

# Ne vždy se daří, co se dařit má - kazuistika

L. Grabcová, H. Vindišová

# TAVI case 6.11.2025

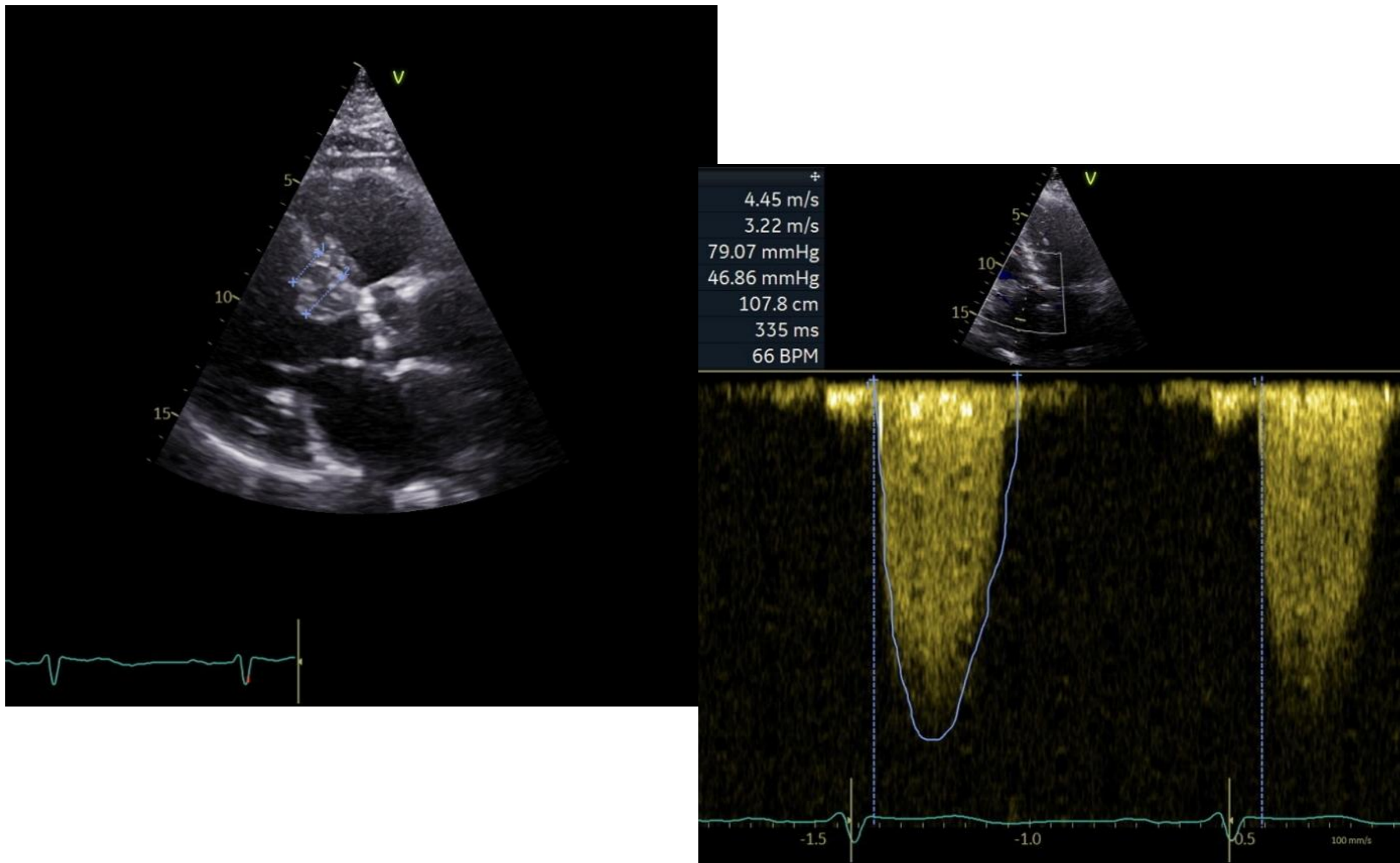
- **78-letá** pacientka , 159cm / 83kg / BMI **32,8** /
- Limitovaná dušností - max. 30-100m po rovince, bez otoků
- DM na kombinované terapii , nekuřačka
- (hypertonička, neobturující kalcifikované pláty v karotidách a st.p. nekrotizující pankreatitidě 2011)
- EKG: SR 73/min, PQ 200, QRS 100

# TAVI case 6.11.2025

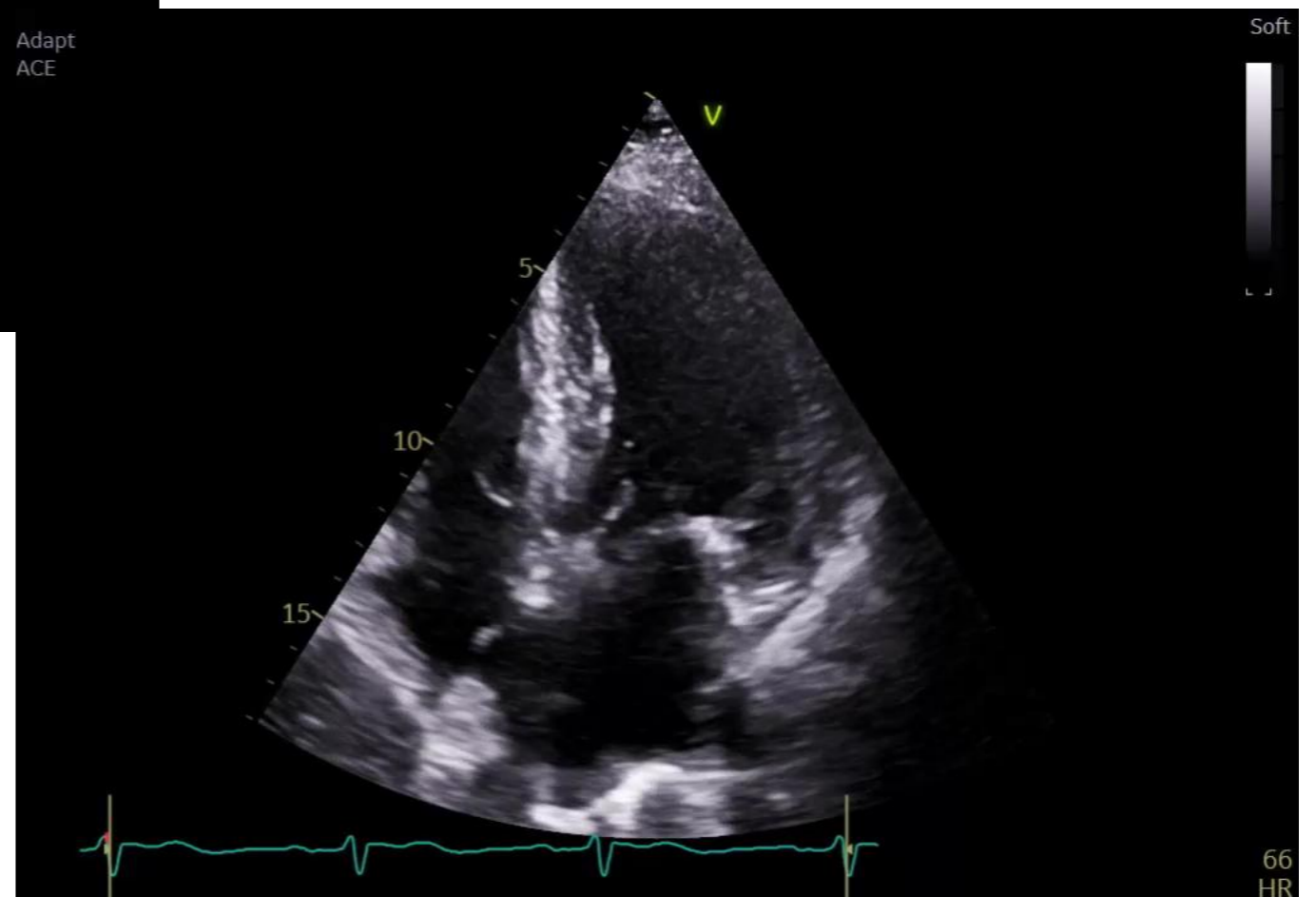
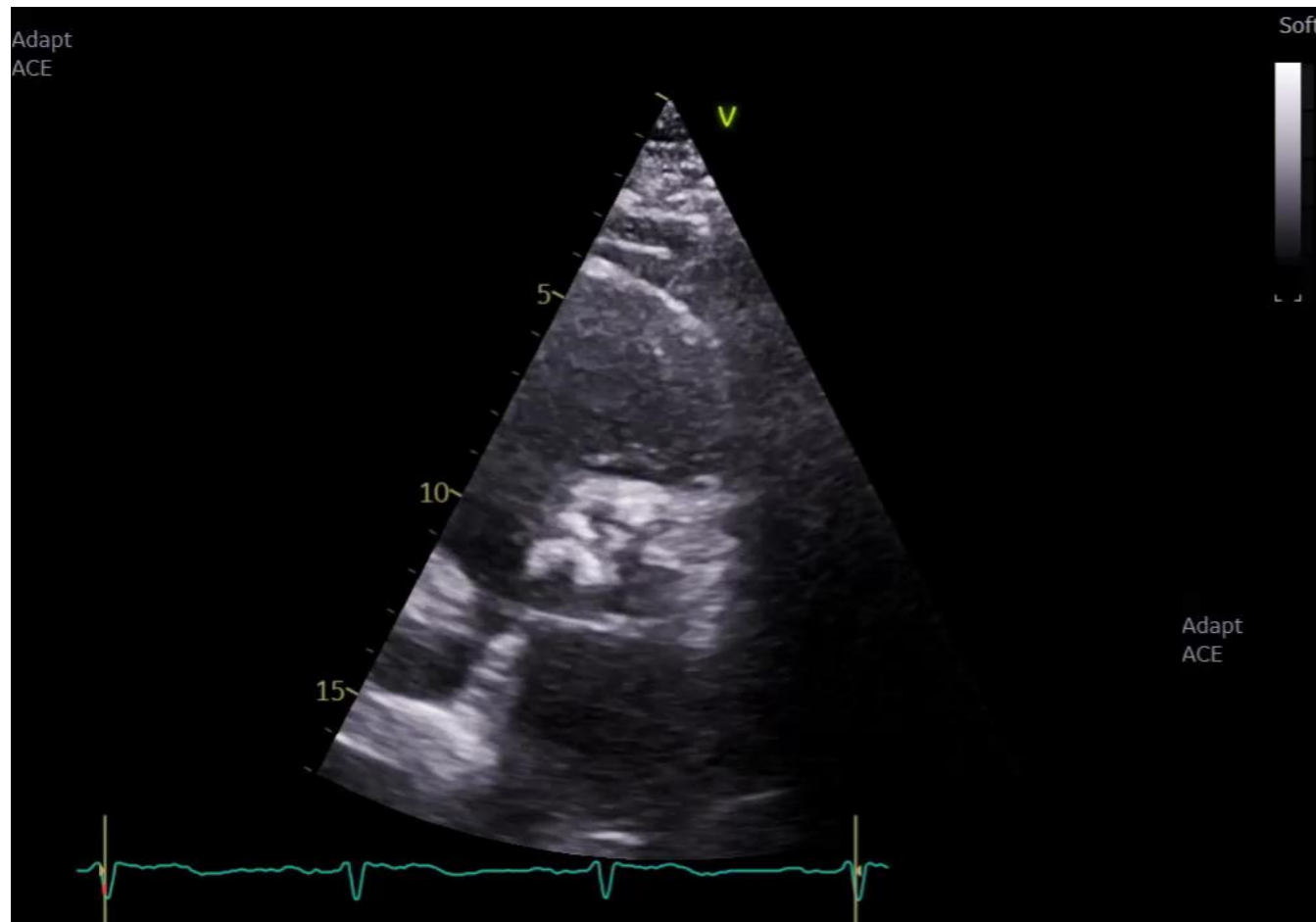
## TTE

