

Jak se mění pohled na hodnocení chlopenních vad ?

Jana Rubáčková Popelová

Kardiochirurgie Nemocnice Na Homolce, Praha 5

20. Sympóziium PS Chlopenní a vrozené srdeční vady, 22.-23.2.2018 Hradec Králové
Hemodynamika srdečních vad

Hemodynamika srdečních vad

HEMODYNAMIKA = KATETRIZACE

MUDr. Vladimír Rozsival

Doc. MUDr. Josef Štásek

Doc. MUDr. Karel Hlaváček

MUDr. Miroslav Rubáček

a další

Hradec Králové

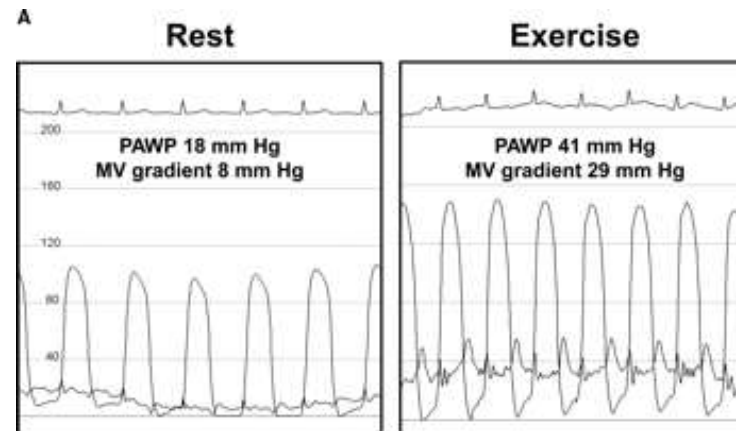
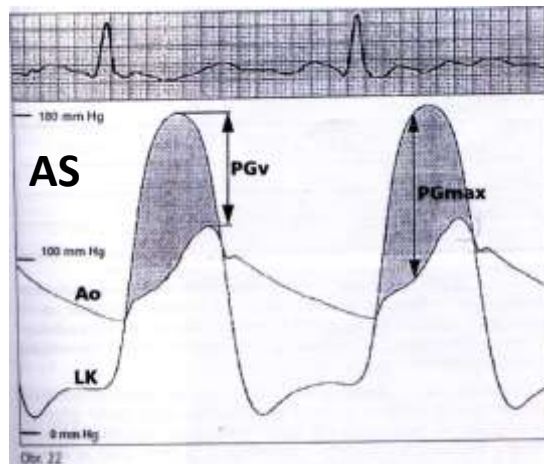


Doc. MUDr. Jiří Endrys

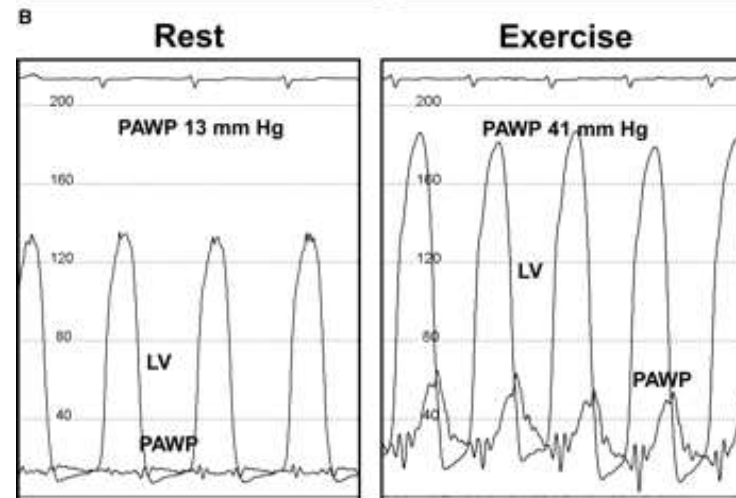
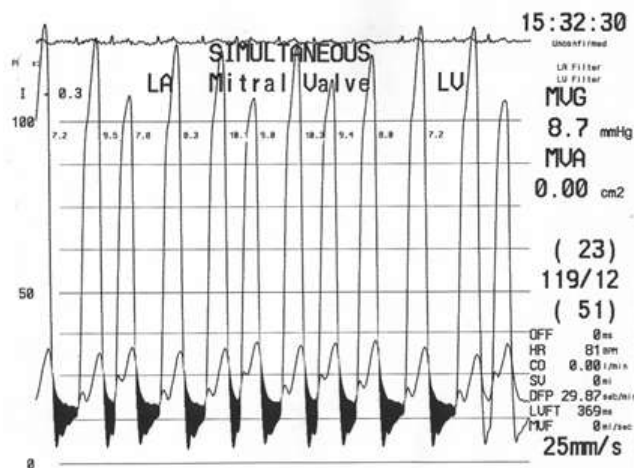
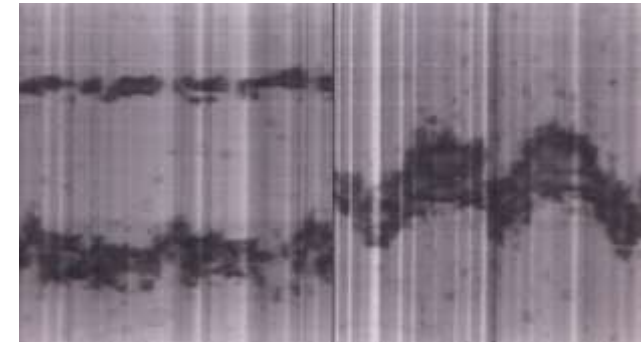
Hemodynamika srdečních vad = katetrizace

