

Światowy Kongres Kardiologiczny Barcelona, 2–5 września 2006 r.

Sesje: *Asymptomatic patient with mitral regurgitation* oraz *Tako-tsubo syndrome*

Bezobjawowi chorzy z niedomykalnością mitralną

Jedno ze spotkań Kongresu ESC/WCC w Barcelonie zostało poświęcone diagnostyce i leczeniu bezobjawowych pacjentów z niedomykalnością mitralną. Sympozjum, któremu przewodniczyli F. Flachskampf i R. Kasliwal, wzbudziło żywe zainteresowanie, jako że liczba chorych z istotną niedomykalnością mitralną stale rośnie.

J.F. Avierinos (Marsylia, Francja) omówił zastosowanie echokardiografii w ocenie niedomykalności mitralnej. Pierwszym krokiem powinna być ocena anatomii zastawki, z uwzględnieniem możliwych mechanizmów prowadzących do rozwoju ciężkiej niedomykalności, np. urwania nici ścięgniętych ze znacznym wypadaniem płatków lub skrócenia i włóknienia nici z nieprawidłową koaptacją płatków. Istotna patologia w zakresie budowy musi prowadzić do ciężkiej niedomykalności. Kolejnym etapem jest ocena funkcji zastawki. Wiarygodna ocena półilościowa przy użyciu dopplera kolorowego opiera się na stwierdzeniu występowania proksymalnego obszaru konwergencji oraz na pomiarze talii fali zwrotnej w projekcji przymostkowej w osi długiej. W żadnym razie klasyfikacji zaawansowania niedomykalności nie można dokonywać na podstawie oceny zasięgu fali zwrotnej. Niezwykle stanowczo podkreślono, że standardem oceny w 2006 r. powinna być ocena ilościowa, tzn. obliczenie pola efektywnego otworu niedomykalności (ERO) oraz objętości fali zwrotnej. Prof. Avierinos zalecał, aby wynik badania każdego chorego z niedomykalnością mitralną zawierał te parametry.

L. Pierard (Liege, Belgia) przedstawił rolę wysiłkowego badania echokardiograficznego w diagnostyce organicznej i niedokrwiennej niedomykalności mitralnej, zalecając jego wykonywanie u chorych z ciężką lub umiarkowaną wadą przed podjęciem decyzji o leczeniu chirurgicznym. U chorych z wadą organiczną pozwala ono na stwierdzenie rezerwy kurczliwości, wyrażonej wzrostem frakcji wyrzutowej i zmniejszeniem objętości skurczowej lewej komory. W grupie chorych z niedomykalnością niedokrwienną echokardiografia wysiłkowa wykazała, że stopień zaawansowania wady może istotnie wzrastać podczas wysiłku. W celu oceny stosowano

miar pola efektywnego otworu niedomykalności. Wartości uzyskane w spoczynku nie korelowały z wartościami podczas wysiłku. Wstępne doniesienia sugerują występowanie tego zjawiska również w grupie chorych z organiczną niedomykalnością.

M. Sarano (Rochester, Stany Zjednoczone) omówił kryteria echokardiograficzne kwalifikujące chorego do leczenia operacyjnego, opierając się na wczesnym kierowaniu bezobjawowych pacjentów z wadą organiczną do kardiochirurga – gdy obecne są cechy ciężkiej niedomykalności (ERO >0,4 cm² i objętość fali zwrotnej >40 ml), funkcja lewej komory nie jest upośledzona, a anatomia zastawki pozwala na wykonanie zabiegu naprawczego. Kwalifikacja chorych z niedomykalnością niedokrwienną, u których już objętość fali zwrotnej >20 ml uważana jest za istotną, powinna być poprzedzona echokardiografią wysiłkową. Poza oceną stopnia zaawansowania wady, pozwala ona na ocenę żywotności mięśnia serca i wyłonienie grupy chorych o największej spodziewanej korzyści z leczenia operacyjnego.

