

Coraz lepsza kwalifikacja, coraz lepsze zastawki i wczesne wyniki operacji. Edukacja lekarzy i chorych poprawi odległe wyniki leczenia

dr hab. n. med. Janina Stępińska

Klinika Wad Nabytych Serca, I Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej, Instytut Kardiologii, Warszawa



Wiedza na temat wad zastawkowych serca, diagnostyki, zasad postępowania, odległych wyników leczenia jest znacznie mniej uporządkowana niż na przykład na temat choroby niedokrwiennej czy zaburzeń rytmu serca. Nie ma badań z randomizacją, wnioski wysnuwane są na podstawie dużych grup badanych chorych, a nie medycyny opartej na faktach. Tym większą wartość mają zalecenia uzgodnione przez kilka grup roboczych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC): grupę zajmującą się wadami zastawkowymi, zaburzeniami krzepnięcia, rehabilitacją i fizjologią wysiłku.

Mimo malejącej liczby chorych z poreumatycznymi wadami serca, populacja chorych z wadami zastawkowymi nie maleje. Najczęstszymi wadami są obecnie degeneracyjna stenoz aorty i niedomykalność zastawki mitralnej [1]. Populacja chorych z wadami zastawkowymi jest coraz starsza, często są to osoby po wcześniejszych interwencjach i z licznymi chorobami towarzyszącymi. Coraz częściej rozpoznawana jest niedokrwienność niedomykalność mitralna. Liczbę chorych operowanych z powodu wad zastawkowych szacuje się na ok. 100 000 rocznie.

Wspólne stanowisko dotyczy kilku zagadnień: zaleceń w sprawie opieki pooperacyjnej i rehabilitacji, zasad leczenia przeciwzakrzepowego, profilaktyki infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW), prowadzenia ciąży i porodu, a także leczenia powikłań zakrzepowo-zatorowych, hemolizy, IZW i dysfunkcji zastawki.

Stosunkowo najmniej nowych informacji znalazło się w części dotyczącej IZW. Wynika to z faktu, że bardzo niedawno, w 2004 r., ukazały się europejskie zalecenia postępowania w IZW [2]. Interesujące jest zwrócenie uwagi na wcześniej niewymieniane czynniki ryzyka IZW po wszczęciu zastawki: cukrzycę, niewydolność nerek, zaawansowaną niewydolność serca i złą kontrolę leczenia przeciwzakrzepowego. Chorzy po plastyce zastawki z użyciem pierścienia są zagrożeni IZW podobnie jak chorzy po wszczęciu zastawki.

Ważne jest zalecenie dotyczące przedoperacyjnego leczenia nosicieli *Staphylococcus aureus* hodowa-

nego z nosa. Leczenie nosicieli jest jednym z elementów profilaktyki IZW.

W profilaktyce wyraźnie rezerwuje się wankomycynę i teikoplaninę dla chorych wysokiego ryzyka MRSA. Przestrzeganie tej zasady jest konieczne; są kraje, w których oporność na wankomycynę jest bardzo częsta, co oczywiście utrudnia leczenie.

Wśród zaleceń dotyczących leczenia IZW po wszczęciu zastawki warto zwrócić uwagę na zalecenie dożywnego leczenia przeciwgrzybicznego u chorych po leczeniu chirurgicznym. To niezwykle rzadkie IZW wiąże się z bardzo wysoką śmiertelnością; w IZW spowodowanym przez *Aspergillus* śmiertelność przekracza 90% [3]. Być może takie postępowanie poprawi wyniki leczenia.

Największe zmiany, moim zdaniem, dotyczą leczenia przeciwzakrzepowego. Podział zastawek na trzy grupy: małego, umiarkowanego i dużego ryzyka powikłań zakrzepowych, wyróżnienie protez zastawkowych, które nie są wystarczająco przebadane pod kątem trombogenności, a także podział chorych na grupy małego i dużego ryzyka są bardzo logiczne i będą, mam nadzieję, skutkowały mniejszą liczbą powikłań zakrzepowych. Zalecenia dotyczące leczenia przeciwzakrzepowego poszły w dwóch kierunkach. Z jednej strony pewnej swobody w kwalifikacji do zabiegów bez przerywania leczenia przeciwzakrzepowego, a z drugiej większej ostrożności w łączeniu leków przeciwzakrzepowych z przeciwplatekowymi. Autorzy zaleceń proponują wykonywanie większości zabiegów stomatologicznych i małych zabiegów chirurgicznych bez przerywania leczenia przeciwzakrzepowego. Zalecają różne sposoby sączkowania czy ucisku dla uniknięcia krwaków, przy zachowanym leczeniu. Uważają, że INR ok. 2,0 jest bezpieczny, a to można osiągnąć, nieznacznie zmniejszając dawkę leku przeciwzakrzepowego. Niechęć do przerywania leczenia wynika z obawy o powikłania zakrzepowe, a także efekt odbicia przy dużych wahanach poziomu INR. Obawiam się, że kardiologowie trafią na duży opór stomatologów. Już teraz bardzo niewiele podejmuje się zabiegów stomatologicznych u chorych z wadami serca lub po operacji wady. Przygotowanie pozostawiają kardiologom, niechętnie wykonują ekstrakcję przy INR wyższym niż 1,5. Nie wiem, czy za-

akceptują zabiegi przy niezmienionym leczeniu przeciwzakrzepowym.

