Opinia Eksperta

"Development of the European Network in Orphan Cardiovascular Diseases"
„Rozszerzenie Europejskiej Sieci Współpracy ds Sierocych Chorób Kardiologicznych"

EKSPERT: Dr Bartosz Sobień, kardiolog

Afiliacja: Klinika Chorób Serca i Naczyń, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II

PODSUMOWANIE PRZYPADKU

Autorzy przedstawili przypadek 52-letniej kobiety z dwupłatkową zastawką aortalnej, umiarkowanym zwężeniem zastawki aortalnej i ciężką jej niedomykalnością ze współistniejącym tętniakiem aorty wstępującej o wymiarze do 51 mm i przetrwałym przewodem tętniczym o wymiarach 25 x 4 mm. Pacjentka dodatkowo obciążona napadowym migotaniem przedsionków i nadciśnieniem tętniczym. Zasadniczą kwestią jest dalsze postępowanie z pacjentką.

DYSKUSJA

Odpowiednie leczenie małego i niemego klinicznie, nieistotnego hemodynamicznie PDA pozostaje kontrowersyjne. Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, zamknięcia PDA powinno się unikać obecnie u tych pacjentów. Jednak niektórzy autorzy preferują jednak rutynowe zamykanie PDA, nawet w takim przypadku, aby wyeliminować ryzyko powikłań infekcyjnych. Jednakże ryzyko to jest tak niskie, że w ostatnich wytycznych profilaktyka antybiotykowa nie jest już zalecana. Dlatego trzeba zrównoważyć niskie ryzyko procesu zapalnego ściany tętnicy w konfrontacji z niskim ryzykiem zabiegu przezcewnikowego zamknięcia przewodu.. Ogólna częstość występowania niemego PDA szacowane jest na 0,5%, a wraz ze wzrostem wykorzystania echokardiografii, częstość diagnozy tego typu przewodów może wzrastać. Ze względu na brak badań równoważących skumulowane ryzyko zabiegu w zestawieniu z ryzykiem zapalenia w ciągu całego życia kwesta leczenia pozostaje sprawą kontrowersyjną. (1)
Udowodniono, że zabieg przezskórnego zamknięcia PDA za pomocą okluderów jest bezpieczny i skuteczny w zamykaniu średnich i dużych kanałów, i jest procedurą mającą wysoki wskaźnik skuteczności i bardzo niskie ryzyko powikłań okołozabiegowych. Powikłania takie jak: niedrożność tętnicy płucnej, embolizacja, krwawienia, powstawanie tętniaków rzekomych i zanik tętna na tętnicach udowych były rzadko raportowane. Przezskórne zamknięcie kanału w obecności dużych tętniaków aorty piersiowej, niesie jednak ze sobą pewne trudności i ryzyko z powodu kruchości tkanek, zwłaszcza u starszych pacjentów lub w sytuacjach powtórnych zabiegów, ale wydaję się być dobrą alternatywą dla

leczenia chirurgicznego. (2)
Zabieg operacyjny powinien być wykonywany u pacjentów z BAV, którzy mają maksymalną średnicę aorty ≥55 mm. Chorych z tej grupy cechuje mniejsze ryzyko powikłań niż w przypadku zespołu Marfana. Niższy próg 50 mm można rozważyć u chorych z dodatkowymi czynnikami ryzyka, takimi jak dodatni wywiad rodzinny rodzinny, nadciśnienie tętnicze, koarktacja aorty lub zwiększenie średnicy aorty> 3 mm / rok, a także w zależności od wieku, powierzchni ciała, chorób współistniejących i rodzaj operacji. Niezależnie od etiologii operacja powinna być wykonywana u pacjentów, którzy mają maksymalną średnicę ≥55 mm aorty. (3)

OPINIA EKSPERTA

W podsumowaniu – u pacjentki rozważnym wydaje się wykonanie zabiegu operacyjnego na zastawce aortalnej oraz tętniaku aorty wstępującej. Zamknięcie PDA przy braku objawów jest u tej pacjentki procedurą z niską klasą zaleceń

REFERENCJE

.

1. Baruteau A, Hascoëtc S, Baruteaud J et al. Younes Transcatheter closure of patent ductus arteriosus: Past, present and future. Boudjemlinee Archives of Cardiovascular Disease 2014;107:122—132.

2. Ghazi P, Haji-Zeinali A. Transcatheter closure of a patent arterial duct with the Amplatzer duct occluder in the area of a large thoracic aortic aneurysm. Cardiol Young 2009; 19: 209–211.

The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehu281 2873-2926.