulumot nem lehetett resecálni. Shunt műtét, majd bal arteria pulmonalis ág plasztika + bidirectionalis Glenn, majd fenestralt TCPC, fenestratio zárása történt. 16 évesen panaszmentes. 3. 2700 gr-os újszülöttön, thoracalis típusu komplett ectopia cordis esetén, sikerült a szívet a mellkasba visszahelyezni, sternumot Goretex-foltal zárni, azt bőrrel fedni (2007). Jelenleg mellkas-plasztikai műtétre vár. Összefoglalás: Irodalmi ritkaságnak számító eseteink bizonyítják ezen komplex anomalia műtéti lehetőségét. Mindhárom betegben a szív repositioja sikeres volt. Tudomásunk szerint 16 éves betegünk a világon a leghosszabb túlélő, akinél a társult szívhiba is rekonstrukcióra került. A hasfal-, sternum rekonstrukciójához sebészeti kooperáció elengedhetetlen.

Absztrakt (angol)

Ectopia cordis is a very rare congenital anomaly, it is classified into five types: cervical, cervicothoracic, thoracic, abdominal and thoracoabdominal. The majority of patients have associated intracardiac defects. The two most common forms are the thoracic and thoracoabdominal type. Prognosis, particularly in the complete form and significant heart defects is very poor. The goal of the initial management is providing coverage of the bare heart with skin or synthetic material preventing the infection. Later on repair of the intracardiac defects and the reconstruction of the chest wall can be done. Patients, results: 1. Closure of the chest wall defect, including the sternal defect, repair of the omphalocela and resection of the right ventricular diverticulum (1986) were performed, 22 months later the tetralogy of Fallot was corrected (we lost this pts). 2. Intrauterin diagnosis, repair of the sternal defect, omphalocela and left modified Blalock-Taussig shunt (tetralogy of Fallot) was performed in newborn period (1992). The resection of the right ventricular diverticulum was impossible because of the small right ventricular cavity. Bidirectional Glenn shunt and pulmonary arterioplasty, then TCPC was performed. The 16 year old boy is doing well. 3. At newborn (2700gr) with complete thoracic ectopia cordis it was possible to replace the heart in the thoracic cavity. A Goretex patch was first placed to close the sternum defect, and then the skin flaps were approximated and closed. This technique decreased the protrusion of the heart outside the thorax without compression. (2007). Now he is waiting for reconstruction of chest wall. Conclusions: In the author's experience, it is possible the successful surgical management of this rare complex anomaly. In all cases the replacement of the heart in the thoracic cavity was successful. To our knowledge, the 16 year old boy has the longest follow-up period after the reconstruction of the ectopia cordis and complex heart defects.

Sorszám	
Szerzők neve	Hüttl Tivadar, Friedrich Orsolya, Hartyánszky István, Daróczi László, Veres Gábor, Szabolcs Zoltán <i>SE Ér-és Szívsebészeti Klinika</i>
Cím (magyar)	Szemléletváltás a mitralis billentyű sebészetében
Cím (angol)	A new way of looking at mitral valve surgery A new way of looking at mitral valve surgery A new way of looking at mitral valve surgery A new way looking at mitral valve surgery
Téma	Szívsebészet (11)
Kulcsszavak	heart surgery, mitral valve repair
Típus	Előadás (10 perc + 5 perc vita)
Absztrakt (magyar)	<p>BEVEZETÉS Az invazív beavatkozások számának növekedése a billentyű műtétek relatív és abszolút számának növekedését eredményezte. A vitiumok okaként szereplő patológiai elváltozások között előtérbe kerültek a plasztikai megoldásokra alkalmas degeneratív elváltozások.</p> <p>ANYAG ÉS MÓDSZER Megvizsgáltuk retrospektíve az intézetünkben 2006/2007-ben mitrális billentyű műtéten átesett betegek műtéti technikáit valamint a kórházi halálozást. EREDMÉNYEK Az Ér-és Szívsebészeti Klinikán 2006/2007 évben 203 beavatkozást végeztünk mitrális billentyűn (az összes műtét 15 %-a), önmagában vagy más billentyű beavatkozással, vagy koronária műtéttel együtt. A billentyű patológiát a műtét előtt, alatt és után transzözofágéális ultrahang vizsgálattal ellenőriztük. Plasztikai megoldás 45 esetben (22%) volt kivitelezhető minden esetben mitrális regurgitációk megoldása céljából, a többi 158 betegnél műbillentyű beültetés történt. A degeneratív billentyű insufficienciák 60%-ában tudtuk a billentyűt megőrizni, mindez azonban csak a saját korábbi eredményeinkhez képest jelent előrelépést. Mindkét vitorlát érintő elváltozás esetén nem kíséreltünk meg plasztikát. A hátsó vitorla izolált elváltozásainál a plasztika minden esetben kivitelezhető volt. Leggyakrabban az érintett szakasz rezekciója és az anulus rugalmas gyűrűvel történő rekonstrukciója volt a megoldás. Két betegnél az előláb vitorla ínhúrrupturáját ínhúr transzpozícióval oldottuk meg. Iszkémiás billentyűelégtelenség kapcsán 12 esetben végeztünk anulus plasztikát zárt, merev gyűrű bevarrásával, illetve a hátsó anulus szűkítésével, 18 betegnél műbillentyűt ültettünk be. A kórházi halálozás tekintetében a plasztikai megoldások kedvezőbbek voltak (3, 1%) a műbillentyű beültetéshez képest (5,1%). KÖVETKEZTETÉS A mitrális vitiumok sebészi kezelésében mind nagyobb szerepet kapnak a plasztikai megoldások, melyek rövid távú kórházi halálozása kedvezőbb a műbillentyű beültetésénél. A billentyűmegőrző műtétek prioritását hosszabb távon a tromboembóliás szövődmények ritkább előfordulása és a jobban megőrzött bal kamra funkció képezheti, amit hosszú távú utánkövetéssel igazolhatunk.</p> <p>Introduction Since invasive interventions are practiced more frequently the number of coronary operations decreased. At the same time the number of valvular operations has risen, thus its proportion compared to other surgeries became higher. Pathology causing valvular disease has also changed in the last decades, and the number of degenerative mitral vitiums feasible for valve repair has increased. Methods We analyzed retrospectively the surgical interventions of 203 patients underwent mitral valve surgery in our institution in 2006-2007. Results In the year of 2006/2007 in the Department of Cardiovascular Surgery of Semmelweis University, we have performed 203 surgery on the mitral valve (15% of all operations). The valve pathology was monitored with transesophageal echo before, during and after the operation. Valve repair was possible in 45 cases (22 %), in the remaining 158 cases valve replacement was necessary. We could retain the original valve in 60 % of degenerative cases. Unfortunately this only shows improvement regarding our previous results. In cases, where both leaflets were involved, we usually didn't even attempt to perform valve repair. On the other hand valvuloplasty was performed in all cases where abnormalities were found in the posterior leaflet. Most frequently the surgical method was the resection and suture of the involved parts, and the reconstruction with the help of the elastic anular ring. In two cases of chordal rupture in the anterior leaflet, we performed chordal transposition. In 12 cases of ischemic mitral insufficiency the surgical method was anuloplasty (rigid anular ring or single stiches fixing the posterior leaflet anulus), in 18 patients a prosthetic valve was implanted. In terms of the clinical mortality rates valvuloplasties were more successful (3.1 %) compared to valve replacements (5.1 %). Conclusion Valve repair methods are getting more importance in mitral valve surgery, and the short term hospital mortality rates are better than in valve replacement. The priority of the valve preserving interventions can be based on the less common occurrence of the thromboembolic complications and better left ventricular function, that can be verified by long term follow-up.</p>
Absztrakt (angol)	