- LV: 47mm, Se/ PW: 15mm, EF: 60%, LA 43mm, LVOTdiam: **20**;
- PPG: **79**mmHg, MPG: **47**mmHg, AVA: 0,9, AVAi 0,5, SV: 88ml, SVi: 47ml/m<sup>2</sup>, CO: 5,59l/min, CI: 3l/min/m<sup>2</sup>
- Levá komora bez dilatace, těžká symetrická hypertrofie s normální systolickou funkcí a regionální kinetikou, EF LK 60%. Porucha relaxace. **Těžká degenerativní aortální stenóza**. Bez nepřímých známek plicní hypertenze. Perikard bez separace.
- Rozhodnuto o méně invazivní implantaci chlopně - **TAVI**

# TAVI case 6.11.2025



# TAVI case 6.11.2025



# TAVI case 6.11.2025



**Comments:**

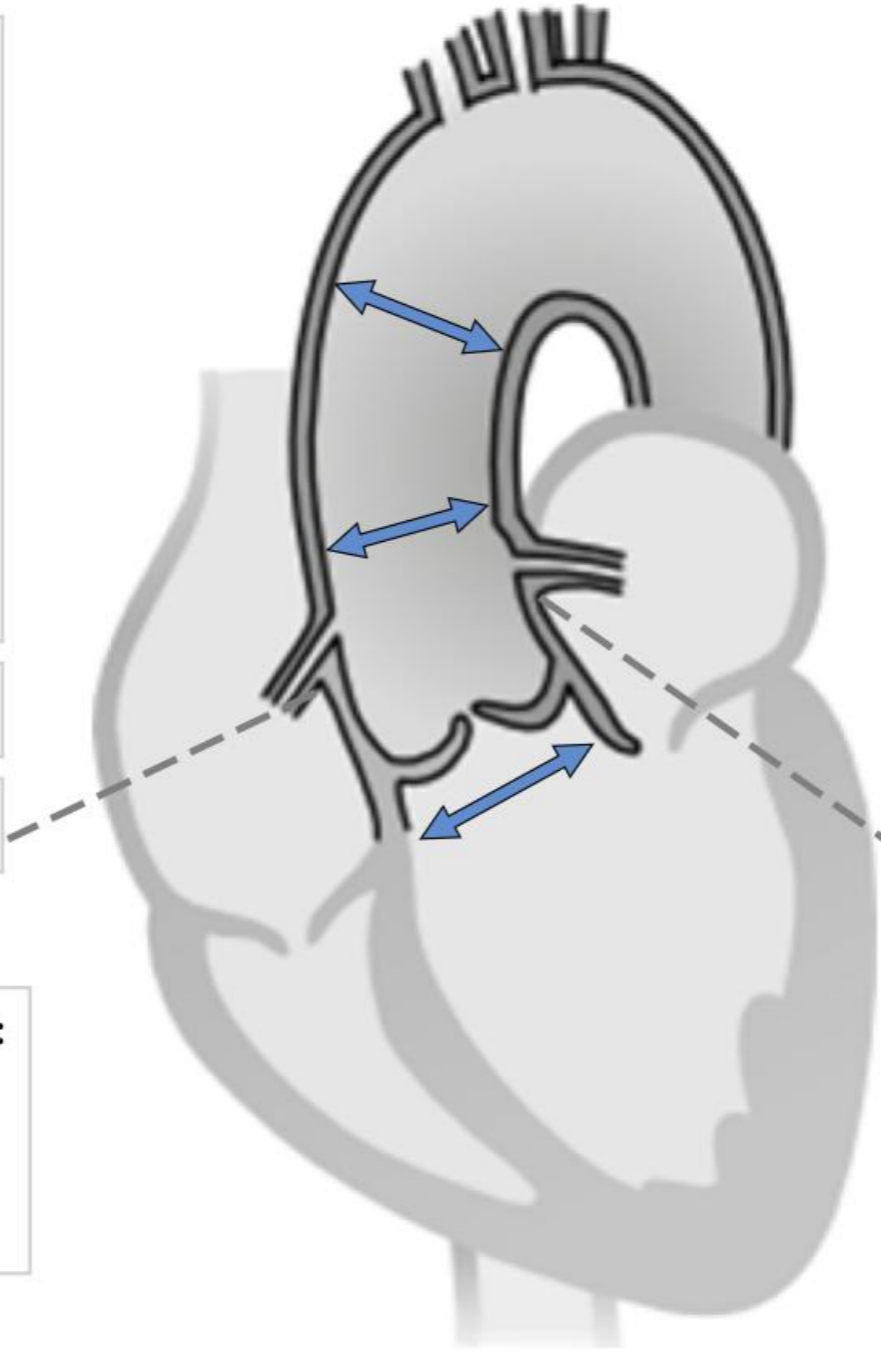
Trikuspidální, těžce kalcifikovaná chlopeň s převahou kalcifikací v LCC a NCC, velikostí pro Navitor 25, membranozní septum v úrovni bazální roviny. Angulace aortálního kořene. Odstupy koronárních tepen v dostatečné výšce. Pánevní řečiště dostatečného diametru, až cirkumferenční kalcium v úrovni AIC bilat, výrazné kalcifikace abd. úseku aorty, ostrý ohyb AIE l.dx, femorální přístup výhodněji zleva i přes vyšší bifurkaci AFC l.sin.

**Aortic Valve**

<b>Aortic Annulus</b>	
Perimeter:	<u>69,2</u> mm
Perimeter Derived Ø:	<u>22,0</u> mm
Area:	<u>371,7</u> mm <sup>2</sup>
Area Derived Ø:	<u>21,8</u> mm
Min Ø:	<u>19,8</u> mm
Max Ø:	<u>23,7</u> mm
Average Ø:	<u>21,8</u> mm
Eccentricity:	<u>0,17/0,83</u>

<b>LVOT Ø:</b>	<u>21,2</u> mm
----------------	----------------

<b>RCA Height:</b>	<u>17,2</u> mm
--------------------	----------------



	<b>Abbott Valve Size</b>	<b>Annulus Range (mm)</b>	<b>Area (mm<sup>2</sup>)</b>	<b>Perimeter (mm)</b>
<input type="checkbox"/>	23 mm	19-21	277-346	60-66
<input checked="" type="checkbox"/>	25 mm	21-23	338-415	66-73
<input type="checkbox"/>	27 mm	23-25	405-491	72-79
<input type="checkbox"/>	29 mm	25-27	479-573	79-85
<input type="checkbox"/>	35 mm	27-30	559-707	85-95

<b>Aortic Valve Calcification:</b>	-
------------------------------------	---

<b>Asc. Aorta Ø:</b>	<u>33,8</u> mm
----------------------	----------------

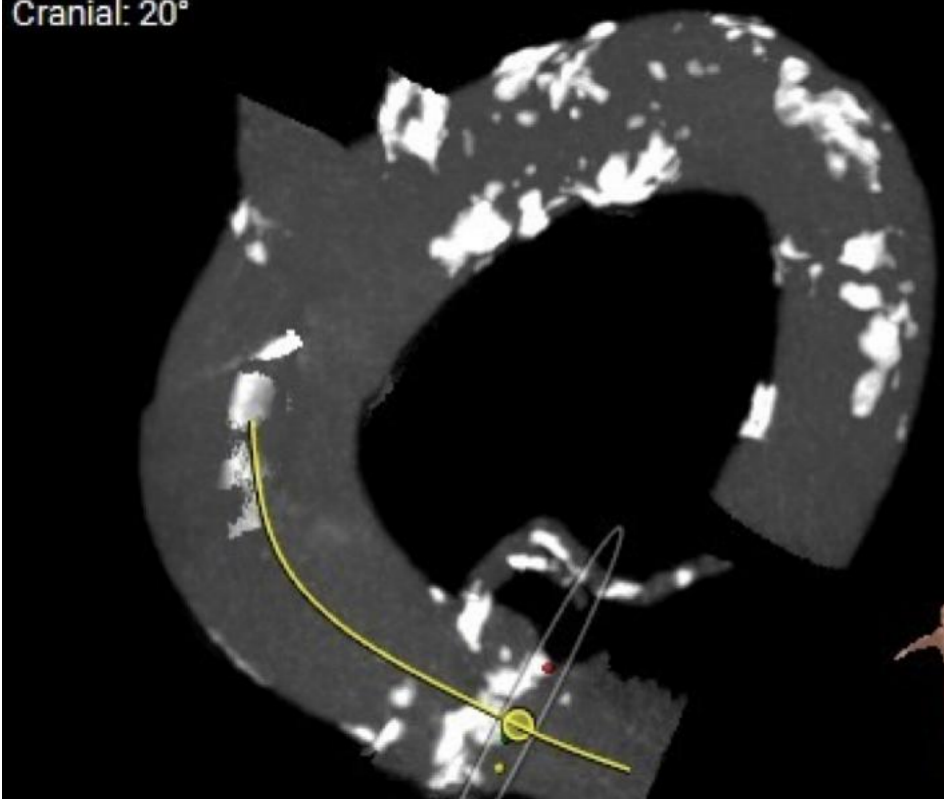
<b>LCA Height:</b>	<u>13,2</u> mm
--------------------	----------------



