

Zwężenie zastawki aortalnej — nowe wyzwania dla kardiologii interwencyjnej

prof. dr hab. n. med. Witold Rużyłło

Instytut Kardiologii, Warszawa



Wapniejące zwężenie zastawki aortalnej jest, po nadciśnieniu tętniczym i chorobie wieńcowej, najczęstszą chorobą układu sercowo-naczyniowego. Dotyczy 43% osób z wadami zastawkowymi serca. Stanowi również najczęstszą przyczynę operacji wszczepienia protezy zastawkowej.

Wada ta dotyczy 2% populacji > 65. roku życia i 2,9% > 75. roku życia [1]. Degeneracyjne zwężenie zastawki aortalnej będzie stanowiło coraz większy problem zdrowia publicznego, gdyż w starzejących się społeczeństwach krajów rozwiniętych zwiększa się liczba osób powyżej 80. roku życia.

W badaniu *The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease*, obejmującym 5000 chorych z wadą zastawkową serca z 25 krajów Europy, stwierdzono, że u ponad 1/3 osób nie można wykonać operacji wymiany zastawki z powodu wysokiego ryzyka operacyjnego związanego głównie z istnieniem chorób współistniejących [2]. Potrzeba alternatywnej metody dla pacjentów wysokiego ryzyka, która mogłaby wyeliminować konieczność stosowania znieczulenia ogólnego, torakotomii i krążenia pozaustrojowego, była inspiracją dla rozwoju metod nieoperacyjnych i minimalnie inwazyjnych.

W 2002 roku Alain Cribier z Uniwersytetu w Rouen wykonał pierwszy zabieg przezskórnego wszczepienia zastawki aortalnej u pacjenta z nieoperacyjną ciasną stenozą aortalną i współistniejącymi chorobami zagrażającymi życiu.

Dzisiaj zabiegi TAVI wykonuje się w ponad 300 ośrodkach w Europie. Chodór i wsp. [3] opisali wyniki bezpośrednio i obserwacji 6-miesięcznej leczenia chorych za pomocą protezy Edwards-Sapien metodą przezkoniuszkową (8 osób) i z dostępu przez tętnicę udową (3 pacjentów). U 7 chorych rozmiar zastawki wynosił 26 mm. Interesujący jest fakt, że u 1 chorej nie udało się implantować zastawki, ponieważ nie można było wprowadzić koszulki 22 F, kończąc zabieg na wykonaniu walwuloplastyki balonowej. Od niedawna, dzięki możliwości stosowania węższych koszulek (18 F), zmniejszyła się liczba miejscowych powikłań naczyniowych, które wiązały się z dużym rozmiarem koszulki naczyniowej (22–24 F).

Mimo konieczności ponownej hospitalizacji 6 chorych po 6 miesiącach obserwacji 10 pacjentów jest w II klasie wg NYHA. Wynik ten zasługuje na uznanie, tym bardziej że większość cho-

rych miała wszczepioną zastawkę przezkoniuszkowo. W innych opracowaniach u około 70% osób zabieg wykonano przez tętnicę udową. Świadczy to o ostrożnym podejściu autorów do ważnego problemu, jakim jest nie tylko odpowiednia średnica tętnic biodrowych i udowych, ale także często kręty przebieg. Stosunkowo wysoki jest odsetek wszczepienia stymulatorów (3 chorych), ale trzeba pamiętać, że jest to grupa osób dużego ryzyka. Odsetek ten jest zbliżony do konieczności stosowania stymulatora przy wszczepieniu zastawki Core-Valve.

Przy nowym, o znacznie mniejszym kalibrze systemie wprowadzenia zastawki Edwards-Sapien przez tętnicę udową i rozszerzeniu tym samym wskazań do technik transfemoralnych będzie można skrócić średni czas pobytu chorych w szpitalu, który w prezentowanym materiale wynosił 26 dni. Autorzy podkreślają, że czas hospitalizacji przy wprowadzeniu zastawek przez tętnicę udową był krótszy.

Ważne będzie ogłoszenie w 2011 roku wyników drugiej części badania *Placement of Aortic Transcatheter Valve* (PARTNER), w którym porównuje się TAVI z leczeniem chirurgicznym u 700 chorych wysokiego ryzyka [4].

Nasi koledzy z Danii poszli jeszcze dalej i prowadzą badanie z użyciem zastawki Core-Valve w porównaniu z leczeniem chirurgicznym u typowych chorych ze zwężeniem zastawki aortalnej, gdzie jedynym kryterium włączenia do randomizacji jest wiek powyżej 70 lat.

Można oczekiwać, że wyniki obecnie prowadzonych w Stanach Zjednoczonych randomizowanych badań otworzą drogę do rejestracji przez FDA i tym samym pozwolą wykonywać zabiegi TAVI w wielu amerykańskich ośrodkach. Trzeba jednak przeprowadzić dłuższe obserwacje dotyczące zastawek wszczepionych metodą TAVI, pamiętając, że techniki chirurgiczne stosuje się u chorych ponad 30 lat.

Piśmiennictwo

1. Gohlke-Bärwolf C, Zamorano JL. Hot topics in aortic stenosis. *Eur Heart J*, 2008; 10 (suppl. E): E2–E3.
2. Iung 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; 24: 1231–1243.
3. Chodór P, Wilczek K, Przybylski R et al. Immediate and 6-month outcomes of transapical and transfemoral Edwards-Sapien prosthesis implantation in patients with aortic stenosis. *Kardiol Pol*, 2010; 68: 1124–1131.
4. Leon MB, Smith CR, Mack M et al. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery. *NEJM*, 2010; DOI: 10.1056/NEJMoa1008232.