12.

Sorszám

Szerzők neve

Bartha Elektra, Szabolcs Zoltán, Endre Moravcsik, Merkely Béla, Bodor Elek
Semmelweis Egyetem, Kardiológiai Központ, Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika

Cím (magyar)

Súlyos HOCM sebészi kezelésének eredményei klinikánkon. 17 év tapasztalatai

Cím (angol)

Results of surgical therapy in patients with severe HOCM. 17 years experience

Téma

Szívélgtelenség, echocardiographia (2)

Kulcsszavak

hypertrophiás cardiomyopathia

Típus

Előadás (10 perc + 5 perc vita)

Absztrakt (magyar)

Bevezetés: A hypertrophiás cardiomyopathia a leggyakoribb (prevalencia:0,2%) autosomalis, dominánsan öröklődő szívbetegség, mely rendszerint a bal kamra hypertrophiájával jár. A betegek kb 25%-a hypertrophiás obstructiv cardiomyopáthiában (HOCM) szenved. Súlyos terápia refracter HOCM-ben sebészi terápia jön szóba. Cél:A vizsgálat célja a sebészi kezelés hatékonyságának megítélése súlyos HOCM-ben. Módszer:A HOCM-s betegek cliniciai és echocardiographiás adatainak pre- és postoperatív vizsgálata a sebészileg kezelt betegekben.A sebészi beavatkozás kritériumai:(1)persistáló tünetek optimális terápia ellenére;(2)a septum vastagság ≥ 20 mm;(3)LVOTgradiens ≥ 50 Hgmm nyugalomban, ≥ 60 Hgmm provocatoriara;(4) intrinsic mitralis billentyű betegség közepes vagy súlyos insuffitientiával;(5)kifejezett papillaris izom hypertrophia voltak.A sebészi beavatkozáskor minden betegnél septalis myectomy, papillaris izom resectio és mitralis műbillentyű implantatio történt. Eredmények:1990 januárjától 2007 decemberéig 22 beteg(8 férfi,14 nő; átlagéletkor:45 \pm 16;16-71év) került műtetre klinikánkon. 7 btg végleges PM implantatióban részesült vezetési zavar miatt. 3 btg halt meg, mindhárom 3 hónapon belül , a halálokok: cerebralis, -stone heart-LCO syndroma és korai műbillentyű endocarditis voltak.A preoperatív és postoperatív cliniciai és echocardiographiás adatokat összehasonlítva significans csökkenést találtunk:(1)NYHA stadium 3,1 \pm 0,6-ről 1,1 \pm 1,0-re p<0.001;(2)LVOT gradiens 110 \pm 38Hgmm-ről 10 \pm 6 Hgmm-re p<0.00001;(3)septum vastagság 30 \pm 0,7mm-ről 21 \pm 2mm-re p=0.05, significans növekedést észleltünk:(1)BK systolés átmérő 16 \pm 6,1mm-ről 25 \pm 6mm-re p<0.001;(2)BK diastolés átmérő 31 \pm 7,5mm-ről 37 \pm 5,5mm-re p<0.0002. Az átlagos utánkövetési idő 7,3 \pm 5 év volt, 17beteg panaszmentes, 2 nőbeteg sikeresen kezelt műbillentyű thrombosit állott ki(egyikük graviditás alatt). Következtetések:A súlyos, symptomás HOCM miatt végzett sebészi beavatkozás, eredményeink alapján igen hatékony a betegek kezelésében.