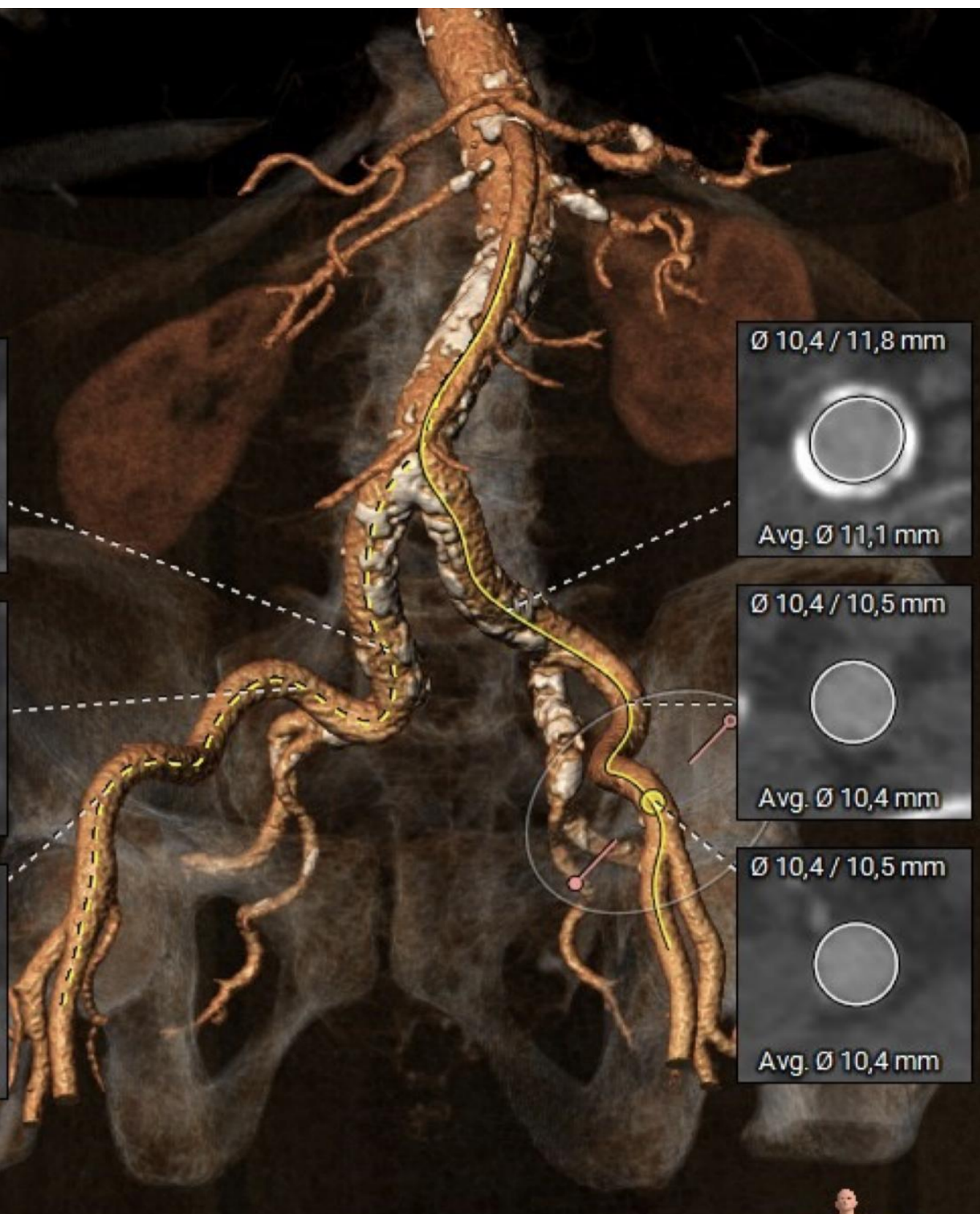
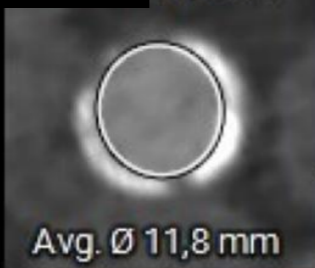
<b>Sinus Of Valsalva Diameters:</b>	
Left:	<u>32,8</u> mm
Right:	<u>32,7</u> mm
Non:	<u>33,0</u> mm

LAO: 44°  
Cranial: 20°

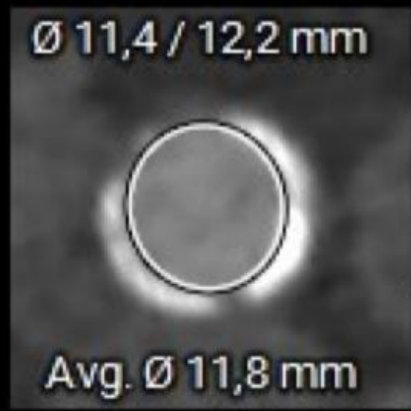
40,0%



12,2 mm



Caudal: 5°



# TAVI case 6.11.2025

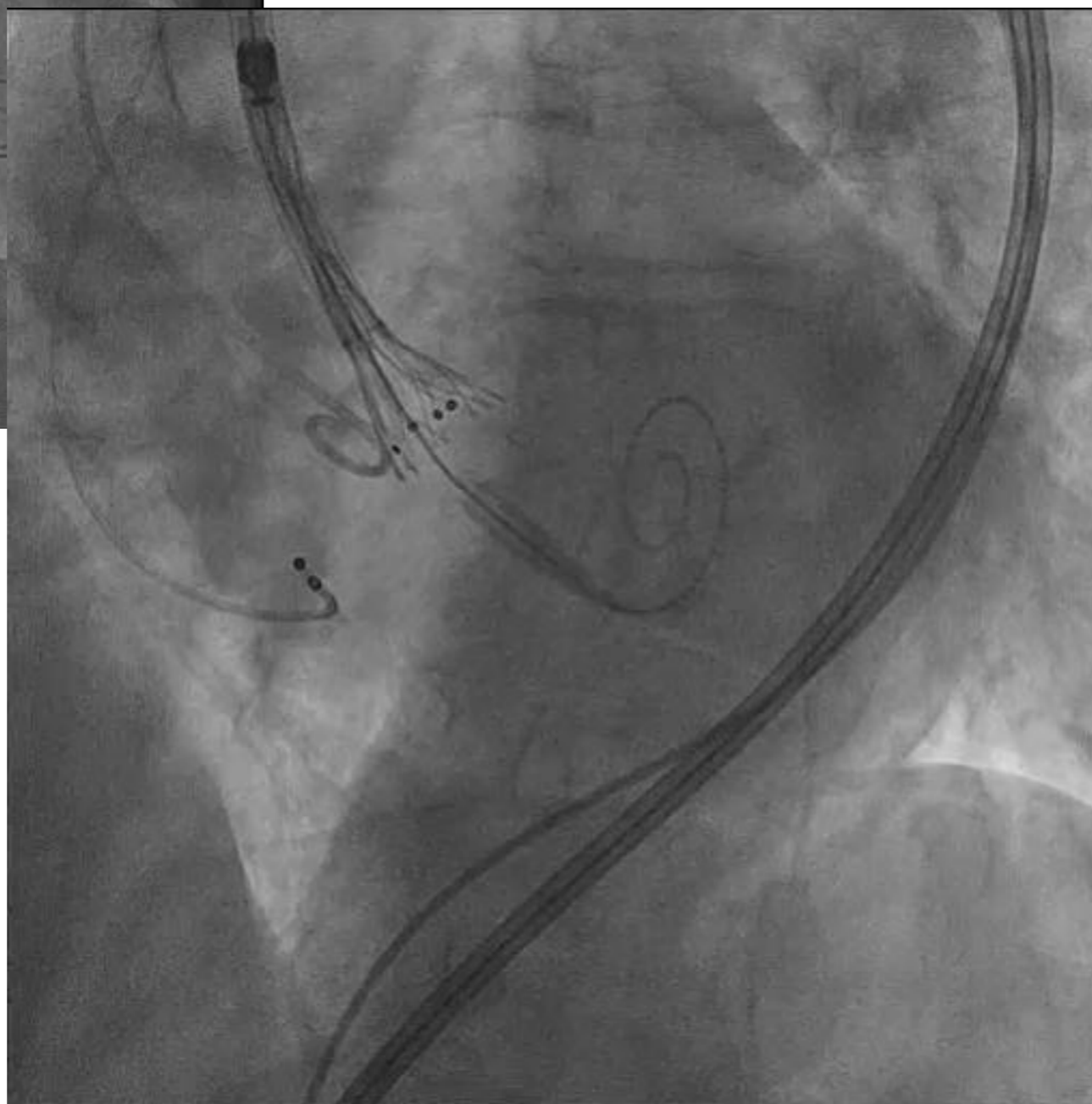
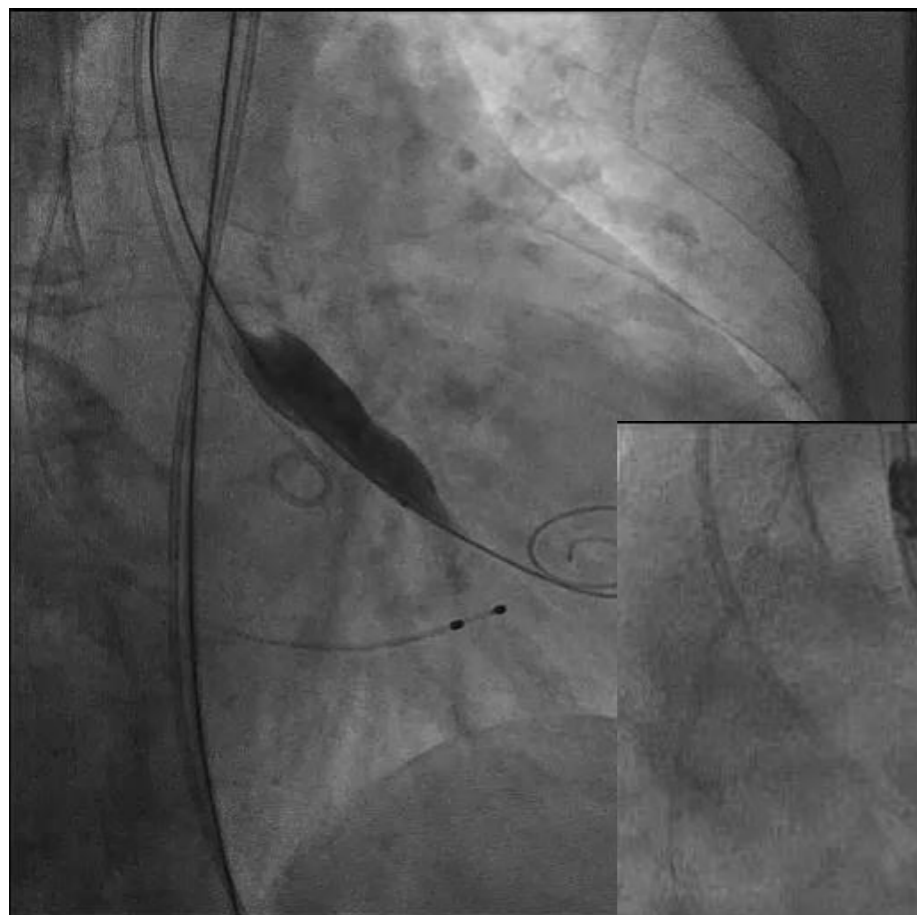
## Nutno před implantací zajistit

