

Slovo úvodem

Michael Želízko

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Interv Akut Kardiol 2010; 9(Suppl. B): 4

Vážení čtenáři,

do rukou se Vám dostává supplementum věnované perkutánním intervencím u chlopních vad v dospělosti. Probrána je problematika mitrální stenózy a stenózy chlopně plicnice, je zmíněna úloha balonkové dilatace aortální chlopně, v přehledu jsou uvedeny koncepty výkonů u mitrální regurgitace a zevrubně je popsána problematika aortálních vad a transkatetrové (perkutánní) implantace aortální chlopně.

První implantace aortální chlopně byla provedena transseptálně antegrádním (ve směru toku krve) přístupem francouzským kardiologem Alainem Cribierem v roce 2002. Od té doby tato možnost fascinovala nejen intervenční kardiology na celém světě, byla předmětem každého intervenčního sympozia i velkých kardiologických kongresů, a stala se nadějí pro nemocné s významnou aortální stenózou, kteří nebyli vhodnými kandidáty pro chirurgickou léčbu. Nicméně teprve rozvoj technologie a uvedení třetích generací chlopní typu Edwards Sapien a CoreValve umožnilo zavedení metody transkatetrové implantace aortální chlopně (Transcatheter Aortic Valve Implantation – TAVI) v roce 2008 do klinické praxe. První katetrizační implantace aortální chlopně v České republice byla provedena v Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) v roce 2008 s použitím samoexpandabilní chlopně CoreValve. Krátce poté, počátkem roku 2009, byla ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové provedena implantace balonem nesené chlopně systému Edwards Sapien. Výsledky TAVI v rukou dobře vyškolených týmů prokázaly technickou proveditelnost výkonů – úspěšnost je dnes vyšší jak 95 %, přičemž riziko komplikací se zdá být nižší, nežli predikované riziko operačního výkonu. Rozšíření indikací v současnosti brání dva faktory: průkaz dlouhodobé (více jak 3–5 let) životnosti implantovaných chlopní a vysoká cena (cena chlopně se pohybuje mezi 20–25 000 Euro, např. v Německu je stanovena úhrada výkonu v rámci systému DRG na 35 000 Euro/výkon). K výkonu jsou tak dnes indikováni nemocní vysokého vě-

ku (nad 75–80 let), inoperabilní nemocní a nemocní s vysokým operačním rizikem a řadou komorbidit (predikovaná operační mortalita dle EuroSCORE nad 15–20 %), přičemž očekávané přežívání s dobrou kvalitou života (soběstačnost, mentální funkce) by mělo být delší jak 3–5 let. V budoucnu lze očekávat rozšíření indikací, pokud budou podmíněny objektivními výsledky studií (výsledky studie Partner US budou zveřejněny v roce 2010). Zkušenosti s implantacemi chlopní CoreValve jsou popsány v článku autorů pražského IKEM. Kolegové z FN Hradec Králové zpracovali problematiku implantace aortální chlopně systému Edwards-Sapien včetně transapikálního chirurgického přístupu – vzhledem k rozsahu supplementa jsme se rozhodli tyto příspěvky ponechat v původním rozsahu a naleznete je v aktuálním čísle časopisu *Intervenční a akutní kardiologie*. Záměrně je v supplementu zmíněna i problematika intervencí na mitrální chlopní v indikaci mitrální regurgitace. Z řady konceptů je dnes v klinické praxi zaváděna metoda MitraClipu, testuje se řada systémů do koronárního sinu a byly již implantovány první perkutánní mitrální chlopně.

Vrozená izolovaná stenóza chlopně plicnice je katetrizačně dobře a relativně jednoduše řešitelnou vadou pomocí balonkové dilatace. Výkon s nízkým rizikem má velmi dobré dlouhodobé výsledky. Tuto problematiku zpracoval MUDr. Ján Zelenay ve svém sdělení a dokumentuje dobré klinické výsledky. Mitrální stenóza jako čistá vada prakticky vymizela, většina nemocných dnes trpí degenerativní kombinovanou vadou s kalcifikovaným postižením cípů chlopně a subvalvulárního aparátu, která není vhodná ke katetrizační dilataci. Perkutánní transluminální mitrální valvuloplastika (Percutaneous Transluminal Mitral Comisurolysis – PTMC) je indikována u nemocných s významnou mitrální stenózou (plocha mitrálního ústí méně jak 1,5 cm², námahová dušnost a/nebo plicní hypertenze). MUDr. Viliam Fridrich se spolupracovníky se ujal této problematiky v samostatném sdělení, které dokumentuje celou problematiku i výborné výsledky

jejich pracoviště. Oběma autorům z Národního ústavu srdečních a cévních chorob v Bratislavě velmi děkujeme za jejich příspěvky.

Perkutánní intervence u chlopních vad mají velkou budoucnost. Celkový počet výkonů označovaných souhrnně jako „transcatheter heart valve therapies“ (implantace aortálních chlopní, chlopní plicnice a výkony na mitrální chlopní) dosáhl počtu 8 000 výkonů v roce 2009 ve vzhledu 250 centrech v Evropě. Výkony vyžadují nový a týmový přístup. Intervenční kardiolog musí prokázat „chirurgický přístup“ – svojí zručností a rychlostí rozhodování v akutní situaci, absolutní koncentrací během výkonu a pozorností k detailům, které často rozhodují o možných komplikacích. Kardiochirurg je přirozeným partnerem vzhledem k anatomickému znalostem chlopních vad i schopností řešit případné komplikace. Oba pak musí mít dostatečné znalosti o klinickém průběhu vady, celkovém kardiálním postižení (přidružená ischemická choroba srdeční, další chlopní vada, plicní hypertenze, převodní poruchy) i o četných interních komorbiditách. Vznikají tak týmy odborníků označované jako „heart team“, které jsou zodpovědné za správnou indikaci a provedení výkonu, ale též za dlouhodobé sledování nemocných. Princip úzké mezioborové spolupráce tak vede ke kombinovaným (hybridním) výkonům, a to nejen mezi kardiologií a kardiochirurgií, ale i s dalšími odbornostmi (radiologie, cévní chirurgie, angiologie). Tomu odpovídá i moderní zázemí pro provádění těchto výkonů – jsou budovány speciální hybridní operační sály s angiolinkou (nebo jinou technologií v budoucnu). Takovéto výkony je vhodné koncentrovat na vybraná pracoviště, a to nejen z důvodů ekonomických, technického vybavení, ale též z potřeby dostatečného počtu prováděných výkonů.

MUDr. Michael Želízko, CSc.

Klinika kardiologie IKEM
Videňská 1958/9, 140 21 Praha 4
mize@ikem.cz