Absztrakt (angol)

Background: Hypertrophic cardiomyopathy(HCM) is the commonest(prevalence:0,2%) autosomal dominant heritable cardiac disorder and usually affects the left ventricle. In about 25% of cases have hypertrophic obstructive cardiomyopathy(HOCM).For patients with severe symptoms who are refracter to optimal therapy surgical therapy can be considered. Aim: The aim of the study was to assess the outcome of surgery in severe HOCM. Methods: Comparison of preoperative and postoperative clinical and echocardiographic data in surgically treated HOCM pts. Selection criteria for surgery were(1)symptoms despite optimal therapy;(2)septal thickness ≥ 20 mm;(3)LVOTgradient ≥ 50 mmHg at rest, ≥ 60 mmHg at provocation;(4)intrinsic mitral valve abnormalities with moderate or severe mitral insufficiency;(5)pronounced papillary muscle hypertrophy.All pts underwent ventricular septal myectomy,papillary muscle excision, and mitral valve replacement. Results: Between January 1990 and December 2007 22 pts (8 males, 14 females; mean age:45 \pm 16ys;range 16-71ys) were operated.Three of 22pts died and all of them in 3months after surgery(causes of death were: cerebral; -stone heart-,LCO syndrome; early prosthetic valve endocarditis). Seven of 22pts recieved permanent PM because of conduction abnormalities.Comparing preoperative and postoperative clinical and echocardiographic findings significantly decreased :(1)NYHA class from 3,1 \pm 0,6 to 1,1 \pm 1,0; p<0.001;(2)LVOT gradient from110 \pm 38 to10 \pm 6; p<0.00001;(3)septal thickness from30 \pm 0,7 to21 \pm 2;p=0.05 and significantly increased:(1)LV systolic diameter from16 \pm 6,1 to25 \pm 6; p<0.001; (2)LV diastolic diameter from31 \pm 7,5 to 37 \pm 5,5; p<0.0002.The mean follow up time was 7,3 \pm 5years, 17 out of 19pts were asymptomatic, 2 females had successfully treated mechanical valve thrombosis(1 of them during pregnancy). Conclusions: Regarding our clinical data surgery is an efficient treatment in patients with severe symptomatic HOCM.

Sorszám

Szerzők neve

Hartyánszky István, Verebély Tibor, Kádár Krisztina, Oprea Valéria, Bodor Gábor, Fischer Krisztián, Szatmári András*Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet Semmleweis Egyetem, I. Gyermekklinika*

Cím (magyar)

Ectopia cordis sebészi kezelése

Cím (angol)

Successful repair of ectopia cordis

Téma

Szívsebészet (11)

Kulcsszavak

paediatric cardiology, cardiac surgery

Típus

Előadás (10 perc + 5 perc vita)

Absztrakt (magyar)

Az ectopia cordis nagyon ritka fejlődési rendellenesség, a prenatalis diagnosztika fejlődésével az intrauterin felismerés miatt (terhesség terminalasa) még ritkában kerül sebészi kezelésre. Öt megjelenési formája van: cervicalis, cervicothoracalis, thoracalis, thoracoabdominalis és abdominalis. Többnyire súlyos szívhibával társul, de előfordul egyéjszentes szív mellett is. Utolsó kettő forma a leggyakoribb, társulva Cantrell szindrómával (hasadt sternum, pericardium-, rekesz-, elülső hasfal hiány, veleszületett szívfejlődési rendellenesség). Prognózisa, különösen a komplett formának, nagyon rossz. Teendők: 1. Fertőzés megelőzendő mellkas, hasüreg zárása, 2. Sternum, hasfal, szívhiba rekonstrukciója. Betegek, eredmények: 1. Részleges sternumzárás, rekesz plasztika, omphalocèle zárása a jobb kamra diverticulum rezekciójával (1986), majd 22 hónapos korban Fallot-IV rekonstrukciója (műtétet követően elvesztettük). 2. Intrauterin diagnosztizált betegnél részleges sternumzárás, rekesz plasztika, omphalocèle zárás (1992), de a kis jobb kamra üreg miatt (Fallot IV) a diverticulumot nem lehetett resecálni. Shunt műtét, majd bal arteria pulmonalis ág plasztika + bidirectional Glenn, majd fenestrált TCPC, fenestráció zárása történt. 16 évesen panaszmentes. 3. 2700 gr-os újszülöttön, thoracalis típusu komplett ectopia cordis esetén, sikerült a szívet a mellkasba visszahelyezni, sternumot Goretex-foltal zárni, azt bőrrel fedni (2007). Jelenleg mellkas-plasztikai műtétre vár. Összefoglalás: Irodalmi ritkaságnak számító eseteink bizonyítják ezen komplex anomalia műtéti lehetőségét. Mindhárom betegben a szív repositioja sikeres volt. Tudomásunk szerint 16 éves betegünk a világon a leghosszabb túlélő, akinél a társult szívhiba is rekonstrukcióra került. A hasfal-, sternum rekonstrukciójához sebészeti kooperáció elengedhetetlen.

