

Przezskórna komisurotomia mitralna — jaka perspektywa?

prof. zw. Marcin Demkow

Klinika Choroby Wieńcowej i Strukturalnych Chorób Serca, Instytut Kardiologii, Warszawa



Przezskórna komisurotomia mitralna (PKM) za pomocą cewnika balonowego jest obecnie zalecanym sposobem postępowania u wybranych chorych z istotnym hemodynamicznym zwężeniem zastawki [1]. Pierwsze zabiegi zaczęto wykonywać w Polsce w 1988 r. (W. Rużyłło), 4 lata po światowej premierze (K. Inoue). W ośrodkach referencyjnych, gdzie zabiegi są wykonywane przez doświadczonych operatorów, dobry wynik bezpośredni uzyskuje się u 83–88% pacjentów [2, 3]. Zabieg jest przy tym bezpieczny, a duże powikłania, takie jak zgon czy tamponada, zdarzają się sporadycznie.

Interesujący, choć kontrowersyjny artykuł Ghaffari i wsp. [4] nasuwa poniższy komentarz. Średni wiek pacjentów w opisywanej grupie (39,5 roku) jest wyraźnie niższy niż obecnie w populacji polskich pacjentów kierowanych na zabieg PKM. Średni wiek polskich chorych pod koniec lat 80. XX wieku był jednak podobny (wynosił ok. 40 lat) [3]. Przez następne lata obserwowano stopniowe „starzenie się” populacji tych osób i w 2007 r. przekroczył 61 lat. Równocześnie ze wzrostem wieku pacjentów zaobserwowano również trend wzrostowy w stopniu zaawansowania zmian patologicznych zastawki mitralnej i aparatu podzastawkowego [3]. Jest to wynikiem spadku częstości występowania gorączki reumatycznej i zmniejszenia liczby chorych z poreumatycznym zwężeniem zastawki. Ponadto na zabieg PKM kieruje się chorych z na-

wrotem zwężenia zastawki po wcześniejszym leczeniu operacyjnym oraz z restenozą po poszerzeniu zastawki balonem. Dodatkowo obserwuje się wolniejszy rozwój zmian degeneracyjnych prowadzących do zwężenia mitralnego, a objawy stenozы występują w późniejszym wieku [5]. Na zabieg kieruje się więc coraz starszych chorych z coraz bardziej zaawansowanymi zmianami zastawki, a więc coraz „trudniejszych”. Powstaje pytanie, jeżeli taki trend będzie się utrzymywał przez następne lata, czy należy liczyć się z coraz gorszymi bezpośrednimi wynikami zabiegów? Myślę, że nie. Taka sytuacja będzie wymagała konieczności zaostrzenia kryteriów kwalifikacji do zabiegu. A może problem rozwiążą nowe techniki kardiologii interwencyjnej?

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Vahanian A, Baumgartner H, Bax J et al. Guidelines on the management of valvular heart disease. Eur Heart J, 2007; 28: 230–268.
2. Jung B, Nicoud-Houela A, Fondarda O et al. Temporal trends in percutaneous mitral commissurotomy over a 15-year period. Eur Heart J, 2004; 25: 701–707.
3. Chmielak Z, Karcz M, Kruk M et al. Dwadzieścia lat doświadczeń w wykonywaniu przezskórnej komisurotomii mitralnej. Post Kardiol Interw, 2002; 4: 89–96.
4. Ghaffari S, Sohrabi B, Aslanabadi N et al. Percutaneous transvenous mitral commissurotomy: with or without heparin? A randomised double blind study. Kardiol Pol, 2011; 69: 445–450.
5. Carroll JD, Feldman T. Percutaneous mitral balloon valvotomy and the new demographics of mitral stenosis. JAMA, 1993; 270: 1731–1736.