

## Wady zastawkowe serca – nieustające wyzwanie dla kardiologa

prof. dr hab. Jarosław D. Kasprzak

II Katedra i Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny, Łódź



Kardiologia ostatniej dekady zdominowana została przez niezwykle szybki rozwój wiedzy, badań i możliwości terapeutycznych związanych z chorobą niedokrwinną serca. Jest to ściśle związane z jej epidemicznym rozprzestrzenieniem, a co za tym idzie – szerokim rynkiem dla produktów leczniczych, co w naturalny sposób nasila zainteresowanie przemysłu medycznego stymulowaniem rozwoju badań w tej dziedzinie i szerokim nagłaśnianiem wszelkich (niekoniecznie przełomowych) nowych wyników badań. W porównaniu z chorobą wieńcową wady zastawkowe wydają się skromnym kopcuszkim – ale to wrażenie jest złudne. Chociaż wydawało się, że wraz z opanowaniem problemu gorączki reumatycznej sprawa wad nabytych serca straci na znaczeniu, przynajmniej w krajach europejskich i Stanach Zjednoczonych, szybko się okazało, że wraz z wydłużaniem czasu życia (oraz napływem imigrantów z innych części świata) dochodzi raczej do zmiany profilu wad niż do ich wykorzenia. Co więcej, narasta częstość wad na tle zwyrodnieniowym (zwężenie zastawki aortalnej) lub niedokrwinnym (niedomykalność mitralna). Wzrost zainteresowania wiąże się też z fascynującymi próbami leczenia wad przeszskórnymi zabiegami naprawczymi, które jednak (z wyjątkiem mającej ugruntowaną pozycję walwuloplastyki w zwężeniu zastawki mitralnej) znajdują się jeszcze w fazie badań klinicznych – z bardzo obiecującymi wczesnymi wynikami. Dotyczy to przede wszystkim technik leczenia niedomykalności mitralnej przezskórną plastyką „brzeg do brzegu” (spinka) lub remodelingu pierścienia implantami do zatoki wieńcowej (pionierskie badania w naszym kraju wykonał prof. T. Siminiak). Ewolują też metody chirurgiczne (np. badania nad skutecznością przezkoniuszkowej implantacji protezy zastawki aortalnej). Nie zmienia to jednak faktu, że pula perspektywnych badań z randomizacją dotyczących wad zastawkowych jest nieporównanie skromniejsza niż w wypadku schorzeń miażdżycowych lub nadciśnienia tętniczego.

Wytyczne europejskie mają – w porównaniu z nieco wcześniej opublikowanymi amerykańskimi – mniej encyklopedyczny, ale za to bardziej praktyczny charakter. W zakresie diagnostyki szczególną uwagę pragnę zwró-

cić na nowe wyzwania stawiane echokardiograficznie – powinien on trafnie określić patomechanizmy wady zastawkowej oraz opanować różnorodne metody oceny ilościowej wad. Mimo pewnej złożoności, w wielu przypadkach (szczególnie niedomykalności o granicznym nasileniu – Tabela II) są one nieodzownym elementem opisu echokardiogramu. Należy przy tym pamiętać, że ocena echokardiograficzna samej zastawki nie jest wyłączną determinantą wskazań zabiegowych – do ich określenia konieczna jest kompleksowa ocena patofizjologii wady i jej całościowych konsekwencji hemodynamicznych. Warto podkreślić, że w XXI wieku w wypadku wad nabytych nie jest do takiej oceny potrzebne cewnikowanie serca. Niezbędna dla prawidłowej kwalifikacji, zwłaszcza w przypadkach granicznych, jest znajomość wyników lokalnego ośrodka kardiochirurgicznego.