- Zub. vyš.
- CT angio
- Lab.vyš.

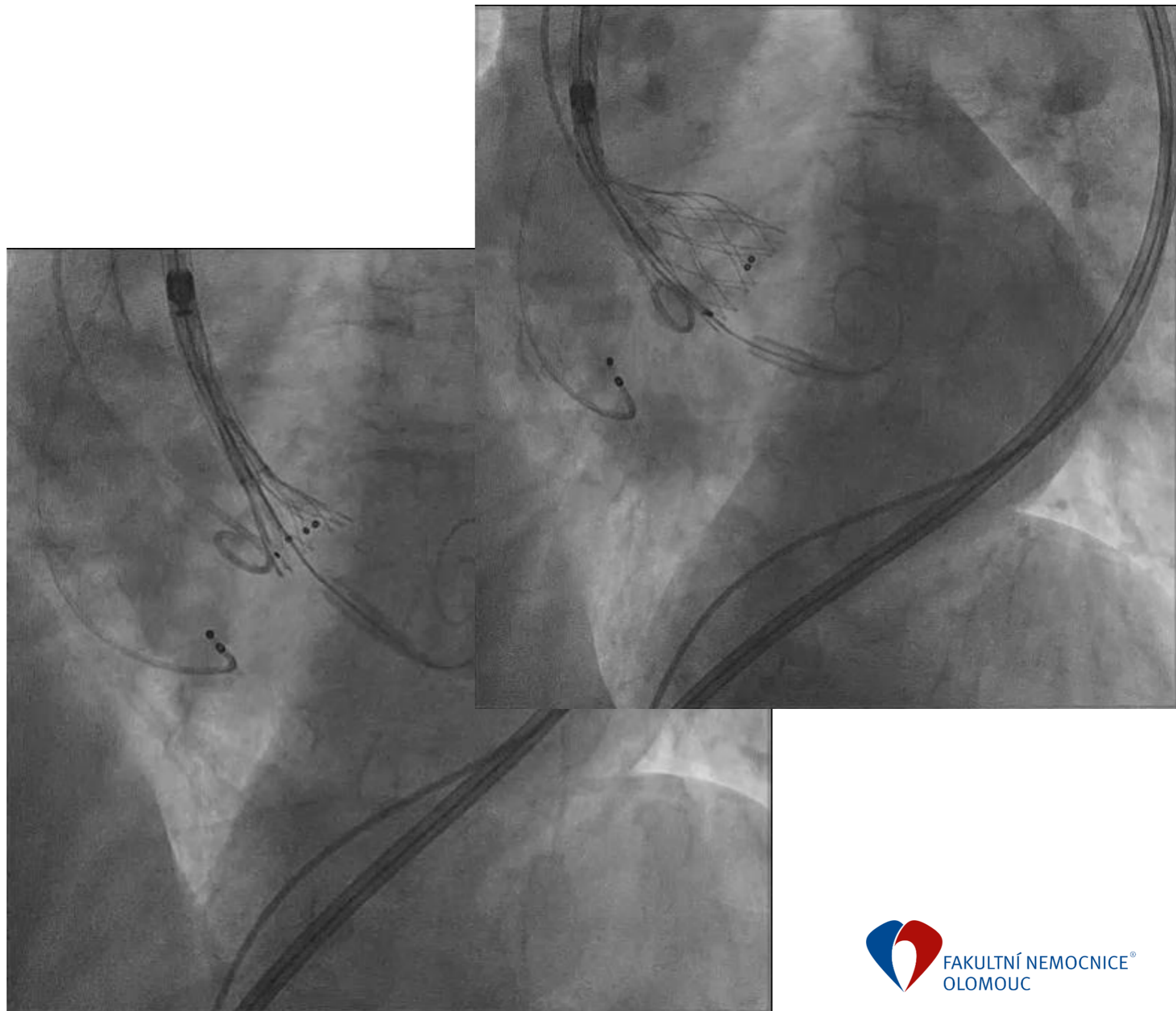
## TAVI standardní protokol (FEM)

- Radiální vstup + pracovní tříslo (levé pracovní)
- DKS cestou VJI
- Angioseal 8F + ProStyle
- ExtraSmall / Small (ExtraSmall)
- Valver (20)
- Navitor / ES Resilia / MyVal / Allegra (Nav Vision 25)
- Observace JIP 2 hod

