

Niedokrwienna niedomykalność zastawki mitralnej — operacja czy obserwacja?

prof. dr hab. n. med. Jerzy Sadowski, dr n. med. Karol Wierzbicki

Klinika Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii, Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum*, Kraków



Od co najmniej kilkunastu lat dynamicznie zmienia się profil populacji chorych z wadą lewego ujścia żylnego. Szerokie i skuteczne stosowanie osłony antybiotykowej zmniejszyło liczbę pacjentów z wadą mitralną w przebiegu powikłań pozapalnych i poinfekcyjnych. Jednocześnie gwałtowny rozwój inwazyjnego leczenia chorych z ostrym niedokrwieniem mięśnia sercowego paradoksalnie zwiększył liczbę pacjentów z niedokrwienną, najczęściej przewlekłą, niedomykalnością zastawki mitralnej. Dobrze poznany mechanizm wady, wywołanej remodelingiem lewej komory, z poszerzeniem pierścienia mitralnego wraz z dyslokacją mięśni

brodawkowatych nie ułatwił jednoznacznego określenia optymalnego postępowania w tej trudnej grupie chorych.

Konieczność i wskazania do leczenia niedokrwiennej niedomykalności zastawki mitralnej pozostają od lat przedmiotem dyskusji Zjazdowych i rozmów kuluarowych.

Analiza doświadczeń wielu ośrodków podaje w wątpliwość egzystujący dalej pogląd, że wykonanie pełnej revascularizacji mięśnia sercowego redukuje, a nawet całkiem niweluje niedomykalność zastawki dwudzielnej. Jednak z kolei zbyt agresywna próba korekcji umiarkowanego stopnia wady może powodować przedłużenie operacji pomostowania, przy co najmniej miernej korzyści hemodynamicznej. Wybór techniki chirurgicznej jest z kolei najmniej kontrowersyjnym punktem rozważań. Plastyka, czyli naprawa niedomykalnego ujścia, polegająca na wszczepieniu specjalnie profilowanego pierścienia z ewentualną aproksymacją mięśni brodawkowa-

tych, ma niewątpliwie przewagę nad konkurencyjną wymianą zastawki mitralnej. Pozostawienie własnej naprawionej zastawki nie powoduje bowiem pogorszenia geometrii lewej komory, co może mieć miejsce przy wymianie zastawki mitralnej, w czasie której trzeba zredukować (przeciąć) układ odzastawkowy [1, 2].

Kolejnym ważnym aspektem dywagacji nad korekcją chirurgiczną niedokrwiennej niedomykalności zastawki mitralnej jest często współistniejąca z tą wadą niska frakcja wyrzutowa lewej komory. Parametr ten ma kluczową rolę w określeniu bezpieczeństwa i tym samym celowości operacji naprawczej.

Autorzy komentowanego artykułu [3] postanowili ocenić wpływ czynności skurczowej lewej komory na wynik operacji naprawczej niedokrwiennej niedomykalności zastawki mitralnej. Pracę oparto na retrospektywnej analizie ponad 100 chorych, co w sposób jednoznaczny uwiarygodnia wyniki. Uzyskana wartość frakcji wyrzutowej na poziomie 40% jako punktu odcięcia zwiększenia ryzyka operacji jest cenną kolejną wskazówką w postępowaniu w tej grupie pacjentów. Wspomniany artykuł powinien zachęcić grono kardiochirurgów i kardiologów do prezentowania własnych obiektywnych wyników i subiektywnych poglądów.

Piśmiennicwo

1. Aklog L, Filsoufi F, Flores KQ et al. Does coronary artery bypass grafting alone correct moderate ischemic mitral regurgitation? *Circulation*, 2001; 104: I-68–I-75.
2. Gillinov AM, Wierup PN, Blackstone EH et al. Is repair preferable to replacement for ischemic mitral regurgitation? *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2001; 122: 1125–1141.
3. Sasmazel A, Fedakar A, Baysal A et al. The impact of preoperative left ventricular ejection fraction on short and mid-term outcomes in ischaemic mitral valve repair. *Kardiol Pol*, 2010; 68: 1226–1232.