Absztrakt (angol)

Ectopia cordis is a very rare congenital anomaly, it is classified into five types: cervical, cervicothoracic, thoracic, abdominal and thoracoabdominal. The majority of patients have associated intracardiac defects. The two most common forms are the thoracic and thoracoabdominal type. Prognosis, particularly in the complete form and significant heart defects is very poor. The goal of the initial management is providing coverage of the bare heart with skin or synthetic material preventing the infection. Later on repair of the intracardiac defects and the reconstruction of the chest wall can be done. Patients, results: 1. Closure of the chest wall defect, including the sternal defect, repair of the omphalocèle and resection of the right ventricular diverticulum (1986) were performed, 22 months later the tetralogy of Fallot was corrected (we lost this pts). 2. Intrauterin diagnosis, repair of the sternal defect, omphalocèle and left modified Blalock-Taussig shunt (tetralogy of Fallot) was performed in newborn period (1992). The resection of the right ventricular diverticulum was impossible because of the small right ventricular cavity. Bidirectional Glenn shunt and pulmonary arterioplasty, then TCPC was performed. The 16 year old boy is doing well. 3. At newborn (2700gr) with complete thoracic ectopia cordis it was possible to replace the heart in the thoracic cavity. A Goretex patch was first placed to close the sternum defect, and then the skin flaps were approximated and closed. This technique decreased the protrusion of the heart outside the thorax without compression. (2007). Now he is waiting for reconstruction of chest wall. Conclusions: In the author's experience, it is possible the successful surgical management of this rare complex anomaly. In all cases the replacement of the heart in the thoracic cavity was successful. To our knowledge, the 16 year old boy has the longest follow-up period after the reconstruction of the ectopia cordis and complex heart defects.

Sorszám	
Szerzők neve	Hüttl Tivadar, Friedrich Orsolya, Hartyánszky István, Daróczi László, Veres Gábor, Szabolcs Zoltán <i>SE Ér-és Szívsebészeti Klinika</i>
Cím (magyar)	Szemléletváltás a mitralis billentyű sebészetében
Cím (angol)	A new way of looking at mitral valve surgery A new way of looking at mitral valve surgery A new way of looking at mitral valve surgery A new way looking at mitral valve surgery
Téma	Szívsebészet (11)
Kulcsszavak	heart surgery, mitral valve repair
Típus	Előadás (10 perc + 5 perc vita)
Absztrakt (magyar)	<p>BEVEZETÉS Az invazív beavatkozások számának növekedése a billentyű műtétek relatív és abszolút számának növekedését eredményezte. A vitiumok okaként szereplő patológiai elváltozások között előtérbe kerültek a plasztikai megoldásokra alkalmas degeneratív elváltozások.</p> <p>ANYAG ÉS MÓDSZER Megvizsgáltuk retrospektíve az intézetünkben 2006/2007-ben mitrális billentyű műtéten átesett betegek műtéti technikáit valamint a kórházi halálozást. EREDMÉNYEK Az Ér-és Szívsebészeti Klinikán 2006/2007 évben 203 beavatkozást végeztünk mitrális billentyűn (az összes műtét 15 %-a), önmagában vagy más billentyű beavatkozással, vagy koronária műtéttel együtt. A billentyű patológiát a műtét előtt, alatt és után transzözofágéális ultrahang vizsgálattal ellenőriztük. Plasztikai megoldás 45 esetben (22%) volt kivitelezhető minden esetben mitrális regurgitációk megoldása céljából, a többi 158 betegnél műbillentyű beültetés történt. A degeneratív billentyű insufficienciák 60%-ában tudtuk a billentyűt megőrizni, mindez azonban csak a saját korábbi eredményeinkhez képest jelent előrelépést. Mindkét vitorlát érintő elváltozás esetén nem kíséreltünk meg plasztikát. A hátsó vitorla izolált elváltozásainál a plasztika minden esetben kivitelezhető volt. Leggyakrabban az érintett szakasz rezekciója és az anulus rugalmas gyűrűvel történő rekonstrukciója volt a megoldás. Két betegnél az elülső vitorla ínhúrrupturáját ínhúr transzpozícióval oldottuk meg. Iszkémiás billentyűelégtelenség kapcsán 12 esetben végeztünk anulus plasztikát zárt, merev gyűrű bevarrásával, illetve a hátsó anulus szűkítésével, 18 betegnél műbillentyűt ültettünk be. A kórházi halálozás tekintetében a plasztikai megoldások kedvezőbbek voltak (3, 1%) a műbillentyű beültetéshez képest (5,1%). KÖVETKEZTETÉS A mitrális vitiumok sebészi kezelésében mind nagyobb szerepet kapnak a plasztikai megoldások, melyek rövid távú kórházi halálozása kedvezőbb a műbillentyű beültetésénél. A billentyűmegőrző műtétek prioritását hosszabb távon a tromboembóliás szövődmények ritkább előfordulása és a jobban megőrzött bal kamra funkció képezheti, amit hosszú távú utánkövetéssel igazolhatunk.</p> <p>Introduction Since invasive interventions are practiced more frequently the number of coronary operations decreased. At the same time the number of valvular operations has risen, thus it's proportion compared to other surgeries became higher. Pathology causing valvular disease has also changed in the last decades, and the number of degenerative mitral vitiums feasible for valve repair has increased. Methods We analyzed retrospectively the surgical interventions of 203 patients underwent mitral valve surgery in our institution in 2006-2007. Results In the year of 2006/2007 in the Department of Cardiovascular Surgery of Semmelweis University, we have performed 203 surgery on the mitral valve (15% of all operations). The valve pathology was monitored with transesophageal echo before, during and after the operation. Valve repair was possible in 45 cases (22 %), in the remaining 158 cases valve replacement was necessary. We could retain the original valve in 60 % of degenerative cases. Unfortunately this only shows improvement regarding our previous results. In cases, where both leaflets were involved, we usually didn't even attempt to perform valve repair. On the other hand valvuloplasty was performed in all cases where abnormalities were found in the posterior leaflet. Most frequently the surgical method was the resection and suture of the involved parts, and the reconstruction with the help of the elastic anular ring. In two cases of chordal rupture in the anterior leaflet, we performed chordal transposition. In 12 cases of ischemic mitral insufficiency the surgical method was anuloplasty (rigid anular ring or single stiches fixing the posterior leaflet anulus), in 18 patients a prosthetic valve was implanted. In terms of the clinical mortality rates valvuloplasties were more successful (3.1 %) compared to valve replacements (5.1 %). Conclusion Valve repair methods are getting more importance in mitral valve surgery, and the short term hospital mortality rates are better than in valve replacement. The priority of the valve preserving interventions can be based on the less common occurrence of the thromboembolic complications and better left ventricular function, that can be verified by long term follow-up.</p>
Absztrakt (angol)	