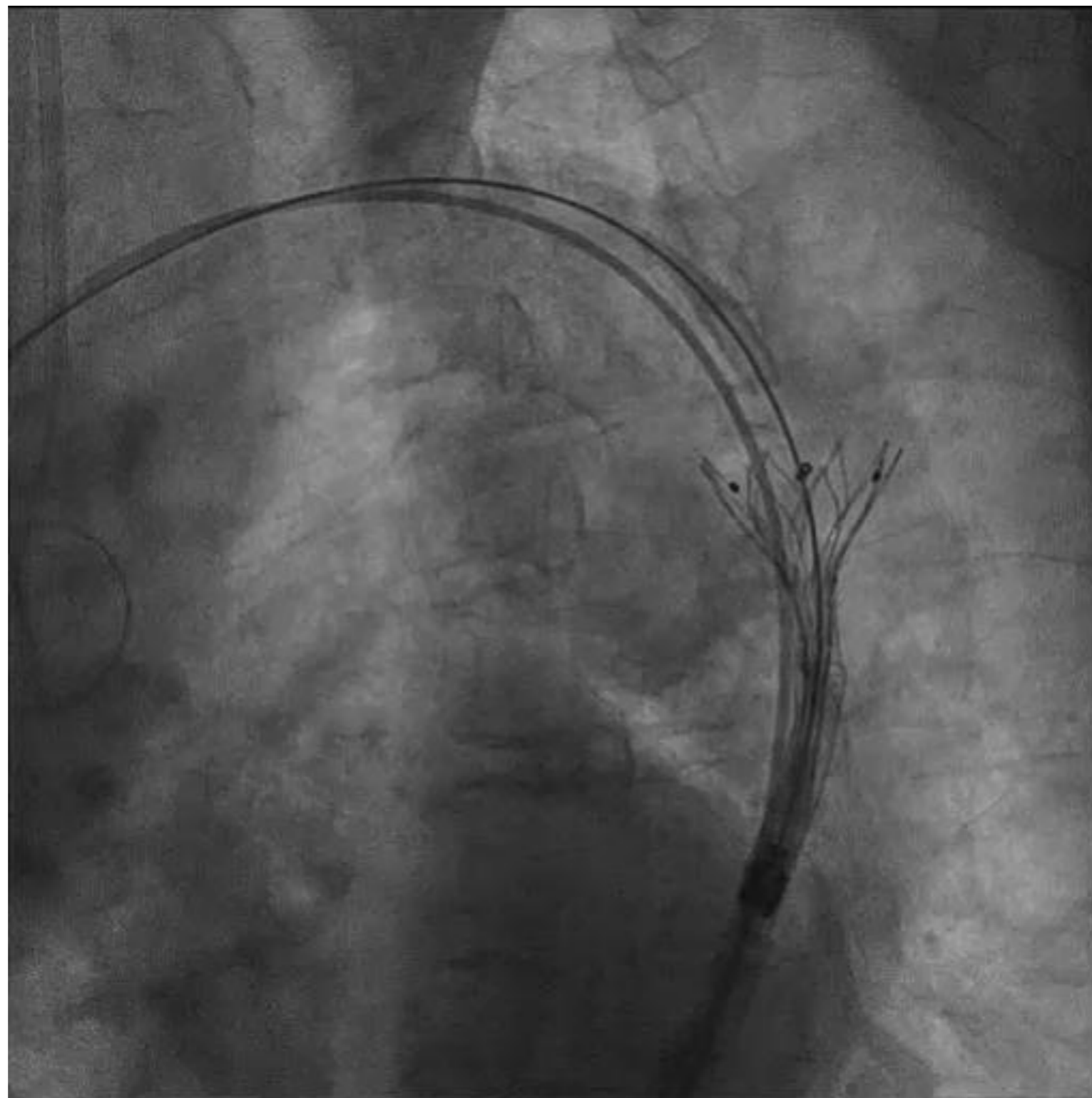
# TAVI case 6.11.2025



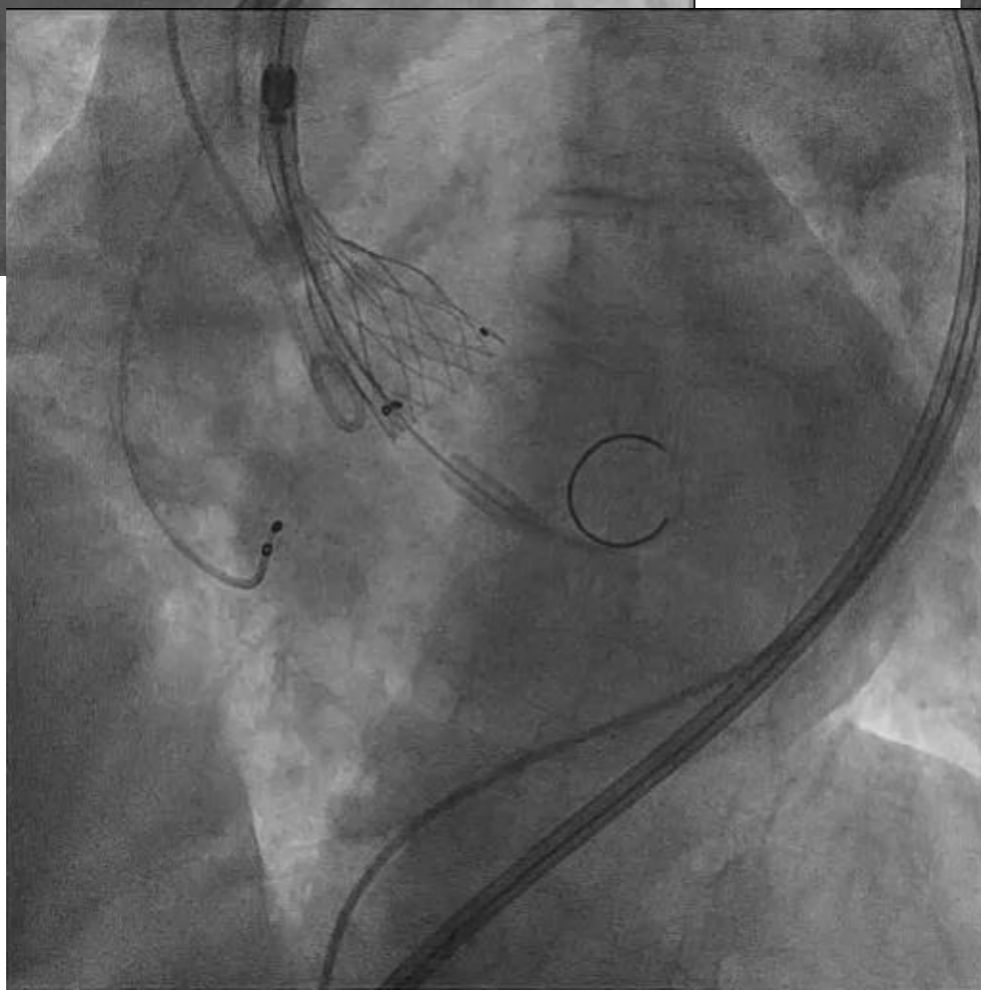
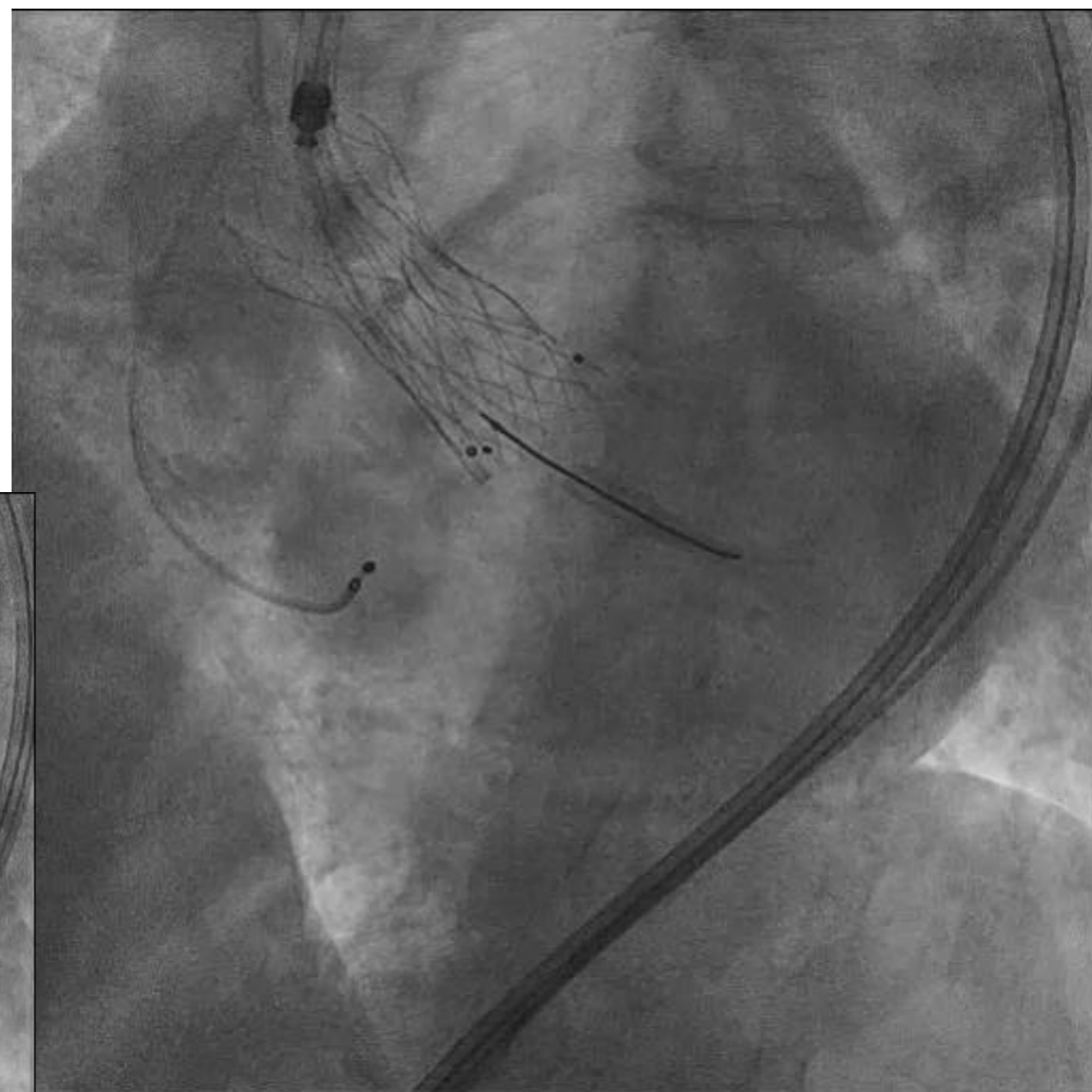
# TAVI case 6.11.2025



# TAVI case 6.11.2025



# TAVI case 6.11.2025



# TAVI case 6.11.2025

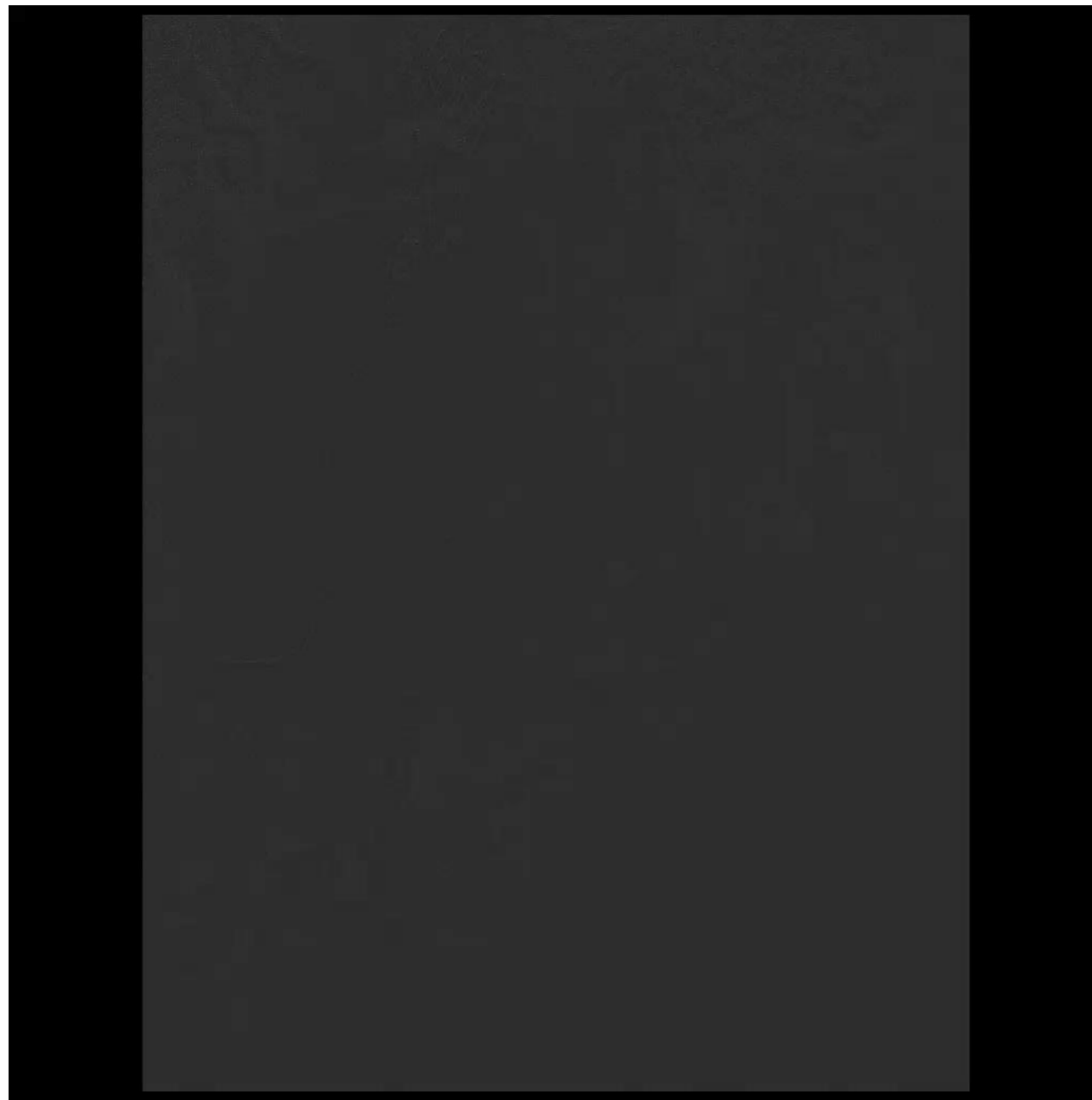


# TAVI case 6.11.2025

## Komplikace

- Bifemorální přístup, levé pracovní třísko
- Nefunkční DKS - nutná repozice
- Při usazování chlopně dochází k deformaci distálního delivery systému, proto nutná implantace do břišní aorty
- Zaznamenáno krvácení pracovního třísla. To následně uzavřeno Pro-style + Angio-seal. Dále bez krvácení. Předána na JIP

