

## Zjawisko „niedopasowania zastawki” – rosnący problem kliniczny u osób z chorobą wieńcową poddawanych wymianie zastawki aortalnej

prof. dr hab. n. med. Kazimierz B. Suwalski

Klinika Kardiologii, I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny



Na wstępie chciałbym pogratulować autorom doboru aktualnego tematu, a jednocześnie odwagi w zmierzeniu się z tak trudnym zagadnieniem, jakim jest niedopasowanie zastawki, zwane *patient-prosthesis mismatch* (PPM).

W zasadzie, wszystkie prowadzone narodowe i międzynarodowe rejestry operacji kardiologicznych

w państwach rozwiniętych wskazują na wzrost liczby operacji stenozy aortalnej. W ostatnich latach zdecydowanie stała się ona główną operowaną wadą zastawkową u dorosłych. Jest to związane przede wszystkim ze znacznym wzrostem populacyjnej średniej wieku; właśnie typ zmian organicznych o charakterze starczym stał się dominujący, a jednocześnie zanikają wady o pochodzeniu reumatycznym. Współcześnie kardiolog spotyka się z coraz to starszymi chorymi. Coraz częściej też u osób z wadą aortalną wykrywa się istotne zmiany w naczyniach wieńcowych bądź też odwrotnie – u pacjenta z chorobą wieńcową stwierdza się stenozę aortalną. Właśnie operacje wymiany zastawki aortalnej i jednoczesnego pomostowania naczyń wieńcowych są jednym z zabiegów, których liczba najdynamiczniej wzrasta.

Mimo iż temat PPM jest burzliwie dyskutowany od dłuższego czasu, wciąż brakuje danych dotyczących właśnie tej grupy chorych. Z kolei potraktowanie problemu PPM niejako automatycznie, analogicznie do izolowanej stenozy aortalnej, byłoby dużym uproszczeniem. Pacjenci z chorobą wieńcową to osoby często z wieloma chorobami współistniejącymi, zaburzeniami metabolicznymi i co ważne – otyłością. Doświadczenie kliniczne pokazuje, że u tych osób (szczególnie kobiet) często można się spodziewać wąskiego pierścienia aortalnego. Z kolei ryzyko operacyjne niejako sumuje się dla wady aortalnej i choroby wieńcowej, co znacząco utrudnia decyzję o ewentualnym zastosowaniu technik poszerzenia pierścienia, które dodatkowo zwiększają to ryzyko.

Rola PPM w ocenie krótko- i długoterminowej jest do dzisiaj nierozstrzygnięta. Jedni szanowani badacze wykazują duże znaczenie tego zjawiska, inni w ogóle kwestionują jego istnienie. Praca wpisuje się w serię badań, w których nie wykazano istotnych statystycznie różnic w przebiegu pooperacyjnym u chorych z PPM i bez niego. Jako doświadczonemu klinicyście wydaje mi się, że kluczem do odpowiedzi na pytanie, dlaczego takich różnic nie znaleziono, jest to, że nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w gradientach przez zastawkę, efektywnym polu ujścia i stopniu niedomykalności w badaniu echokardiograficznym. „Matematyczna” definicja PPM, która zakłada jego kalkulowanie na podstawie pola powierzchni ciała i podanych przez producenta metrycznych parametrów protezy zastawkowej *in vitro*, dość luźno jest związana z wynikiem i przebiegiem klinicznym u chorych ze złożoną patologią. Na rolę *risk-adjustment* wskazuje choćby fakt, że u osób zmarłych w obserwacji (paradoksalnie) stwierdzono istotnie większe pole ujścia zastawki aortalnej. Dlatego też przede wszystkim PPM to problem kliniczny, z którym przychodzi nam się zmagać u konkretnych chorych. Kardiolog musi mieć to zagrożenie zawsze w pamięci, zarówno podczas operacji, jak i przy jej planowaniu. W razie wystąpienia objawów PPM po operacji, z pomocą przychodzi między innymi zastawki bezstentowe, ale należy pamiętać o najprostszym rozwiązaniu, szczególnie w tej grupie chorych, jakim jest zdecydowana redukcja masy ciała.

Gratulując autorom dobrej pracy, uważam wniosek sugerujący powiązanie PPM z zastawkami biologicznymi za nieco zbyt daleko idący. Jak wspomniałem, „matematyczna” kalkulacja pola ujścia zastawek *in vitro* nie ma bezpośredniego przełożenia na wyniki hemodynamiczne, zastawki biologiczne zaś, szczególnie nowe rodzaje, ze względu na mechanizm działania zbliżony do naturalnego charakteryzują się bardzo dobrymi parametrami, także przy małych rozmiarach protezy. Opisane zjawisko wynika z arbitralnego wszczepiania zastawek biologicznych u starszych chorych (> 70. roku życia), u których naturalnie wyniki wczesne i odległe dotyczące przeżycia będą gorsze.