Dokonalá diagnostika chlopenních vad, přesná čísla, gradienty, plochy ústí.... ale jen při technicky správném provedení !!!!
Ověření nálezů při volumexpanzi, při zátěži

X malé riziko invazivního výkonu, včetně fatálních komplikací → katetrizace se zvažovala jen u nejtěžších, symptomatických vad

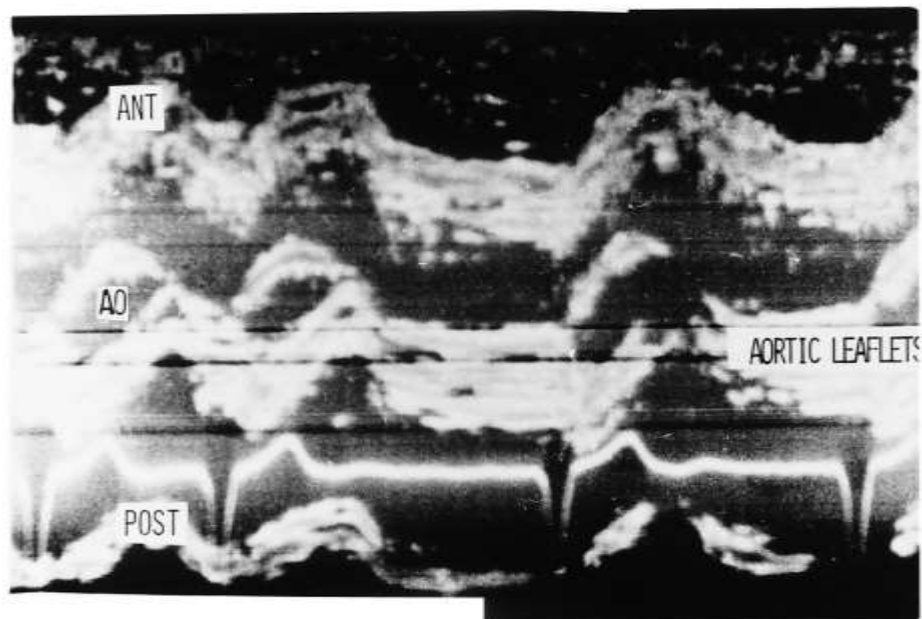


A co ECHO ???