# TAVI case 6.11.2025



# TAVI case 6.11.2025

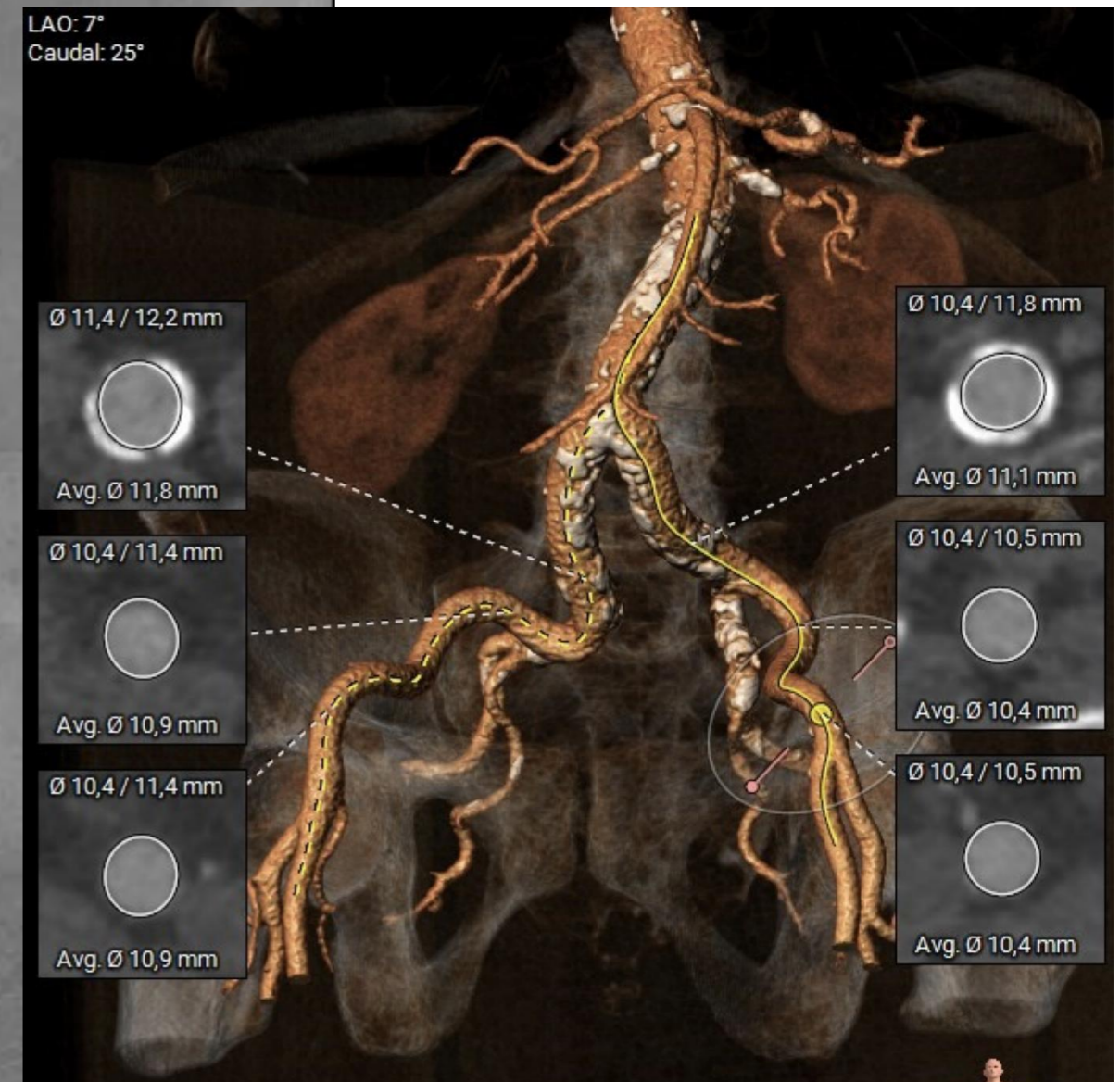
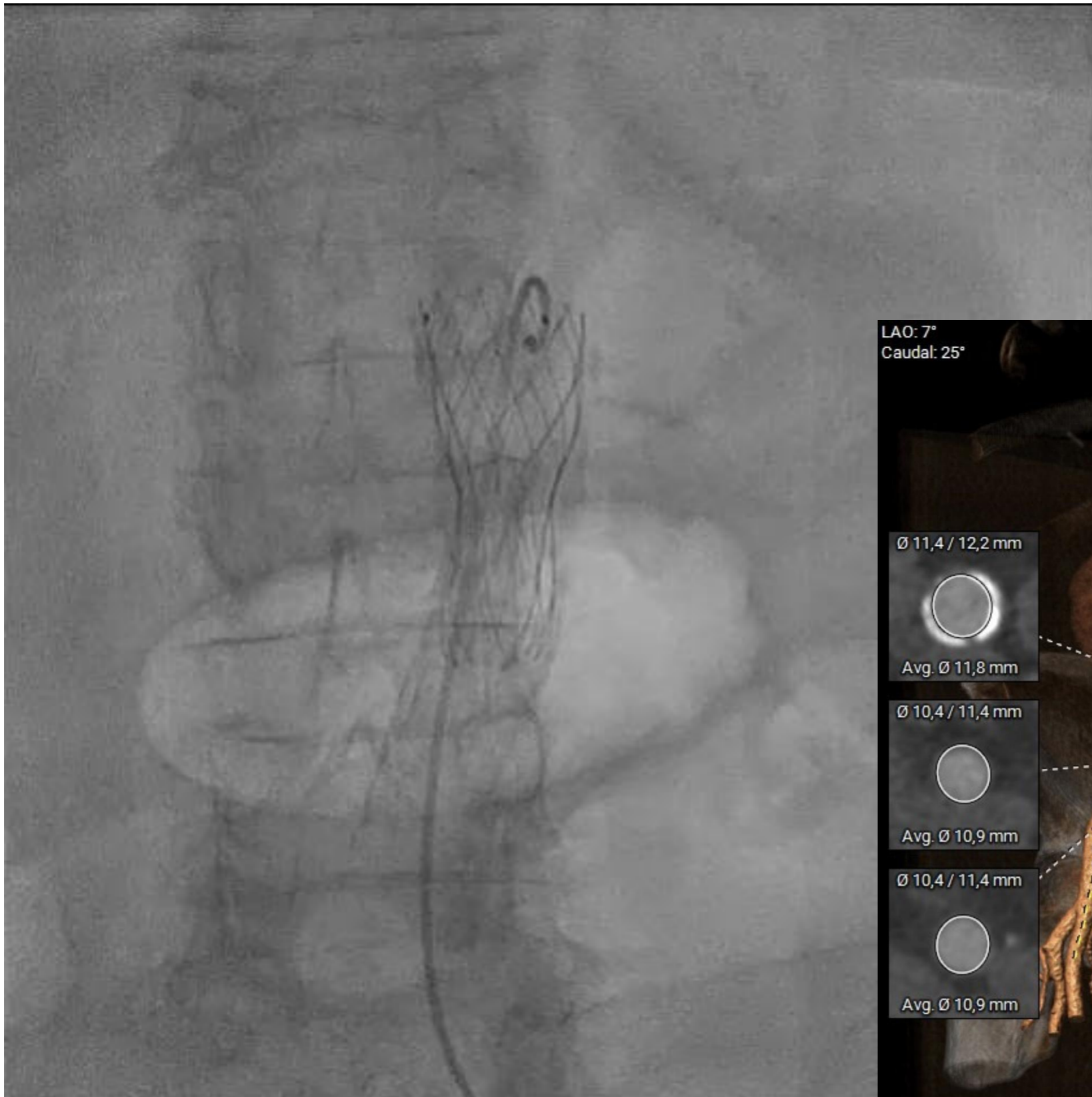
## Po výkonu

- EF LK 60%, PPG/MPG 17/11 mmHg, PVL 0, V-max 2,1 m/s , AVA 2,6 cm<sup>2</sup>, bez volné tekutiny v perikardu.
- Překlad z JIP na st.odd. s telemetrií
- Dle monitoru po výkonu hraniční PQ a raménková blokáda - dočasná KS ponechána stand-by.
- Femorální přístupy bez krvácení