Większa ostrożność w jednoczesnym stosowaniu leczenia przeciwzakrzepowego i przeciwplatekowego polega na uznaniu założenia stentu za jedyne bezwzględne wskazanie do leczenia łączonego. Pozostałe są zaleceniami względnymi, a lista względnych przeciwwskazań jest długa. Bierze się w niej pod uwagę nawet konieczność leczenia wieloma lekami, częste stosowanie antybiotyków, a także niestabilność wskaźnika INR.

Unikanie dużych wahań wskaźnika INR przekłada się również na zalecenia dotyczące leczenia powikłań krwotocznych. Póki można, czyli do INR 6, a przy braku cech krwawienia nawet do INR 10, zaleca się hospitalizację i przerwanie podawania leku, a nie podawanie preparatu witaminy K. W razie konieczności i przy INR powyżej 10 zaleca się podawanie mrożonego osocza. Preparaty odwracające działanie pochodnych kumaryny stosuje się jedynie w razie krwawienia do CUN. Szczególnie podkreśla się możliwość krwawień spowodowanych przez choroby współistniejące, zwłaszcza u chorych z prawidłowo prowadzonym leczeniem przeciwzakrzepowym.

Wszystkie zalecenia dotyczące leczenia przeciwzakrzepowego zmiierają do jak największej stabilności tego leczenia, niezmienniania parametrów krzepnięcia w gwałtowny sposób.

Od czasu zaleceń opublikowanych w 2003 r. nie zmieniły się zasady leczenia przeciwzakrzepowego w ciąży. Heparynę niefrakcjonowaną stosuje się od 36. tyg., acenokumarol w 2. i 3. trymestrze, a w 1. zależnie od dawki. Jeśli wystarczająca dla prawidłowych parametrów krzepnięcia jest dawka <5 mg, ryzyko embriopatii przy stosowaniu doustnych antykoagulantów wynosi 6,4% [4].

Zalecenia porządkują zasady opieki pooperacyjnej. Chorzy po operacji wady zastawkowej wymagają wyjątkowo uważnej oceny. Liczba badań wykonanych przy 1. wizycie ambulatoryjnej jest duża: zaleca się wykonanie zdjęcia klatki piersiowej, badanie echokardiograficzne, badania dodatkowe: morfologię, INR, badania biochemiczne, a dla oceny hemolizy: LDH, retikuloocytozę, haptoglobinę. Zestaw badań nastawiony jest na wykluczenie powikłań. Część z nich, np. hemoliza, przebiega najczęściej subklinicznie. Nie zawsze towarzyszy

jej anemia. Wskazania do reoperacji z powodu hemolizy są ograniczone. U chorych bardzo wysokiego ryzyka zaleca się suplementację żelaza, β -blokery, a w szczególnych sytuacjach erytropoetynę.

Taka wizyta pooperacyjna i późniejsze wizyty ambulatoryjne powinny znaleźć się w katalogu świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia jako odrębna procedura. Inaczej wizyta niejednokrotnie będzie się ograniczała do badania przedmiotowego i EKG. Wartość badań wykonanych w 2–3 mies. po wypisie ze szpitala dla późniejszej oceny ewentualnych powikłań jest nie do przecenienia. Koszt wizyty z wykonaniem niezbędnych badań jest niczym w porównaniu z kosztami leczenia powikłań czy też kosztami reoperacji.

Zalecenia dotyczące postępowania po wszczęciu zastawki podkreślają znaczenie udziału chorych w postępowaniu pooperacyjnym. Chorzy powinni znać zasady leczenia przeciwzakrzepowego, podstawy profilaktyki zapalenia wsierdza, zalecenia dotyczące trybu życia, a kobiety również brać udział w podejmowaniu decyzji o sposobie leczenia przeciwzakrzepowego w 1. trymestrze ciąży. Wymaga to zwiększenia działań edukacyjnych.

Zaletą opublikowanego dokumentu jest zebranie rozmaitych, rozproszonych dotychczas zaleceń dotyczących chorych z wadami zastawkowymi. Powinien być szeroko rozpowszechniany. Chorzy po operacji wady zastawkowej leczą się w wielu miejscach, a nie wszyscy lekarze mieli okazję, żeby zdobyć doświadczenie w leczeniu tej grupy chorych.

Piśmiennictwo

1. lung 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: 1231-43.
2. Horstkotte D, Follath F, Gutschik E, et al. Guidelines on prevention, diagnosis and treatment of infective endocarditis executive summary; the task force on infective endocarditis of the European society of cardiology. *Eur Heart J* 2004; 25: 267-76.
3. Pierrotti LC, Baddour LM. Fungal Endocarditis, 1995–2000. *Chest* 2002; 122: 302-10.
4. Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy of the European Society of Cardiology. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J* 2003; 24: 761-81.