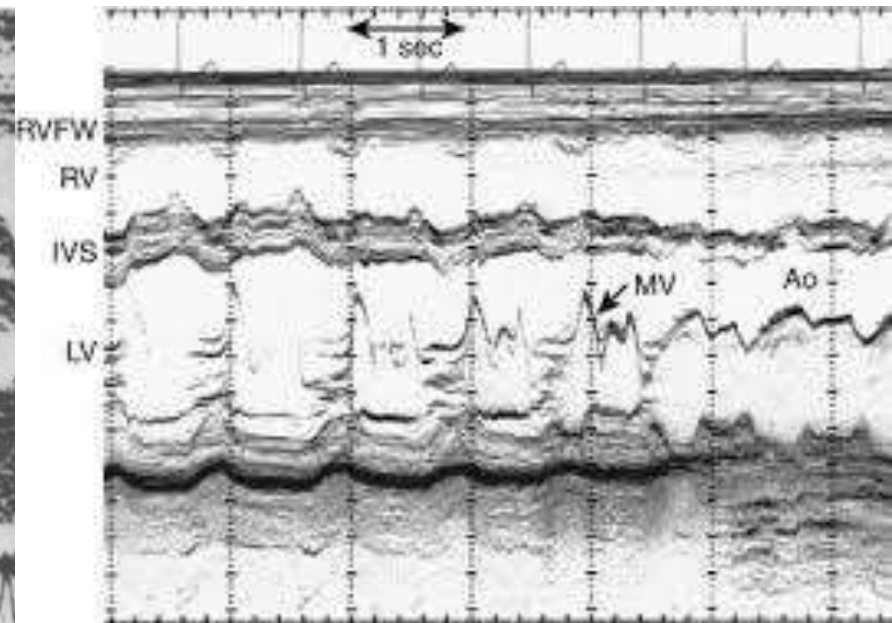
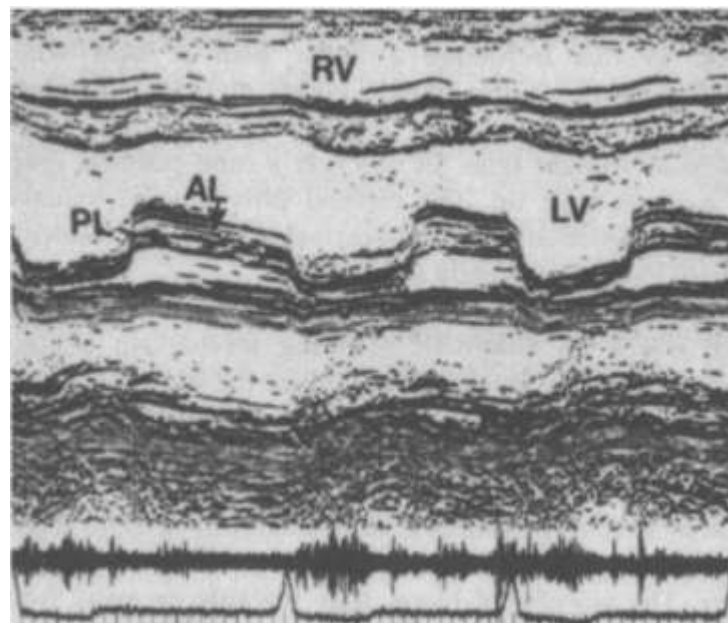


Echo a hodnocení chlopenních vad ??? dobrý vtíp !

AORTIC STENOSIS



porevmatická mitrální stenóza



70. - 80. léta: indikace k operaci chlopenních vad u dospělých pouze po katetrizaci !!!

