



WYNIK BADANIA ECHOKARDIOGRAFICZNEGO PŁODU

Prenatalna Konsultacja Kardiologiczna

Aparat seq Nr badania płodu: 2 Warszawa, dnia 21-lis-07
Kaseta: 224 Nr historii choroby: 12092 Tryb badania: Planowe

Nazwisko: SUROWIECKA-HINZ ur: 11-lut-76 lat: 31,8
Imię: IZABELA

OM: 26-kwi-07 PTP: 02-lut-08 Tydzień ciąży: 29,6 Która ciąża: 1 Mnogość: 1

PTP z pomiarów: 15-lut-08 Łożysko: Lokalizacja łożyska:
Dno

Wywiad: C1 P1, USG w 8 (płód wg pomiarów mniejszy o 2 tyg. niż względem OM), 11,20,23 tyg uwidoczono nieprawidłowy obraz serca u płodu.

Przyczyna skierowania: Nieprawidłowy_obraz_serca Przyczyna 2:

PŁÓD NR: 1

Kariotyp: 46,XY Położenie: podłużne_miednicowe Ilość płynu owodniowego: prawidłowa
BPD (mm): 71 BPD (tydzień): 28,2 FL (mm): 50 FL (tydzień): 27,0 Śr. wiek ciąży z pomiarów (tyg): 28,0
HC (mm): 275 HC (tydzień): 28,4 HUM (mm): 46 HUM (tydzień): 27,2 EFW Hadlock (g): 1191,2
AC (mm): 244 AC (tydzień): 28,4 CER (mm): 33 CER (tydzień): 29,2 EFW Shepard (g): 1226,3
CVS: 10

Rodzaj rytmu: zatokowy UA: prawidłowa PI: 1,23 DV: norma PIV:
HR: 148 UV: norma MCA: norma PI: 1,84

OPIS Stwierdzono wadę serca u płodu: zespół niedorozwoju lewego serca.
BADANIA: Wielkość serca prawidłowa. Żyły płucne do lewego przedsionka, systemowe do prawego przedsionka. Przepływ w żyłach płucnych ze śladową falą wsteczną a. Otwór owalny z dość grubą przegrodą piperwotną z przepływem lewo - prawym o prdkości na górnej granicy normy (do 70 cm/s). Hipoplastyczny pierścień zastawki dwudzielnej, śladowa drożność, brak efektywnego napływu do LV. Holosystoliczna niedomykalność zastawki mitralnej. Aorta odchodzi z lewej komory, zastawka aortalna niedrożna. Aorta wypełnia się wstecznie od strony przewodu tętniczego. Łuk aorty i część wstępująca hipoplastyczne, średnica około 2mm. Przewód tętniczy prawidłowy, z prawo - lewym przepływem.

INNE: Pępowina trzynaczyniowa.
Lewostronne poszerzenie układów kielichowo-miedniczkowych do 7 mm.

DGN: Wada serca u płodu: zespół niedorozwoju lewego serca (HLHS).

KOMENTARZ: Wada serca w której nie można przywrócić prawidłowej anatomii serca. Leczenie operacyjne jest co najmniej trzy etapowe. Wada przewodozależna, konieczne podanie prostinu. Płód może prawidłowo rozwijać się do czasu porodu. Rodzicom zaproponowano dalszą opiekę CZMP w Łodzi. Kolejna kontrola w grudniu u dr. K. Leszczyńskiej w Gdańsku. Rodzice zostaną poinformowani telefonicznie kiedy mają zgłosić się do CZMP, do prof.. J. Wilczyńskiego.

Badanie wykonał: Dr hab. med. Joanna Szymkiewicz-Dangel
Specjalista pediatra
KARDIOLOG

UWAGA: Układ krążenia przed urodzeniem różni się od układu krążenia po urodzeniu - w płucach płodu nie odbywa się wymiana gazowa. Dziecko otrzymuje tlen z krwi matki poprzez wymianę w łożysku. Ubiegającą rolę dopływa do płodu żyła pępowinowa. U płodu istnieją fizjologiczne połączenia na poziomie przegrody międzyprzedsionkowej (tzw. otwór owalny) oraz przewodu tętniczego Botalla (między aortą i tętnicą płucną). Po urodzeniu połączenia zamykają się fizjologicznie po urodzeniu. Ponadto w badaniu prenatalnym nie możemy wykluczyć wad wrodzonych serca o małych zaburzeniach hemodynamicznych, które nie wymagają zazwyczaj interwencji bezpośrednio po urodzeniu (np. mały ubytek w przegrodzie międzykomorowej, częściowy nieprawidłowy spływ żył płucnych, małe zwężenie tętnicy płucnej).