12.

Sorszám

Szerzők neve

Bartha Elektra, Szabolcs Zoltán, Endre Moravcsik, Merkely Béla, Bodor Elek
Semmelweis Egyetem, Kardiológiai Központ, Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika

Cím (magyar)

Súlyos HOCM sebészi kezelésének eredményei klinikánkon. 17 év tapasztalatai

Cím (angol)

Results of surgical therapy in patients with severe HOCM. 17 years experience

Téma

Szívelégtelenség, echocardiographia (2)

Kulcsszavak

hypertrophiás cardiomyopathia

Típus

Előadás (10 perc + 5 perc vita)

Absztrakt (magyar)

Bevezetés: A hypertrophiás cardiomyopathia a leggyakoribb (prevalencia:0,2%) autosomalis, dominánsan öröklődő szívbetegség, mely rendszerint a bal kamra hypertrophiájával jár. A betegek kb 25%-a hypertrophiás obstructiv cardiomyopáthiában (HOCM) szenved. Súlyos terápia refracter HOCM-ben sebészi terápia jön szóba. Cél:A vizsgálat célja a sebészi kezelés hatékonyságának megítélése súlyos HOCM-ben. Módszer:A HOCM-s betegek cliniciai és echocardiographiás adatainak pre- és postoperatív vizsgálata a sebészileg kezelt betegekben.A sebészi beavatkozás kritériumai:(1)persistáló tünetek optimális terápia ellenére;(2)a septum vastagság ≥ 20 mm;(3)LVOTgradiens ≥ 50 Hgmm nyugalomban, ≥ 60 Hgmm provocatoriara;(4) intrinsic mitralis billentyű betegség közepes vagy súlyos insuffitientiával;(5)kifejezett papillaris izom hypertrophia voltak.A sebészi beavatkozáskor minden betegnél septalis myectomy, papillaris izom resectio és mitralis műbillentyű implantatio történt. Eredmények:1990 januárjától 2007 decemberéig 22 beteg(8 férfi,14 nő; átlagéletkor:45 \pm 16;16-71év) került műtetre klinikánkon. 7 btg végleges PM implantatioban részesült vezetési zavar miatt. 3 btg halt meg, mindhárom 3 hónapon belül , a halálokok: cerebralis, -stone heart-LCO syndroma és korai műbillentyű endocarditis voltak.A preoperatív és postoperatív cliniciai és echocardiographiás adatokat összehasonlítva significans csökkenést találtunk:(1)NYHA stadium 3,1 \pm 0,6-ről 1,1 \pm 1.0-re p<0.001;(2)LVOT gradiens 110 \pm 38Hgmm-ről 10 \pm 6 Hgmm-re p<0.00001;(3)septum vastagság 30 \pm 0,7mm-ről 21 \pm 2mm-re p=0.05, significans növekedést észleltünk:(1)BK systolés átmérő 16 \pm 6,1mm-ről 25 \pm 6mm-re p<0.001;(2)BK diastolés átmérő 31 \pm 7,5mm-ről 37 \pm 5,5mm-re p<0.0002. Az átlagos utánkövetési idő 7,3 \pm 5 év volt, 17beteg panaszmentes, 2 nőbeteg sikeresen kezelt műbillentyű thrombosit állott ki(egyikük graviditás alatt). Következtetések:A súlyos, symptomás HOCM miatt végzett sebészi beavatkozás, eredményeink alapján igen hatékony a betegek kezelésében.