Podkreślono znaczny wzrost liczby skutecznych operacji naprawczych zastawki mitralnej w doświadczonych ośrodkach. Był on możliwy dzięki zastosowaniu echokardiografii śródoperacyjnej. P. Shah (Newport Beach, Stany Zjednoczone) omówił zalety tej metody, pozwalającej na optymalny wybór sposobu naprawy zastawki oraz natychmiastową ocenę jej skuteczności.

Sesję zakończyło niezwykle ciekawe wystąpienie A. Schwartz (New York, Stany Zjednoczone), który przedstawił obiecujące wyniki wstępne przezskórnego leczenia niedomykalności mitralnej. Ta niezmiernie wymagająca technicznie procedura, wykonywana pod kontrolą echokardiografii, polega na wprowadzeniu do lewego przedsionka – przez żyłę udową, a następnie przez nakłucie transseptalne – specjalnego *clipu* i uchwyceniu brzegów obu płatków w części centralnej, co powoduje, analogicznie do chirurgicznej metody Alfieri, powstanie dwuuściowej zastawki mitralnej i istotne zmniejszenie fali zwrotnej.

Zespół tako-tsubo

W 1990 r. Hikaru Sato z Japonii opisał nowy zespół chorobowy obejmujący przejściową dysfunkcję lewej komory przebiegającą z bólem w klatce piersiowej,

uniesieniem odcinka ST w EKG, minimalnym wzrostem markerów uszkodzenia miokardium i charakterystycznym obrazem ciężkich zaburzeń kurczliwości koniuszka lewej komory przy zachowanej bądź wzmożonej kurczliwości segmentów podstawnych, ustępujących w kolejnych tygodniach. Ze względu na szczególny kształt przybierany przez lewą komorę nadano mu nazwę *tako-tsubo*, od japońskiej nazwy specjalnego naczynia – butli do łapania i przechowywania małych ryb i ośmiornic. Kolejne prace (do 2000 r. wyłącznie japońskie) opisywały występowanie *tako-tsubo* u osób, które doznały silnego stresu, 7-krotnie częściej u kobiet i częściej u osób starszych. Rokowanie określano jako pomyślne, proponowano leczenie objawowe. Podnoszono problem różnicowania z ostrym zespołem wieńcowym.

Podczas kongresu ESC/WCC jedną z konferencji poświęcono w całości zespołowi *tako-tsubo*.

Previtali, prezentując wyniki wieloośrodkowego programu włoskiego, potwierdził, że zespół *tako-tsubo* dotyczy kobiet w wieku pomenopauzalnym i w 50% przypadków można powiązać jego wystąpienie z silnym stresem emocjonalnym. Pilliere i wsp., autorzy francuscy, częstość zespołu *tako-tsubo* wśród 1631 pacjentów poddanych koronarografii w ciągu 5 lat określili

na 0,7%. W pracy pochodzącej z Włoch Santarelli i wsp. objęli analizą grupę 1031 chorych, kierowanych do koronaroplastyki wieńcowej z powodu ostrego zespołu wieńcowego z uniesieniem ST. W tej grupie *tako-tsubo* rozpoznano u 1,4% chorych.

Pilliere zaobserwował, iż u chorych z *tako-tsubo* spotyka się różne typy zaburzeń kurczliwości, w tym – wbrew pierwotnemu opisowi zespołu – akinezę segmentów podstawnych z równoczesną hiperkinezą koniuszka lub upośledzenie kurczliwości środkowych segmentów lewej komory.

W pracy Hagi u 9 (26%) spośród 34 pacjentów stwierdzono występowanie zaburzeń kurczliwości prawej komory.

W grupie opisanej przez Spedicato u wszystkich chorych zaburzenia kurczliwości ustąpiły w okresie od 3 dni do 2 mies., jednakże u 2 pacjentów doszło do nawrotu z identycznym jak pierwotny obrazem klinicznym.

W trakcie kongresu ESC/WCC zaprezentowano 7 prac dotyczących zespołu *tako-tsubo*, co świadczy o rosnącym zainteresowaniu problemem. Nadal jednak wiele pytań czeka na wyjaśnienie.

Beata Zaborska