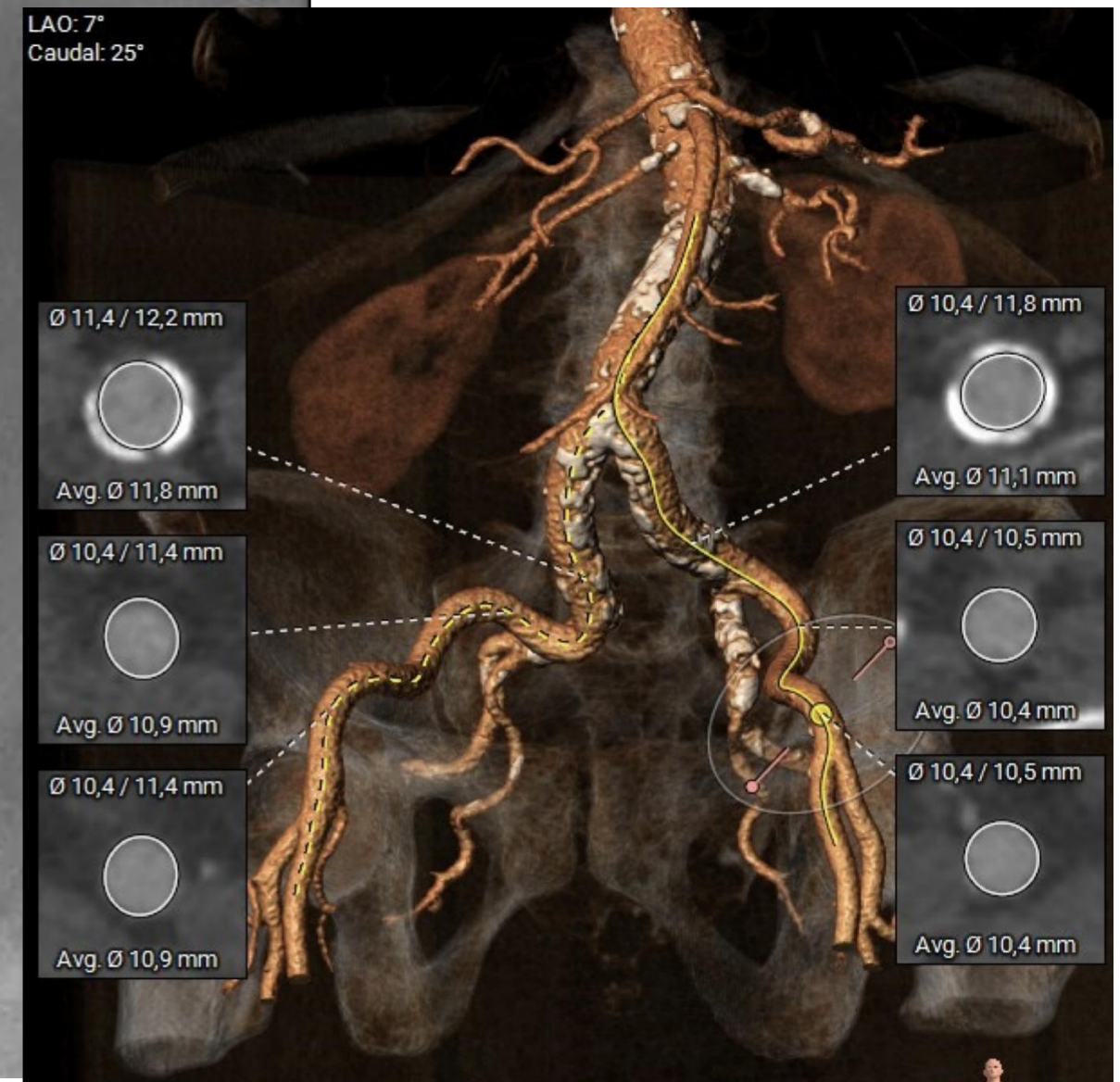
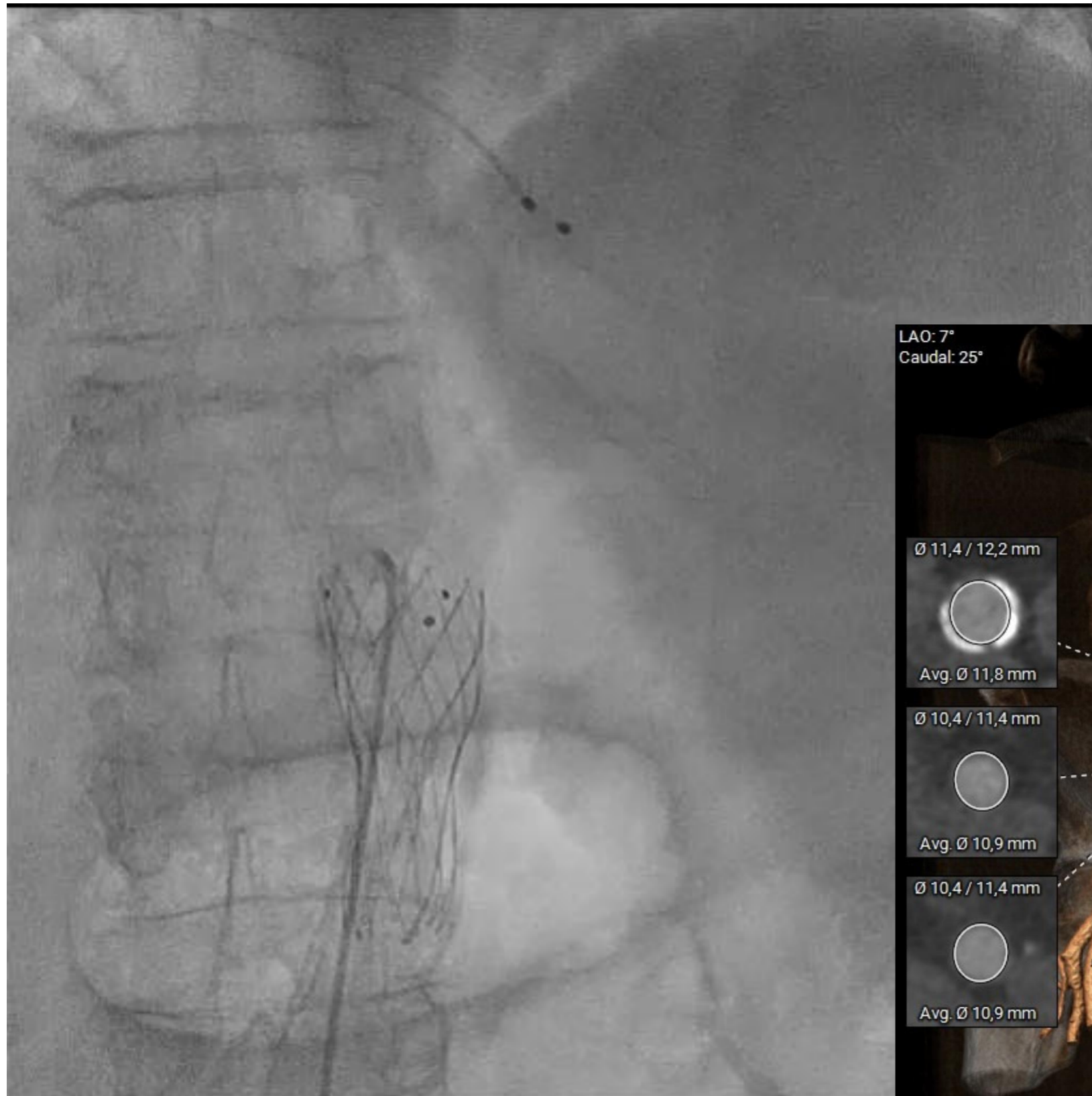
# TAVI case 6/7.11.2025

- 21:50 pacientka referuje bolesti břicha - břicho difuzně palpačně citlivé, doplněn RTG - bez známek NPB
- 7:00 trvá bolest břicha - doplněn UZ
- Obě ledviny mají normální tvar, velikosti uložení. Levá ledvina je bez ložisek. V pravé ledvině jsou cysty. Odvodné močové cesty nejsou rozšířené. MM je málo naplněný. V břiše není žádná tekutina
- Cévy: hlavní břišní tepna a její větve jsou průchodné. Tepny vedoucí do ledvin jsou hůře průchodné a obě ledviny jsou málo prokrvené