Absztrakt (angol)

Background: Hypertrophic cardiomyopathy(HCM) is the commonest(prevalence:0,2%) autosomal dominant heritable cardiac disorder and usually affects the left ventricle. In about 25% of cases have hypertrophic obstructive cardiomyopathy(HOCM).For patients with severe symptoms who are refracter to optimal therapy surgical therapy can be considered. Aim: The aim of the study was to assess the outcome of surgery in severe HOCM. Methods: Comparison of preoperative and postoperative clinical and echocardiographic data in surgically treated HOCM pts. Selection criteria for surgery were(1)symptoms despite optimal therapy;(2)septal thickness ≥ 20 mm;(3)LVOTgradient ≥ 50 mmHg at rest, ≥ 60 mmHg at provocation;(4)intrinsic mitral valve abnormalities with moderate or severe mitral insufficiency;(5)pronounced papillary muscle hypertrophy.All pts underwent ventricular septal myectomy,papillary muscle excision, and mitral valve replacement. Results: Between January 1990 and December 2007 22 pts (8 males, 14 females; mean age:45 \pm 16ys;range 16-71ys) were operated.Three of 22pts died and all of them in 3months after surgery(causes of death were: cerebral; -stone heart-,LCO syndrome; early prosthetic valve endocarditis). Seven of 22pts recieved permanent PM because of conduction abnormalities.Comparing preoperative and postoperative clinical and echocardiographic findings significantly decreased :(1)NYHA class from 3,1 \pm 0,6 to 1,1 \pm 1,0; p<0.001;(2)LVOT gradient from110 \pm 38 to10 \pm 6; p<0.00001;(3)septal thickness from30 \pm 0,7 to21 \pm 2;p=0.05 and significantly increased:(1)LV systolic diameter from16 \pm 6,1 to25 \pm 6; p<0.001); (2)LV diastolic diameter from31 \pm 7,5 to 37 \pm 5,5; p<0.0002.The mean follow up time was 7,3 \pm 5years, 17 out of 19pts were asymptomatic, 2 females had successfully treated mechanical valve thrombosis(1 of them during pregnancy). Conclusions: Regarding our clinical data surgery is an efficient treatment in patients with severe symptomatic HOCM.

Sorszám

Szerzők neve

Hartyánszky István, Verebély Tibor, Kádár Krisztina, Oprea Valéria, Bodor Gábor, Fischer Krisztián, Szatmári András*Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet Semmleweis Egyetem, I. Gyermekklinika*

Cím (magyar)

Ectopia cordis sebészi kezelése

Cím (angol)

Successful repair of ectopia cordis

Téma

Szívsebészet (11)

Kulcsszavak

paediatric cardiology, cardiac surgery

Típus

Előadás (10 perc + 5 perc vita)

Absztrakt (magyar)

Az ectopia cordis nagyon ritka fejlődési rendellenesség, a prenatalis diagnosztika fejlődésével az intrauterin felismerés miatt (terhesség terminalasa) még ritkában kerül sebészi kezelésre. Öt megjelenési formája van: cervicalis, cervicothoracalis, thoracalis, thoracoabdominalis és abdominalis. Többnyire súlyos szívhibával társul, de előfordul egyéjszentes szív mellett is. Utolsó kettő forma a leggyakoribb, társulva Cantrell szindrómával (hasadt sternum, pericardium-, rekesz-, elülső hasfal hiány, veleszületett szívfejlődési rendellenesség). Prognózisa, különösen a komplett formának, nagyon rossz. Teendők: 1. Fertőzés megelőzendő mellkas, hasüreg zárása, 2. Sternum, hasfal, szívhiba rekonstrukciója. Betegek, eredmények: 1. Részleges sternumzárás, rekesz plasztika, omphalocela zárása a jobb kamra diverticulum rezekciójával (1986), majd 22 hónapos korban Fallot-IV rekonstrukciója (műtétet követően elvesztettük). 2. Intrauterin diagnosztizált betegnél részleges sternumzárás, rekesz plasztika, omphalocela zárás (1992), de a kis jobb kamra üreg miatt (Fallot IV) a diverticulumot nem lehetett resecálni. Shunt műtét, majd bal arteria pulmonalis ág plasztika + bidirectionalis Glenn, majd fenestralt TCPC, fenestratio zárása történt. 16 évesen panaszmentes. 3. 2700 gr-os újszülöttön, thoracalis típusu komplett ectopia cordis esetén, sikerült a szívet a mellkasba visszahelyezni, sternumot Goretex-foltal zárni, azt bőrrel fedni (2007). Jelenleg mellkas-plasztikai műtétre vár. Összefoglalás: Irodalmi ritkaságnak számító eseteink bizonyítják ezen komplex anomalia műtéti lehetőségét. Mindhárom betegben a szív repositioja sikeres volt. Tudomásunk szerint 16 éves betegünk a világon a leghosszabb túlélő, akinél a társult szívhiba is rekonstrukcióra került. A hasfal-, sternum rekonstrukciójához sebészeti kooperáció elengedhetetlen.

Absztrakt (angol)

Ectopia cordis is a very rare congenital anomaly, it is classified into five types: cervical, cervicothoracic, thoracic, abdominal and thoracoabdominal. The majority of patients have associated intracardiac defects. The two most common forms are the thoracic and thoracoabdominal type. Prognosis, particularly in the complete form and significant heart defects is very poor. The goal of the initial management is providing coverage of the bare heart with skin or synthetic material preventing the infection. Later on repair of the intracardiac defects and the reconstruction of the chest wall can be done. Patients, results: 1. Closure of the chest wall defect, including the sternal defect, repair of the omphalocela and resection of the right ventricular diverticulum (1986) were performed, 22 months later the tetralogy of Fallot was corrected (we lost this pts). 2. Intrauterin diagnosis, repair of the sternal defect, omphalocela and left modified Blalock-Taussig shunt (tetralogy of Fallot) was performed in newborn period (1992). The resection of the right ventricular diverticulum was impossible because of the small right ventricular cavity. Bidirectional Glenn shunt and pulmonary arterioplasty, then TCPC was performed. The 16 year old boy is doing well. 3. At newborn (2700gr) with complete thoracic ectopia cordis it was possible to replace the heart in the thoracic cavity. A Goretex patch was first placed to close the sternum defect, and then the skin flaps were approximated and closed. This technique decreased the protrusion of the heart outside the thorax without compression. (2007). Now he is waiting for reconstruction of chest wall. Conclusions: In the author's experience, it is possible the successful surgical management of this rare complex anomaly. In all cases the replacement of the heart in the thoracic cavity was successful. To our knowledge, the 16 year old boy has the longest follow-up period after the reconstruction of the ectopia cordis and complex heart defects.

