

Nowa era w leczeniu nabytej stenozы aortalnej

prof. dr hab. n. med. Jerzy Sadowski, dr n. med. Janusz Konstanty-Kalandy, dr n. med. Karol Wierzbicki

Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków



Zwężenie lewego ujścia tętniczego (AS) stanowi najczęstszą przyczynę zastawkowych operacji kardiologicznych u dorosłych. Niestety u części pacjentów operacja jest obciążona dużym ryzykiem, co niejednokrotnie decyduje o wykluczeniu tych chorych z zabiegu. Alternatywę dla tych pacjentów stanowi obecnie przezcewnikowa implantacja zastawki aortalnej (TAVI). Obecnie są dostępne dwa systemy implantacji zastawki aortalnej: rozprężana na balonie zastawka Edwards-Sapien i samorozprężalna zastawka CoreValve. Od chwili wprowadzenia TAVI liczba wykluczonych z zabiegu pacjentów z krytyczną AS ciągle się zmniejsza [1]. Dotychczas pacjenci zdyskwalifikowani z leczenia chirurgicznego byli poddani farmakoterapii. Jednak, jak wykazały badania, już po roku obserwacji ryzyko zgonu po zabiegu TAVI jest istotnie mniejsze niż w grupie pacjentów leczonych zachowawczo [2].



W pracy Witkowskiego i wsp. [3] pacjenci zostali poddani zabiegowi TAVI drogą przezskórną i przekoniuszkową.

Zwraca uwagę wnikliwa analiza przedzabiegowa chorych, szczególnie istotna w trakcie prawidłowej kwalifikacji do TAVI. Trzeba pamiętać, że grupa chorych poddawanych TAVI jest obciążona dużym ryzykiem. Wczesna (30-dniowa) śmiertelność w różnych doniesieniach wynosi 5–10% [2, 4, 5]. W przedstawionej analizie całkowita śmiertelność szpitalna (3,3%) i 30-dniowa (6,6%) nie odbiegały znacząco od danych światowych. Wyniki wczesne zależą w dużej mierze od nabywania doświadczenia przez ośrodki wszczepiające, co również zostało uwypuklone w komentowanej pracy. Wczesne powikłanie w postaci pęknięcia pierścienia natywnej zastawki aortalnej, wymagające konwersji do operacji na otwartym sercu, obok wystąpienia tamponady po zabiegu, frakcji wyrzutowej lewej komory < 40% i cukrzycy, jest uznawane za niezależny czynnik ryzyka wczesnej śmiertelności [4]. Należy również pamiętać, co zostało udowodnione w przedstawionym badaniu, że pacjenci kwalifikowani do TAVI drogą przezkoniuszkową są częściej obciążeni dodatkowymi chorobami, co ma przełożenie na wyższy wskaźnik *logistic Euroscore*.

Specyfika implantacji przezcewnikowej zastawki aortalnej powoduje, że u dużej liczby pacjentów obserwuje się nie-

wielkie niedomykalności po zabiegu [2]. Większość z nich jest nieistotna hemodynamicznie, zlokalizowana okołozastawkowo i z czasem całkowicie lub częściowo znika. W badanej grupie zarówno w okresie okołoperacyjnym, jak i w 30-dniowej kontroli nie zaobserwowano istotnej niedomykalności aortalnej.

Warto zwrócić uwagę na wykonanie przez autorów jednego zabiegu implantacji „zastawka w zastawce”. Obecnie coraz częściej wszczepia się zastawki biologiczne, które jak wiadomo mają pewną, ograniczoną długość funkcjonowania i z czasem będą wymagały wymiany, a idea „zastawka w zastawce” może w tych przypadkach być bardzo dobrym rozwiązaniem.

Rozwój nowych metod leczenia najbardziej obciążonych pacjentów stanowi duże wyzwanie aktualnej medycyny. Wymaga zaangażowania specjalistów z wielu dziedzin, a dopiero dzięki ich współpracy można bezpiecznie wykonywać zaawansowane zabiegi ratujące niejednokrotnie życie i zdrowie pacjentów. Rola zespołu *heart team* w zabiegach TAVI, zaznaczona w prezentowanej pracy, ma kluczowe znaczenie dla bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu implantacji. Nabywane z czasem doświadczenie zaprocentuje w przyszłości zmniejszeniem liczby powikłań okołozabiegowych. Celowe wydaje się przestrzeganie schematów kwalifikacji do zabiegów TAVI, aby grupa pacjentów poddana przezcewnikowej implantacji zastawki aortalnej osiągnęła maksymalne korzyści z wykonanej procedury. Perspektywy dla coraz skuteczniejszego leczenia wad zastawkowych serca są więc naprawdę imponujące. Z zadowoleniem można odnotować fakt, że oprócz pozytywnego wyniku operacji, coraz większą uwagę zwraca się na komfort pacjenta i możliwie optymalną redukcję powikłań.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Malaisrie SC, Tuday E, Lapin B et al. Transcatheter aortic valve implantation decreases the rate of unoperated aortic stenosis. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2011 (w druku).
2. George JC, Varghese V, Dangas G. Transcatheter aortic valve implantation lessons from the PARTNER (Placement of Aortic Transcatheter Valves) Trial. *J Am Coll Cardiol Cardiovasc Interv*, 2011; 4: 132–133.
3. Witkowski A, Dąbrowski M, Chmielak Z. Transcatheter aortic valve implantation using transfemoral/transsubclavian or transapical approach: 30-day follow-up of the initial 30 patients. *Kardiologia Polska*, 2011; 69: 105–114.
4. Tamburino C, Capodanno D, Ramondo A et al. Incidence and predictors of early and late mortality after transcatheter aortic valve implantation in 663 patients with severe aortic stenosis. *Circulation*, 2011 (w druku).
5. Rodés-Cabau J, Webb J, Cheung A et al. Transcatheter aortic valve implantation for the treatment of severe symptomatic aortic stenosis in patients at very high or prohibitive surgical risk: acute and late outcomes of the multicenter Canadian experience. *J Am Coll Cardiol*, 2010; 55: 1080–1090.