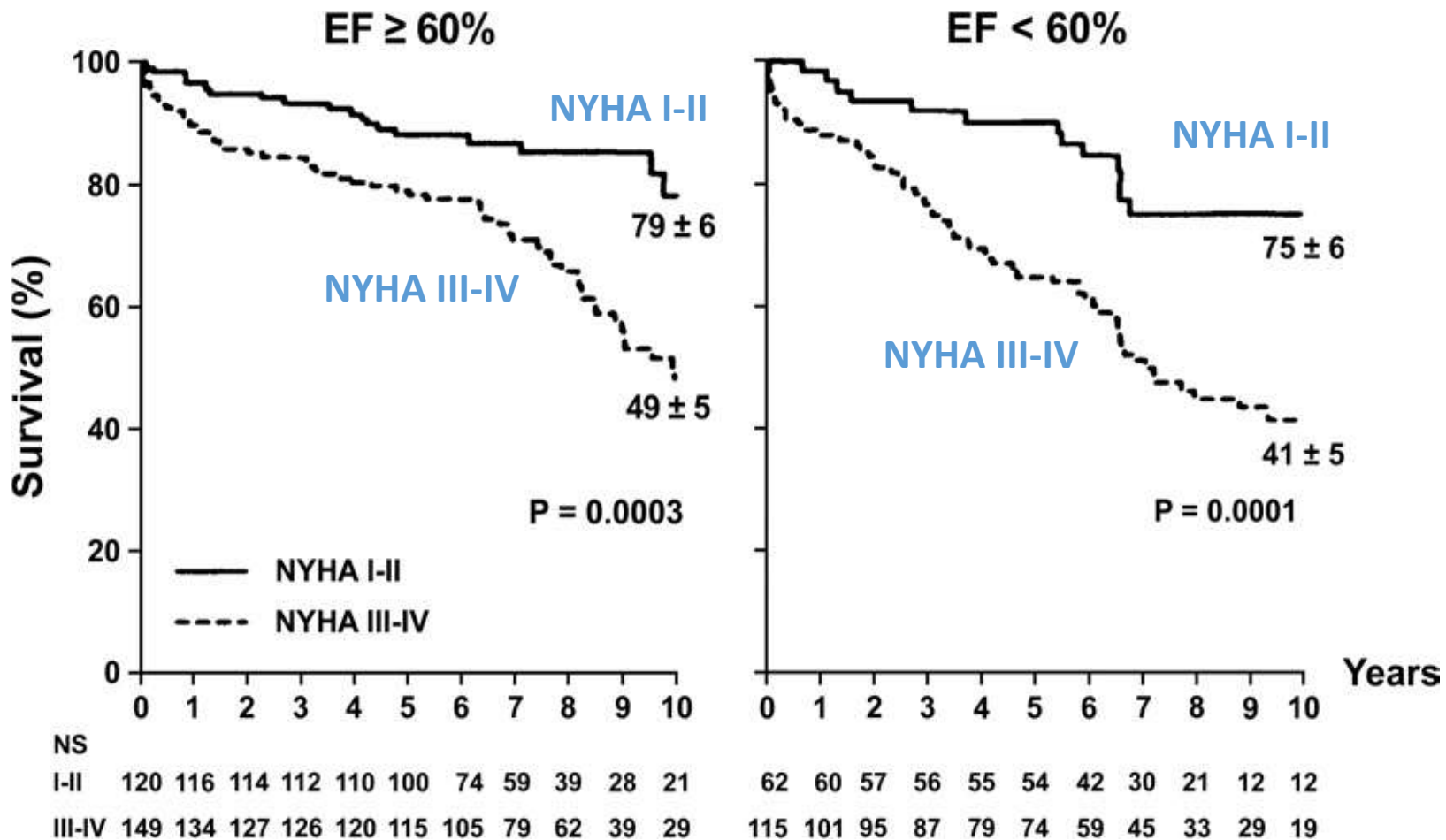
Dlouhá čekací doba na operaci - i déle než rok

Operace až při pokročilých, významně symptomatických chlopenních vadách, často se srdečním selháním, a s dysfunkcí obou komor

Významná operační mortalita (!!),

Dlouhodobě nedobrá pooperační prognóza – nebylo možné indikovat málo symptomatické pacienty

Vliv NYHA třídy před operací na dlouhodobé přežívání po operaci mitrální regurgitace



Guidelines ČKS, Cor Vasa
1997;39:K165-171:

...k operaci chronické MR se
rozhodujeme při změně
NYHA třídy II na **NYHA III**

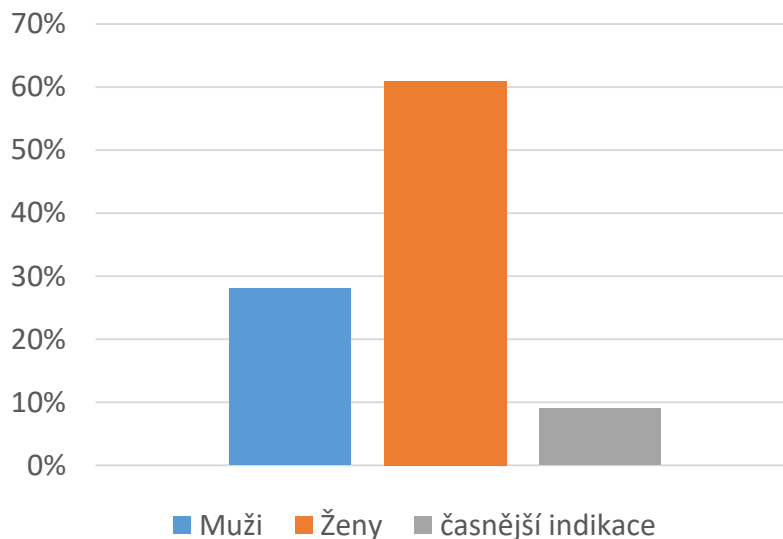
Vliv velikosti levé komory u aortální regurgitace na dlouhodobé pooperační přežívání po náhradě aortální chlopně

