

Nowe techniki kardiologii interwencyjnej — obiecujące perspektywy dla chorych z ciężką niedomykalnością mitralną

prof. dr hab. n. med Władysław Sinkiewicz

II Katedra Kardiologii, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum*, Bydgoszcz



Starzenie się społeczeństw sprawia, że problem leczenia nabytych wad zastawkowych nabiera coraz większego znaczenia. Niezwykle ważną obserwacją wynikającą z programu badawczego *European Heart Survey* (EHS), który oceniał problem wad zastawkowych w 25 państwach europejskich, był fakt, że ponad 40% pacjentów z wadą zastawki mitralnej

nie zostało zakwalifikowanych do żadnego z zabiegów naprawczych z powodu zaawansowanego wieku i obecności ciężkich chorób współistniejących, znacznie zwiększających ryzyko okołozabiegowe. Ta grupa pacjentów wysokiego ryzyka zgonu związanego z tradycyjnymi zabiegami kardiochirurgicznymi szczególnie kwalifikuje się do nowoczesnych zabiegów interwencji przeszskórnych [1].

Ważnym problemem u chorych, zarówno z kardiomiopatią rozstrzeniową, jak i z kardiomiopatią niedokrwienną, jest czynnościowa niedomykalność zastawki mitralnej, która nasila objawy niewydolności serca i pogarsza rokowanie nawet u pacjentów bez objawów. Analiza wyników echokardiograficznych badania VALIANT wykazała, że nawet 1-procentowy wzrost powierzchni strumienia niedomykalności mitralnej w stosunku do powierzchni lewego przedsionka zwiększa ryzyko zgonu lub hospitalizacji z powodu niewydolności serca [2].

Intensywne wprowadzanie nowych technik przeszskórnego leczenia chorób zastawek serca w ostatnich latach stało się ważną szansą relatywnie bezpiecznego leczenia pacjentów, których kardiochirurdzy nie chcą lub nie powinni operować ze względu na zbyt duże ryzyko. Techniki te są również atrakcyjną alternatywą m.in. dla chorych wymagających reoperacji po nieudanym zabiegu kardiochirurgicznym. Jednym z ostatnich wprowadzanych jest opisywany przez autorów komentowanej pracy [3] zabieg walwuloplastyki mitralnej wykonywany z dostępu przez zatokę wieńcową, wykorzystujący bliskość anatomiczną żylnego spływu serca i pierścienia mitralnego przy użyciu systemu Carillon™. Zespół poznański pod kierownictwem prof. T. Siminiaka należy niewątpliwie do pionierskich w tej dziedzinie kardiologii interwencyjnej.

Przedstawiony zabieg okazał się bardzo skuteczny zarówno w zakresie wszystkich badanych parametrów (tzn.

oceny niewydolności w skali czynnościowej NYHA, testu marszowego), jak i badanych parametrów echokardiograficznych, co w obserwacji innych autorów przekłada się również na proces korzystnego odwrotnego remodelingu mięśnia lewej komory [4]. Stanowi to zachętę do kontynuacji tego rodzaju leczenia i dłuższej obserwacji operowanych chorych. Praca Wołoszyna i wsp. [3] jest następnym ważnym wkładem w rozwój i popularyzację przeszskórnych technik naprawczych w leczeniu strukturalnych chorób serca.

Uwzględniając to, że 13 z 14 badanych chorych znajdowało się wyjściowo w III klasie NYHA, niewątpliwie cenne i podnoszące wartość pracy byłoby badanie spiroergometryczne, a zwłaszcza ocena maksymalnego zużycia tlenu (VO_2 max) i wskaźnika VE/VCO_2 , odzwierciedlającego stopień wzrostu wentylacji na jednostkę wzrostu produkcji dwutlenku węgla. Parametry te są ważnymi wyznacznikami tolerancji wysiłku i silnymi wskaźnikami prognostycznymi u chorych z niewydolnością serca. Dlatego też w razie możliwości warto uwzględnić test spiroergometryczny przy kontynuacji lub projektowaniu następnych badań.

Niewątpliwie nowe techniki przeszskórnego leczenia chorób zastawek serca pozostaną wyzwaniem kardiologii inwazyjnej w najbliższych latach, co jest o tyle istotne, że aktualnie kardiologowie decydują się na stosowanie takiego leczenia nie tylko u chorych, u których kardiochirurdzy nie podejmują się operacji ze względu na duże ryzyko, także u pacjentów dotychczas w ogóle pozbawionych możliwości leczenia zabiegowego.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Jung B, Baron G, Butchart EG et al. A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease. *Eur Heart J*, 2003; 13: 1231-1243.
2. Amigoni M, Meris A, Thune JJ et al. Mitral regurgitation in myocardial infarction complicated by heart failure, left ventricular dysfunction, or both: prognostic significance and relation to ventricular size and function. *Eur Heart J*, 2007; 28: 326-333.
3. Wołoszyn M, Jerzykowska O, Kałmucki P et al. Functional assessment of patients after percutaneous mitral valvuloplasty with Carillon™ device: preliminary report. *Kardiol Pol*, 2011; 69: 228-233.
4. Braun J, Bax JJ, Versteegh MIM et al. Preoperative left ventricular dimensions predict reverse remodeling following restrictive mitral annuloplasty in ischemic mitral regurgitation. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2005; 27: 847-853.