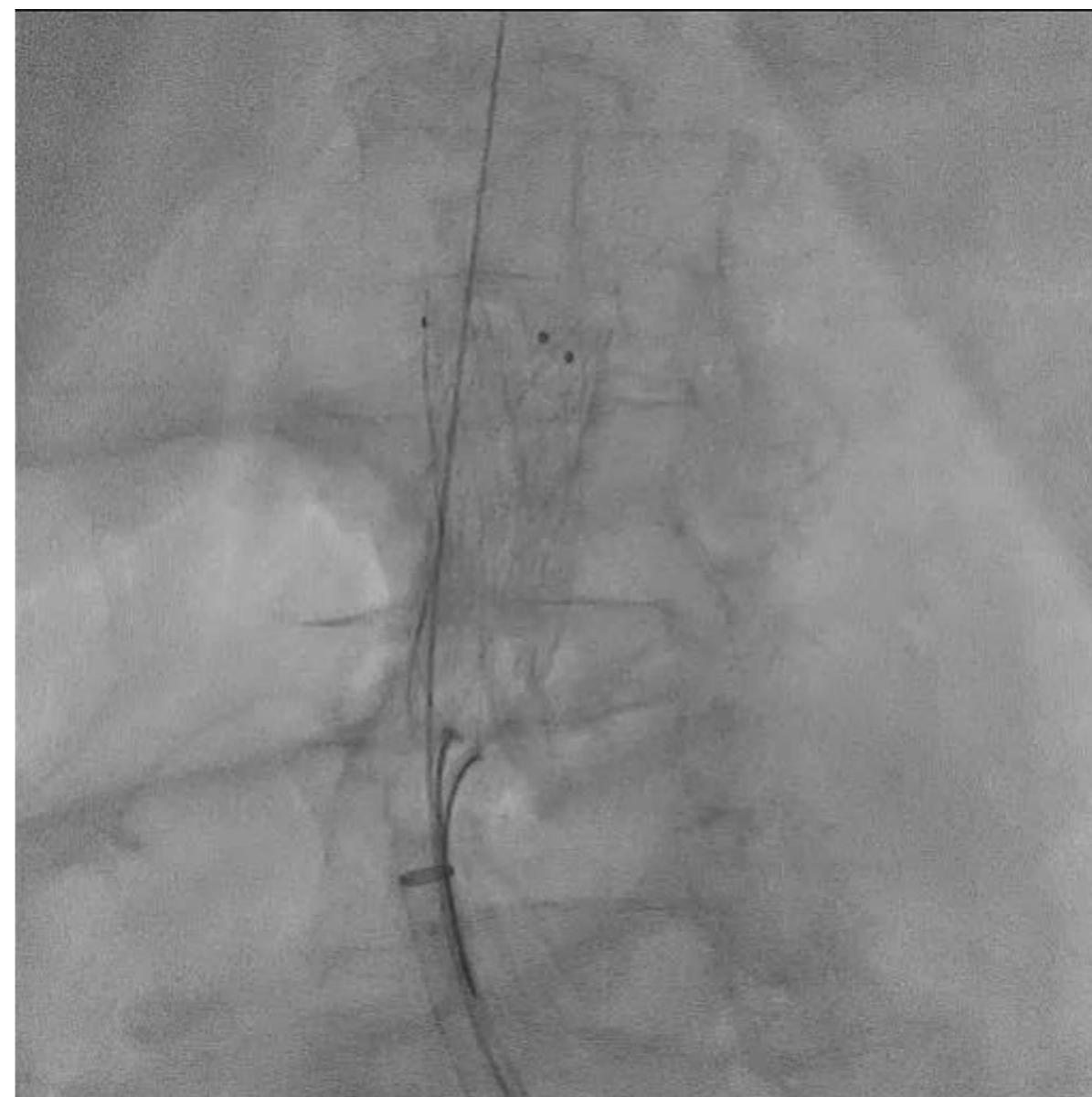
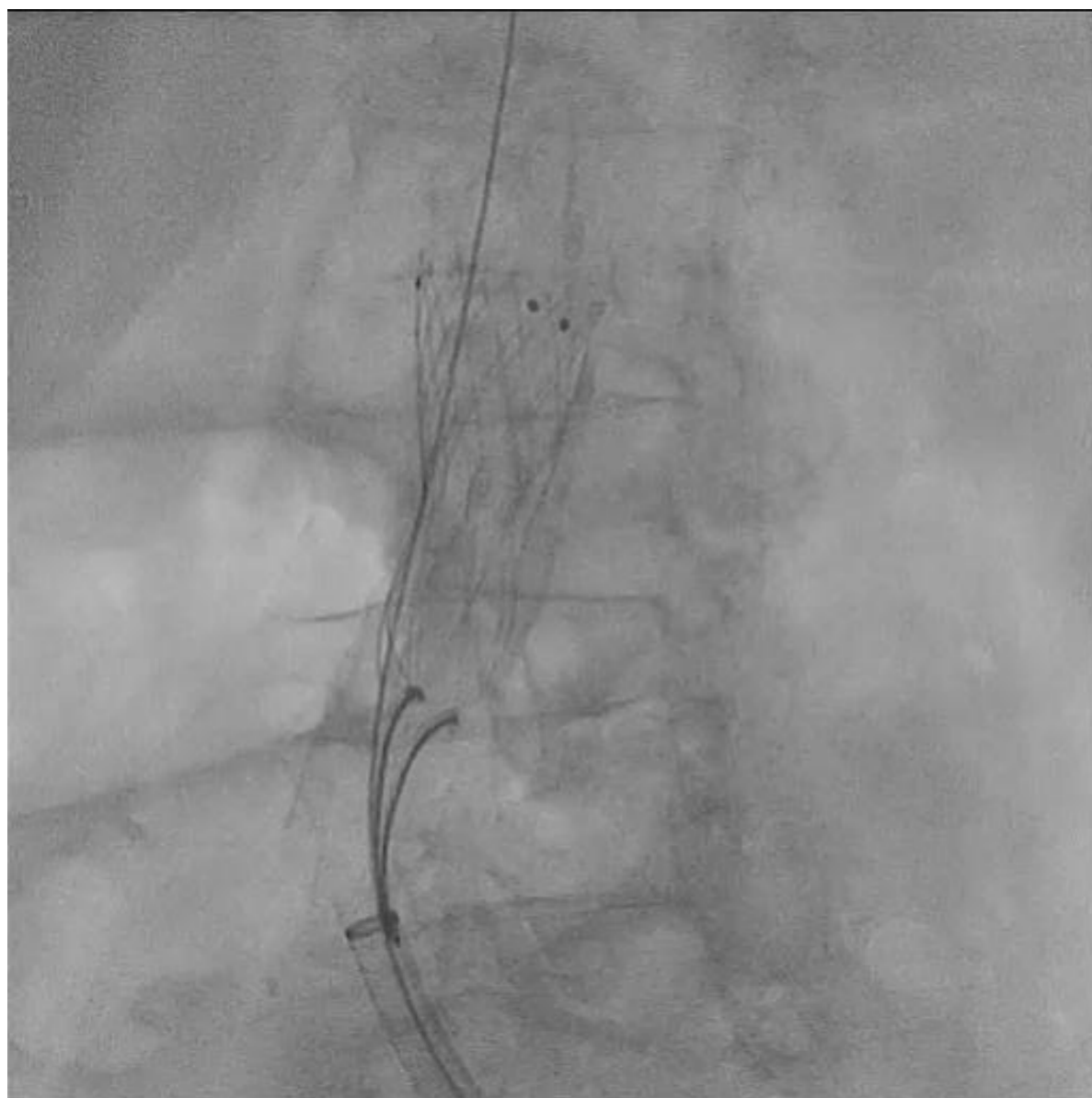
# TAVI case



# TAVI case

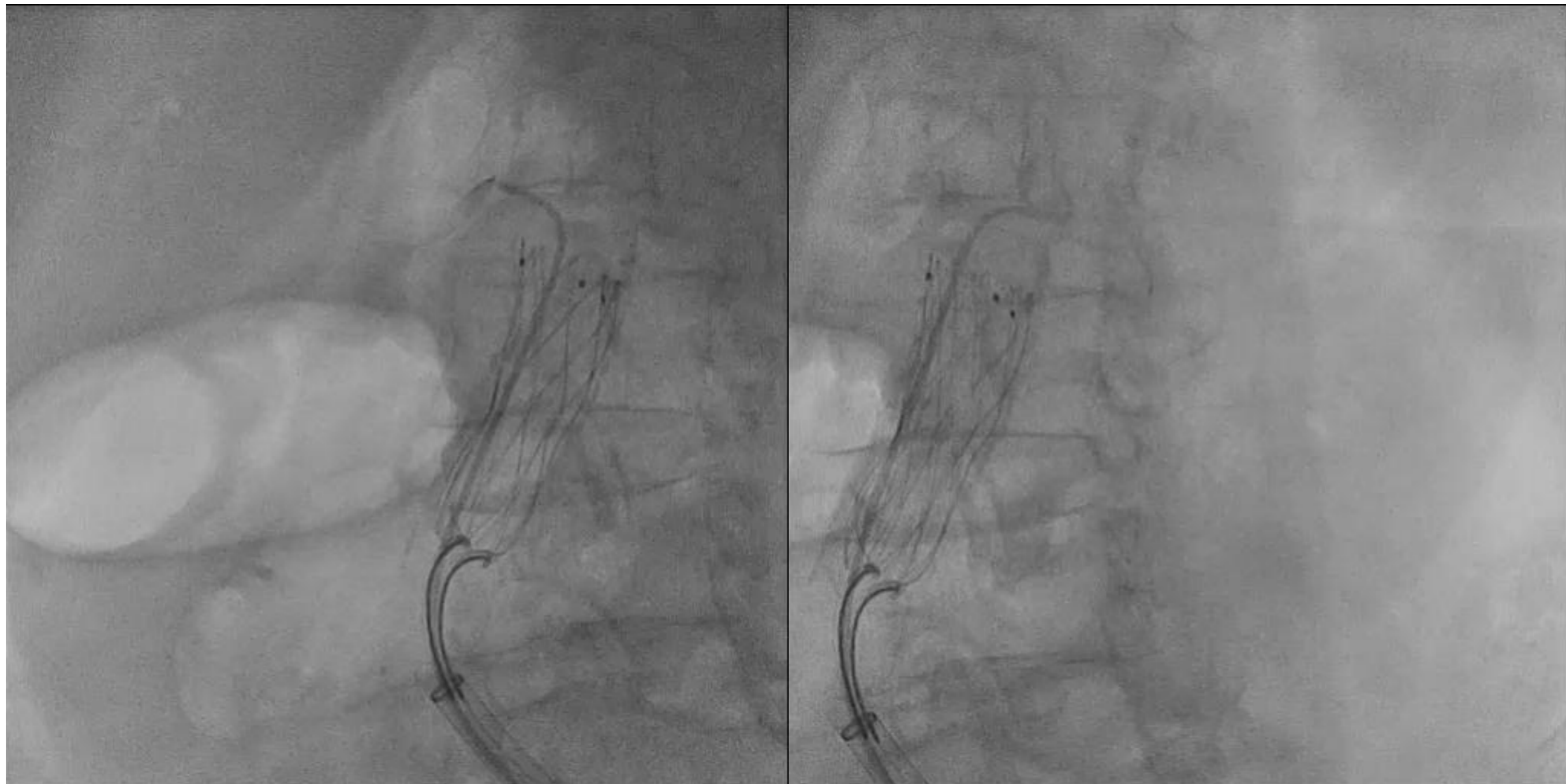


# TAVI case



**(APT 18F, JR5, EnSnare 12-20mm)**

# TAVI case



# TAVI case



# TAVI case 7.11.2025

- Do 15:50 bez obtíží, v 16:20 somnolence, levostranná hemiplegie
- CT AG 17:35 – vyš. je částečně zkreslené kontrastní látkou z předchozího zákroku. Není jasný důkaz akutního krvácení do mozku. Ale jsou vidět změny, které odpovídají ischemii mozku.
- Lab. vyš. - K 5,2 / Kreat 512 / CRP 228 / Hb 78 -> 2x TU
- Neurolog doporučil konzervativní postup

# TAVI case 8.11.2025

- při ranní vizitě trvá somnolence/sopor, na cílený hlasitý dotaz odpověď, motoricky nevyhoví
- K 5,7 / Kreat 654 / CRP 238 / Hb 89
- během dne se krátce zlepší kontakt a lehce se zlepší i hybnost
- celkově + 6210ml, výdej předchozí den 670ml
- indikace CVVHD
- nedaří se zavést femorální žilní vstup a při pokusu o zavedení v. subclavia dochází k asystolii. Oběh se krátce obnoví ale i přes velkou snahu pacientka umírá – exitus letalis