Sorszám	
Szerzők neve	Hüttl Tivadar, Friedrich Orsolya, Hartyánszky István, Daróczi László, Veres Gábor, Szabolcs Zoltán <i>SE Ér-és Szívsebészeti Klinika</i>
Cím (magyar)	Szemléletváltás a mitralis billentyű sebészetében
Cím (angol)	A new way of looking at mitral valve surgery A new way of looking at mitral valve surgery A new way of looking at mitral valve surgery A new way looking at mitral valve surgery
Téma	Szívsebészet (11)
Kulcsszavak	heart surgery, mitral valve repair
Típus	Előadás (10 perc + 5 perc vita)
Absztrakt (magyar)	<p>BEVEZETÉS Az invazív beavatkozások számának növekedése a billentyű műtétek relatív és abszolút számának növekedését eredményezte. A vitiumok okaként szereplő patológiai elváltozások között előtérbe kerültek a plasztikai megoldásokra alkalmas degeneratív elváltozások.</p> <p>ANYAG ÉS MÓDSZER Megvizsgáltuk retrospektíve az intézetünkben 2006/2007-ben mitrális billentyű műtéten átesett betegek műtéti technikáit valamint a kórházi halálozást. EREDMÉNYEK Az Ér-és Szívsebészeti Klinikán 2006/2007 évben 203 beavatkozást végeztünk mitrális billentyűn (az összes műtét 15 %-a), önmagában vagy más billentyű beavatkozással, vagy koronária műtéttel együtt. A billentyű patológiát a műtét előtt, alatt és után transzözofágéális ultrahang vizsgálattal ellenőriztük. Plasztikai megoldás 45 esetben (22%) volt kivitelezhető minden esetben mitrális regurgitációk megoldása céljából, a többi 158 betegnél műbillentyű beültetés történt. A degeneratív billentyű insufficienciák 60%-ában tudtuk a billentyűt megőrizni, mindez azonban csak a saját korábbi eredményeinkhez képest jelent előrelépést. Mindkét vitorlát érintő elváltozás esetén nem kíséreltünk meg plasztikát. A hátsó vitorla izolált elváltozásainál a plasztika minden esetben kivitelezhető volt. Leggyakrabban az érintett szakasz rezekciója és az anulus rugalmas gyűrűvel történő rekonstrukciója volt a megoldás. Két betegnél az elülső vitorla ínhúrrupturáját ínhúr transzpozícióval oldottuk meg. Iszkémiás billentyűelégtelenség kapcsán 12 esetben végeztünk anulus plasztikát zárt, merev gyűrű bevarrásával, illetve a hátsó anulus szűkítésével, 18 betegnél műbillentyűt ültettünk be. A kórházi halálozás tekintetében a plasztikai megoldások kedvezőbbek voltak (3, 1%) a műbillentyű beültetéshez képest (5,1%). KÖVETKEZTETÉS A mitrális vitiumok sebészi kezelésében mind nagyobb szerepet kapnak a plasztikai megoldások, melyek rövid távú kórházi halálozása kedvezőbb a műbillentyű beültetésénél. A billentyűmegőrző műtétek prioritását hosszabb távon a tromboembóliás szövődmények ritkább előfordulása és a jobban megőrzött bal kamra funkció képezheti, amit hosszú távú utánkövetéssel igazolhatunk.</p> <p>Introduction Since invasive interventions are practiced more frequently the number of coronary operations decreased. At the same time the number of valvular operations has risen, thus it's proportion compared to other surgeries became higher. Pathology causing valvular disease has also changed in the last decades, and the number of degenerative mitral vitiums feasible for valve repair has increased. Methods We analyzed retrospectively the surgical interventions of 203 patients underwent mitral valve surgery in our institution in 2006-2007. Results In the year of 2006/2007 in the Department of Cardiovascular Surgery of Semmelweis University, we have performed 203 surgery on the mitral valve (15% of all operations). The valve pathology was monitored with transesophageal echo before, during and after the operation. Valve repair was possible in 45 cases (22 %), in the remaining 158 cases valve replacement was necessary. We could retain the original valve in 60 % of degenerative cases. Unfortunately this only shows improvement regarding our previous results. In cases, where both leaflets were involved, we usually didn't even attempt to perform valve repair. On the other hand valvuloplasty was performed in all cases where abnormalities were found in the posterior leaflet. Most frequently the surgical method was the resection and suture of the involved parts, and the reconstruction with the help of the elastic anular ring. In two cases of chordal rupture in the anterior leaflet, we performed chordal transposition. In 12 cases of ischemic mitral insufficiency the surgical method was anuloplasty (rigid anular ring or single stiches fixing the posterior leaflet anulus), in 18 patients a prosthetic valve was implanted. In terms of the clinical mortality rates valvuloplasties were more successful (3.1 %) compared to valve replacements (5.1 %). Conclusion Valve repair methods are getting more importance in mitral valve surgery, and the short term hospital mortality rates are better than in valve replacement. The priority of the valve preserving interventions can be based on the less common occurrence of the thromboembolic complications and better left ventricular function, that can be verified by long term follow-up.</p>
Absztrakt (angol)	

Sorszám

177.

