

# Kiedy kwalifikować chorych po operacji częściowego wspólnego kanału przedsionkowo-komorowego do reoperacji zastawki mitralnej?

dr hab. n. med. Olga Trojarska

I Klinika Kardiologii, Katedra Kardiologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań



Operacje kardiologiczne wykonywane u pacjentów z wadami wrodzonymi serca, choć istotnie wydłużają ich życie, zazwyczaj nie są zabiegami definitywnie leczącymi. U większości obserwuje się bowiem częste powikłania pooperacyjne i pozostałości wady, do których należy niedomykalność mitralna (MR) po

operacji wspólnego kanału przedsionkowo-komorowego (p-k), wymagająca często ponownej korekcji chirurgicznej [1]. Zabieg ten najczęściej polega na implantacji protezy mechanicznej, coraz powszechniej wykonuje się też plastykę mitralną [2]. Optymalny moment korekcji chirurgicznej MR u osób nieobarczonych pierwotnie wadą wrodzoną serca jest ciągle przedmiotem debat [3]. Wykonanie tego zabiegu u osób już w dzieciństwie operowanych, przy świadomości, że każda kolejna interwencja kardiologiczna wiąże się z większym ryzykiem powikłań, stwarza dodatkowe problemy w określeniu wskazań do jego przeprowadzenia. Rekomendacje zawarte w standardach dotyczących dorosłych z wadami wrodzonymi zalecają wykonanie takiego zabiegu u chorych objawowych z umiarkowaną/zaawansowaną MR (IC), a u bezobjawowych, przy podobnym stopniu niedomykalności, z powiększoną lewą komorą i upośledzeniem jej funkcji skurczowej (IB). Cytowane zalecenia opierają się jedynie na opinii ekspertów i badaniach retrospektywnych [4]. Uzasadnione jest więc poszukiwanie dodatkowych danych związanych z kwalifikacją do tego nietatwego zabiegu.

Autorzy komentowanej pracy [5] podjęli próbę określenia miejsca oceny BNP w tym procesie diagnostycznym. Przeanalizowali grupę 41, w większości bezobjawowych dorosłych chorych po operacji częściowego kanału p-k, z których wszyscy, poza 1 osobą, mieli MR. Mając świadomość niedoskonałości wszystkich echokardiograficznych sposobów oceny stopnia zaawansowania owej niedomykalności, dodatkowo utrudnionych w tej populacji zmianami anatomicznymi i pooperacyjnymi płatką przedniego, autorzy zastosowali metody: jakościową i ilościową. Określone w ten sposób podgrupy z niedomykalnością zaawansowaną i łagodną nie różniły się stężeniem BNP w surowicy krwi. Nie zaobserwowano również zależności między stężeniem tego hormonu a stopniem zaawansowania tej niedomykalności. Na wynik ten dodatkowo mógł wpływać, charakterystyczny dla oznaczeń BNP, bardzo duży rozrzut wartości jego stężenia [6–10]. W konsekwencji analizie statystycznej poddano

trudne do precyzyjnej definicji patologiczne zjawisko hemodynamiczne i mający bardzo szeroki zakres normy parametr biochemiczny. Rozumiejący jednak doskonale patofizjologię wady autorzy poszerzyli analizę o ocenę zależności stężenia BNP z innymi parametrami możliwymi do bardziej precyzyjnej oceny echokardiograficznej, jak wielkość i objętość lewego przedsionka i ciśnienia w tętnicy płucnej.

Umożliwiło im to sformułowanie wniosku, że wzrost stężenia BNP w surowicy krwi odzwierciedla następstwa wady przeciekowej i następstwa MR (wyrażone objętością lewego przedsionka), a nie stopień jej nasilenia w ocenie jakościowej i ilościowej. Wniosek ten, wg mnie, ma bardzo istotne znaczenie praktyczne. Poszerza bowiem możliwości diagnostyczne w tym bardzo trudnym procesie kwalifikacji do operacji zastawki mitralnej u analizowanych chorych.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

## Piśmiennictwo

1. Warnes CA. The adult with congenital heart disease. Born to be bad? *J Am Coll Cardiol*, 2005; 46: 1–8.
2. Vouhe PR. Adult congenital surgery: current management. *Semin. Thorac Cardiovasc Surg*, 2011; 23: 209–215.
3. Vahanian A, Baumgartner H, Bax J et al. Guidelines on the management of valve disease. The task force on the management of valve disease of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 2007; 28: 230–268.
4. Baumgartner H, Bonhoeffer P, De Groot NMS et al. ESC guidelines for the management of grown-up congenital heart disease (new version 2010). The task force on the management of grown-up congenital heart disease of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 2010; 31: 2915–2957.
5. Wójcik A, Klisiewicz A, Szymański P et al. The role of the B-type natriuretic peptide in the evaluation of the left atrioventricular valve regurgitation following surgical repair of partial atrioventricular canal. *Kardiol Pol*, 2012; 70: 464–470.
6. Cleland JCF, Goode K. Natriuretic peptides for heart failure. *Fashionable? Useful? Necessary?* *Eur Heart J*, 2004; 6: 253–255.
7. Trojarska O, Szyszka A, Gwizdała A et al. Evaluation of exercise capacity with cardiopulmonary exercise testing with type B natriuretic peptide concentrations in adults patients with patent arterial septal defect. *Cardiology*, 2006; 106: 154.
8. Trojarska O, Szyszka A, Gwizdała A et al. The BNP concentrations and exercise capacity assessment with cardiopulmonary stress test in patients after surgical repair of Fallot's tetralogy. *Int J Cardiol*, 2006; 110: 86–92.
9. Trojarska O, Gwizdała A, Katarzyński S et al. The BNP concentration and exercise capacity assessment with cardiopulmonary stress exercise test in cyanotic patients with congenital heart diseases. *Int J Cardiol*, 2010; 139: 241–247.
10. Trojarska O, Szyszka A, Gwizdała A et al. Adults with Ebstein anomaly: cardiopulmonary exercise testing and BNP levels. *Int J Cardiol*, 2006; 111: 92–97.