

Velká naděje pro nemocné s aortální stenózou?

Miroslav Brtko

Kardiocentrum, Kardiochirurgická klinika, LF UK a FN Hradec Králové

Interv Akut Kardiolog 2014; 13(3): 111

Aortální stenóza (AS) je v současné době nejčastější chlopenní vadou v dospělosti. Vyskytuje se asi u 2 % populace, ve vyšších věkových skupinách její výskyt stoupá – nad 65 let je její výskyt udáván ve 2–6 %, nad 85 let až v 7 %.

Chirurgická léčba AS dosahuje v současné době skvělých výsledků (mortalita u nemocných bez závažnějších komorbidit cca 2 %). Nebyť nevhod mechanických protéz (celoživotní warfarinizace) nebo bioprotéz (degenerace bioprotézy s nutností reoperace), jednalo by se o léčbu téměř dokonalou. Bohužel se zvyšujícím se věkem nemocných a s narůstajícím počtem komorbidit se exponenciálně zvyšuje operační mortalita, a to je hlavní důvod, proč jsou především starší a polymorbidní nemocní chirurgem odmítnuti.

Podle Euro Heart Survey až třetina nemocných s AS starších 75 let není nabídnuta chirurgická léčba (1). Jedná se v principu o dvě skupiny nemocných:

- nemocní vysoce riziková pro operační výkon (> 75–80 let, s chronickým bronchopulmonálním onemocněním, s diabetem, polyvaskulárním postižením – ischemická nemoc srdeční, stenózy karotického povodí nebo ischemická choroba dolních končetin, s renální insuficiencí, s nízkou ejekční frakcí levé komory srdeční, nemocní s anamnézou předešlé kardiochirurgické operace),
- inoperabilní nemocní (po iradiaci hrudníku, s porcelánovou aortou, s jaterní cirhózou a portální hypertenzí, s degenerativním onemocněním centrální nervové soustavy, s deformitou hrudníku nebo nemocní s vysokým indexem křehkosti). Tito nemocní mají více jak 50 % pravděpodobnost, že při operaci zemřou nebo že nikdy neopustí nemocniční lůžko nebo lůžko jiného sociálního zařízení.

Především na tyto nemocné byla cílena alternativní léčba AS, a sice katetrizační implantace

aortální chlopně (TAVI). V začátcích byla TAVI vyhrazena pro nemocné odmítnuté dvěma nezávislými kardiochirurgy, s EUROSCORE I > 20 % nebo s STS skóre > 10 % a s očekávanou délkou přežití po zákroku alespoň 1–2 roky. Již z prvních výsledků implantací vyplynulo, že TAVI jednoznačně zlepšuje přežití nemocných v porovnání s konzervativně léčenou skupinou nemocných. V prvních publikovaných studiích byla hospitalizační mortalita při TAVI 10 %, jednorozční 20 %. Střednědobá mortalita nemocných po TAVI pak byla srovnatelná s mortalitou chirurgicky léčených pacientů.

Po získání prvních zkušeností s TAVI došlo k jistému uvolnění indikačních kritérií. Nová evropská guidelines (která převzala i Česká kardiologická společnost) kladou důraz především na rozhodnutí „heart“ týmu, který posoudí individuální riziko nemocného (2, 3). Pokud je nemocný vysoce rizikový nebo inoperabilní (viz výše) a nemá přidružené onemocnění, které by zkracovalo jeho přežití, mělo by být indikováno TAVI. U vysoce rizikových nemocných, kteří jsou stále ještě potenciálními kandidáty operace, by mělo být rozhodnuto individuálně. To znamená, že „heart“ tým by se neměl řídit jenom holými čísly (dnes EUROSCORE II, STS skóre), ale měl by vzít v úvahu výhody/nevýhody jednotlivých metod. Podle guidelines není zatím TAVI indikováno pro nemocné se středním rizikem operačního zákroku, protože zatím nemáme k dispozici tzv. „tvrdá“ data u této populace. Současná klinická a anatomická kritéria pro katetrizační implantace aortální chlopně jsou v přehledu uvedena v článku H. Línkové v tomto čísle časopisu (4).

S uvolněním indikačních kritérií bude samozřejmě stále více „hraničně rizikových“ nemocných indikováno k TAVI především ve vyspělých zemích, kde je TAVI pojišťovnou financováno stejně jako chirurgický výkon. Není třeba zdůrazňovat, že s počtem prováděných výkonů roste zkušenost katetrizačního týmu a zlepšují

se i výsledky. Např. v Německu jsou k dispozici data z registru GARY čítajícího tisíce implantací (5). V tomto registru se 30denní mortalita snížila na 5,1 % při transvaskulární implantaci a na 7,7 % při transapikální implantaci. Jinak se však vyvíjí situace v našich zeměpisných šířkách, kde je propastný rozdíl mezi cenou chlopně a cenou kardiochirurga, a tím je výrazně limitován počet možných a indikovaných implantací. K tomu, aby se TAVI stala standardní a běžně dostupnou metodou léčby našich nemocných, je potřeba odvést ještě velký kus „diplomatické“ práce, protože, jak se zdá, odborná argumentace podložená „tvrdými“ daty nestačí.

Literatura

1. Iung 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: 1231–1243.
2. Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). The Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2012; 33(19): 2451–2496. doi: 10.1093/eurheartj/ehs109.
3. Popelová J, Brtko M, Němec P. Summary of the ESC guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). Prepared by the Czech Society of Cardiology. *Cor et Vasa* 55 2013: E41–E56.
4. Línková H, Pašková E, Petr R. Klinická a anatomická kritéria pro katetrizační náhrady aortální chlopně. *Interv Akut Kardiolog* 2014; 13(3): 133–136.
5. Hamm CW, Möllmann H, Holzhey D, et al. The German Aortic Valve Registry (GARY): in-hospital outcome. *Eur Heart J* 2014 Jun 21; 35(24): 1588–98. doi: 10.1093/eurheartj/ehu381. Epub 2013 Sep 10.

MUDr. Miroslav Brtko, Ph.D.

Kardiocentrum, Kardiochirurgická klinika,
LF UK a FN Hradec Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
brtkom@seznam.cz