Szerzők neve

Székely László, Fekete Béla, Szudi László, Szabó J Zoltán, Juhász Boglárka, Horkay Ferenc

Gottsegen György Országos Kardiológiai Központ, Szívsebészeti Osztály

Cím (magyar)

Mitrális regurgitáció miatt végzett plasztika eredményei - GOKI tapasztalatok

Cím (angol)

Mitral repair in mitral valve insufficiency - GOKI experiences

Téma

Szívsebészet (11)

Kulcsszavak

cardiac surgery, mitral valve reconstruction, mitral regurgitation

Típus

Előadás (10 perc + 5 perc vita)

Absztrakt (magyar)

Napjainkban a mitrális billentyű sebészi kezelése egyre inkább a plasztikai megoldások, a natív billentyű megtartása felé fordul. Számos vizsgálat igazolta, hogy a billentyű megtartása előnyösebb a mitrális billentyű cseréjénél. Munkánkban tárgyaljuk Intézetünk mitrális billentyű plasztikák során szerzett tapasztalatait. 2000.01.01 és 2007.09.30. között 167 betegnél végeztünk mitrális plasztikát. A követési idő átlagosan 2 év és 10 hónap (± 1 év 2 hó) volt. Betegeink között 56 nő és 111 férfi volt. Az átlagéletkor 60 év 1 hó (32 év 0 hó - 80 év 5 hó), 23%-uk volt idősebb 70 évnél. Az átlag Euroscore 4,9 (0-17), míg az átlag Parsonett score 15,2 (0-48) volt. Műtéteink 21%-át sürgetően vagy acutan végeztük el. A billentyű dysfunkció okai között a legjelentősebb morfológiai elváltozás a prolapsus és/vagy ínhúrruptúra volt (68,3%). Funkcionális rendellenesség 16%-ban szerepelt. Az átlagos műtéti idő 171,5 perc volt (335-110). Az aorta lefogás időtartama 67,2 perc (226-29) volt. A műtétek 19,7%-ban CABG-vel voltak kombinálva. Tricuspidalis plasztikát 4 esetben, aorta billentyű cserét vagy plasztikát 9 esetben végeztünk. A preop pitvarfibrillációt 15 esetben ablatióval kezeltük. A perioperatív ballonpumpa használat 4,7% (8 eset) volt. Katecholamin igény 26,2%-ban (44 eset), chorotrop igény 5,4%-ban (9 eset) merült fel. Légzési elégtelenség 6,6%-ban (11 beteg), míg postop. emelkedett vesefunkció 2,5%-ban (4 beteg) fordult elő. Postop. organikus neurológiai deficit 1,8%-ban (3 beteg), míg tisztán csak zavartság 2,4%-ban (4 eset) jelentkezett. Az önálló mitrális billentyű elégtelenség miatt végzett plasztikai megoldások perioperatív halálozása 0 volt. Az intenzív osztályon átlagosan eltöltött idő 2,6 nap volt (0-54). A követési periódus során 24 esetben (14,3%) jelentkezett legalább III-as billentyű elégtelenség ezek között 8 esetben (4,7%) volt szükség billentyű cserére. A vizsgált periódusban bár kissé megkétszerezve, de mégis az Egyesült Államokban és Európa nyugati országaiban tapasztalható tendenciát követjük, így ebben az évben közel 50%-ban alkalmaztunk billentyű megtartó műtétet a mitrális billentyűn.

Absztrakt (angol)

Modern management of patients with chronic mitral regurgitation is turning toward the corrective surgery. Several trials have showed the superiority of the surgical mitral repair over the mitral valve replacement. An overview of our experiences related to mitral plasty is discussed in this work. Between 01.01.2000 and 09.30.2007, mitral valve repairs have been done in 167 patients. The average follow-ups were 2y and 10m (± 1 y 2m). There were 56 females and 111 males. The mean age was 60y and 1m, (32-80y). 23 % of the patients were aged 70 years and older. The average Euroscore of the patients were 4.9 (0-17) and the Parsonett Score were 15.2 (0-48). Twenty-one percent of the procedures were performed in acute or urgent bases. The most relevant morphological change among causes of mitral valve dysfunctions was mitral prolapse and/or chordal rupture, in 68.3%. Functional abnormalities were occurred in 16%. The average operating time was 171.5 min (335-110), the aortic cross clamp time was 67.2 min in average (226-29). There were combined procedures with CABG in 19.7%. Supplementing the mitral repair, tricuspid repair in 4 cases, aortic valve replacements or plasty were done 9 cases. Regarding preop. atrial fibrillations intraop. ablations were done in 15 cases. The usage of IABP in the perioperative period was about 4.7% (8). In the postoperative course, the occurrence of respiratory failure was 6.6% (11) while renal problems were 2.5% (4). Postop. neurological deficits turned out in 1.8% (3), while mental disturbances in 2.4% (4). Perioperative mortality rate was 0 in the not combined mitral valve repair cases. The patients spent an average of 2.5 days (0-54) on the ICU. In the follow-up, there were 24 III degree mitral regurgitations occurred (14.3%), among them only 8 cases required (4,5%) valve replacement. During the examined period, our results showed - however it is a little bit late, but - similar tendency as in the USA or western EU and in the last year, we repaired the mitral valve in about 50% of our mitral valve surgery cases.