

# Badanie CLOSURE I przekonuje, że nie warto jest zamykać PFO u chorych po udarze niedokrwiennym

prof. dr hab. n. med. Tomasz Pasierski

Oddział Kardiologii, Międzyleski Szpital Specjalistyczny, Warszawa



Obecnie niewiele więcej wiemy o roli przetrwałego otworu owalnego (PFO) w niedokrwiennym udarze mózgu niż 30 lat temu, a mianowicie to, że między tymi dwoma zjawiskami istnieje umiarkowana korelacja [1]. Powiązanie przyczynowo-skutkowe mógłby stanowić udar paradoksalny, ale potencjalny materiał zatorowy (skrzeplina żylna) i warunek fizjologiczny (próba Valsalwy odwracająca gradient ciśnienia) nie zawsze dają się zaobserwować. Technologie medyczne rządzą się jednak swoimi prawami, a sama dostępność urządzeń pozwalających na zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego sprawia, że są one stosowane u chorych, u których wykonanie tego zabiegu jest możliwe. Można to jeszcze zrozumieć, jeśli przed lekarzem staje młody człowiek dotknięty przez udar, ale większy niepokój budzą zdrowi ludzie, amatorzy nurkowania żądający prewencyjnego zamknięcia PFO. Procedury te, mimo że na pierwszy rzut oka wydają się w pełni bezpieczne, są jednak kosztowne i mogą generować choroby będące uznanym źródłem zatorów, takie jak migotanie przedsionków. W badaniu CLOSURE oceniano jeden z systemów zamykania PFO — zapinki STARFlex. W najbliższym czasie można się spodziewać ogłoszenia wyników badań z zastosowaniem innych systemów: PC-Trial (*Patent Foramen Ovale and Cryptogenic Embolism*), RESPECT (*Randomized Evaluation of Recurrent Stroke Comparing PFO Closure to Established Current Standard of Care Treatment*) i REDUCE (*GORE HELEX Septal Occluder for Patent Foramen Ovale Closure in Stroke Patients*).

Niezależnie od tego, aktualnie, po badaniu CLOSURE hipoteza o zatorze paradoksalnym, jako wytłumaczeniu

związku między PFO a udarem mózgu, straciła mocno na wiarygodności.

Jak zatem postępować u tych młodych pacjentów, których dotknęła katastrofalna choroba? Pozostaje farmakoterapia, o której skuteczności również niewiele wiadomo. W badaniu PICSS częstość powtórnych udarów u osób z PFO wynosiła: 17,9% u pacjentów otrzymujących kwas acetylosalicylowy (ASA) i 9,5% w grupie stosującej antyvitaminę K (AVK). Wprawdzie różnica ta nie okazała się znamienna, ale moc badania nie była wystarczająca, aby uznać obydwa sposoby leczenia za równoważne. Podobne wątpliwości na temat małej mocy badania dotyczą podgrupy chorych z PFO obserwowanych w badaniu WARSS.

Metaanaliza przeprowadzonych dotychczas badań klinicznych wskazuje na znamienne większą skuteczność AVK w grupie pacjentów z PFO (redukcja ryzyka: 44% v. 20% przy leczeniu ASA) [2]. Aktualne wytyczne ACCP potwierdzają większe korzyści z AVK niż ASA w tej grupie chorych, lecz wskazują na terapię ASA (1A), a AVK jedynie w przypadku nieskuteczności takiego leczenia [3].

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

## Piśmiennictwo

1. Pasierski T, Szwed H, Mendel T et al. Znaczenie echokardiograficznego badania przezprzelykowego w diagnostyce zatoru mózgowego. *Kardiologia Polska*, 1995; 43: 277–283.
2. Orgera MA, O'Malley PG, Taylor AJ. Secondary prevention of cerebral ischemia in patent foramen ovale: systematic review and meta-analysis. *Southern Medical Journal*, 2001; 94: 699–701.
3. Teoh KH, Whitlock RP, Sun JC et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for valvular disease antithrombotic therapy and prevention of thrombosis. 9th Ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, 2012; 141 (Suppl.): e576S–e600S.