W zakresie oceny niedomykalności aortalnej warto pamiętać, oprócz oceny nasilenia fali zwrotnej i wykrycia dysfunkcji lewej komory, o wskazaniach zależnych od poszerzenia aorty, przy niższym progu kwalifikacji pacjentów z zespołem Marfana i dwupłatkową zastawką aortalną. Bezobjawowa wada aortalna – zarówno niedomykalność, jak i zwężenie – jest poważnym wyzwaniem dla kardiologa. W wypadku zwężenia podkreśla się konieczność oceny objawów podczas próby wysiłkowej. Inny trudny scenariusz to zwężenie zastawki aortalnej z ciężką dysfunkcją lewej komory i niskim gradientem – w takiej sytuacji użyteczna jest próba dobutaminowa, identyfikująca pacjentów bez rezerwy kurczliwości, których korzyści z operacji mogą być mniejsze niż związane z nią ryzyko. Do spopularyzowania tej techniki diagnostycznej w naszym kraju przyczyniły się niewątpliwie koordynowane przez doc. E. Płońską we współpracy z Sekcją Echokardiografii PTK wielośrodkowe badania AS. Należy jednak zaznaczyć, że w przypadkach dysfunkcji lewej komory z zachowanym wysokim gradientem przez zastawkowym próba dobutaminowa jest przeciwwskazana. Ocena zwężenia zastawki aortalnej wymaga zresztą szczególnej ekspertyzy echokardiografisty – możliwość wystąpienia wady *low EF – low gradient* nie powinna być usprawiedliwieniem dla nieumiejętności zarejestrowania prawdziwego maksymalnego przepływu przez zdeformowaną zastawkę; ułatwieniem może być badanie z użyciem dożylnego środka kontrastowego, wzmacniającego sygnał dopplerowski.

W zakresie wad mitralnych szczególnego znaczenia nabiera precyzyjna ocena ilościowa. Nie sposób oprzeć się wrażeniu, że w Polsce zbyt rzadko kwalifikowani do operacji są pacjenci z niedokrwienną, a zwłaszcza czynnościową niedomykalnością mitralną. Należy pamiętać o niższych progach istotności hemodynamicznej tych form wady – już od ERO  $>0,2$  cm<sup>2</sup> i objętości fali zwrotnej  $\geq 30$  ml. Wyraźnie akcentowana jest zasada – walczmy o zachowanie własnej zastawki! Zabiegi naprawcze są stanowczo przedkładane nad okaleczające mięsień lewej komory implantacje protez, opcję nadzwaną, choć u części pacjentów jedyną możliwą.

Nie uległy szczególnym zmianom zalecenia odnośnie do zwężenia zastawki dwudzielnej – zdecydowanie preferowana jest przezskórna walwuloplastyka (w Polsce zwykle balonowa, chociaż istnieją także inne typy walwulotomów). Dowody na skuteczność tej techniki, także w obserwacji odległej lub w razie wskazań do powtórnego zabiegu, są bardzo przekonujące, a dobre doświadczenia mamy także w naszym kraju (warto przypomnieć o dużej populacji pacjentów leczonych ze znakomitymi wynikami w ośrodku prof. Rużyłty). Choroba jest zresztą obecnie w czystej formie stosunkowo rzadka – w naszym kraju większości zwężeń towarzyszy istotna niedomykalność, zmieniająca opcję leczenia na zabieg chirurgiczny.

W zakresie leczenia pacjentów po implantacji protezy zastawkowej warto zwrócić uwagę na sposób ujęcia

zaleceń dotyczących intensywności doustnej antykoagulacji (Tabela XVII). Tym razem podano wartości średnie zalecanego INR, zależne od trombogenności środowiska i indywidualnych czynników ryzyka zakrzepowozatorowego pacjenta. W praktyce akceptowalny zakres INR zwykle powinien wynosić  $\pm 0,5$  od podanej wartości (np. 2,0–3,0 dla nisko trombogennej protezy u pacjenta bez czynników ryzyka). Zawsze aktualne i ważne są zalecenia dla ciężarnych – warto przypomnieć o akceptacji antyvitamin K w pierwszym trymestrze ciąży, o ile dawka nie przekracza 5 mg warfaryny (dla nieposiadającego analogicznych badań acenokumarolu jest to prawdopodobnie odpowiednik dawki 4 mg). W przeciwnym razie alternatywą bezpieczniejszą dla płodu, chociaż bardziej ryzykowną dla matki, jest heparyna niefrakcjonowana – brak dowodów na równoważność heparyn drobnocząsteczkowych w tym wskazaniu.

Podsumowując, wytyczne ESC postępowania w wadach zastawkowych z 2007 r. nie przyniosły rewolucyjnych zmian – stanowią jednak spójną i uporządkowaną propozycję, która ma szansę wywołać znaczący oddźwięk w społeczności kardiologicznej. Potwierdza to statystyka wizyt na serwerze ESC – w marcu i kwietniu dokument był najczęściej pobieranym plikiem z serwera towarzystwa – pobrano ponad 11 500 kopii! Publikacja trafiła zatem w zapotrzebowanie i oczekiwania lekarzy praktyków. Mam nadzieję, że przychylnie przyjmą ją również czytelnicy *Kardiologii Polskiej*.