- **Asymptomatická těžká AR s EF nad 50 % a velikostí LK:**

- méně než 70mm v diastole a 50 mm v systole NENÍ indikována k operaci
- při rozměrech 70-75mm v diastole / 50 -55 mm v systole – pravidelné sledování
- **náhrada aortální chlopně je indikovaná až při rozměru LK nad 75/55 mm**

Bonow, ACC/AHA guidelines, JACC 2006

10-letá mortalita po AVR



Desetiletá mortalita po náhradě aortální chlopně činila 28 % u mužů a 61 % u žen

Kludas, 1996

Při časnější indikaci s indexovanými rozměry LK byla 10-letá pooperační mortalita 9 %

Tornos 2006

**Velký význam echokardiografie při načasování operace
neinvazivní, snadno opakovatelná metoda**

Jak se mění pohled na echokardiografické hodnocení chlopenních vad ?

Konec 20.století: Rychlý rozvoj echokardiografie !!!

2DE, Dopplerovské vyšetření, PW, CW, barevný Doppler, TEE, 3DE

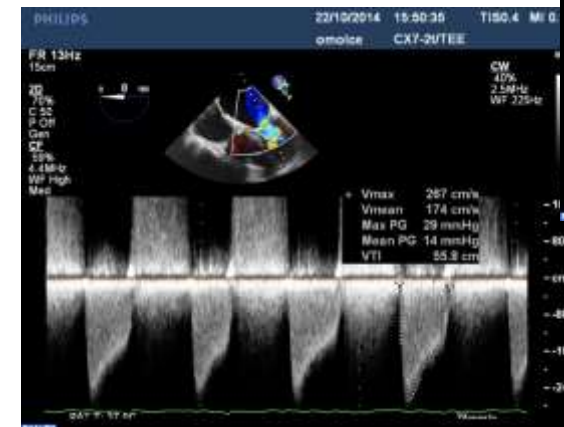
➔ Podrobné zhodnocení morfologie chlopně a příčiny její dysfunkce

➔ Kvantifikace chlopenních vad:

echokardiografické měření gradientů, výpočet plochy ústí u stenotických chlopenních vad,

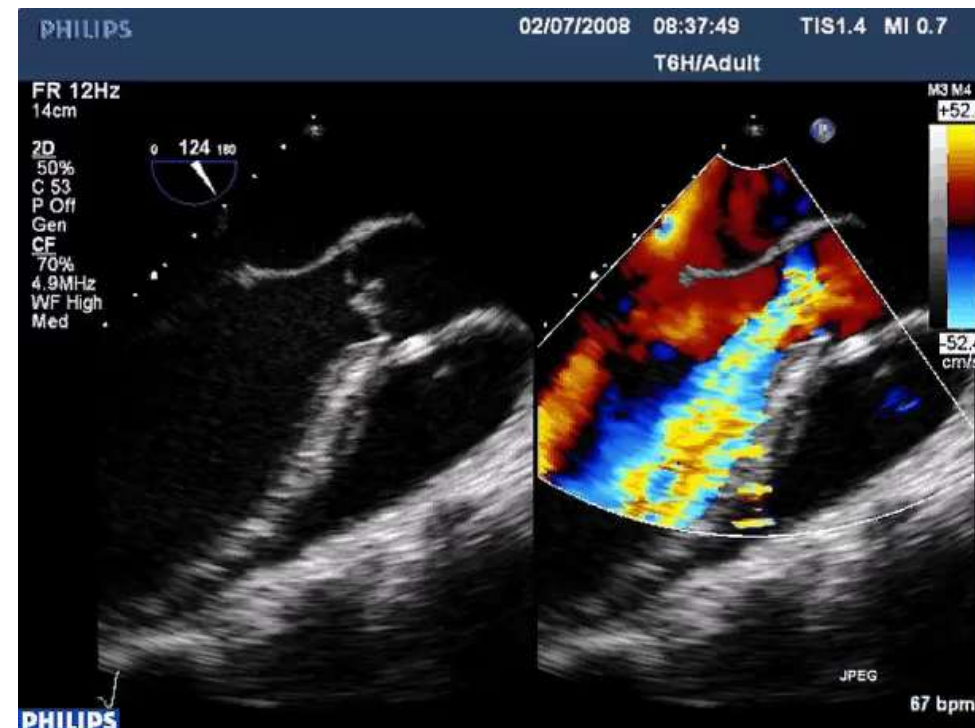
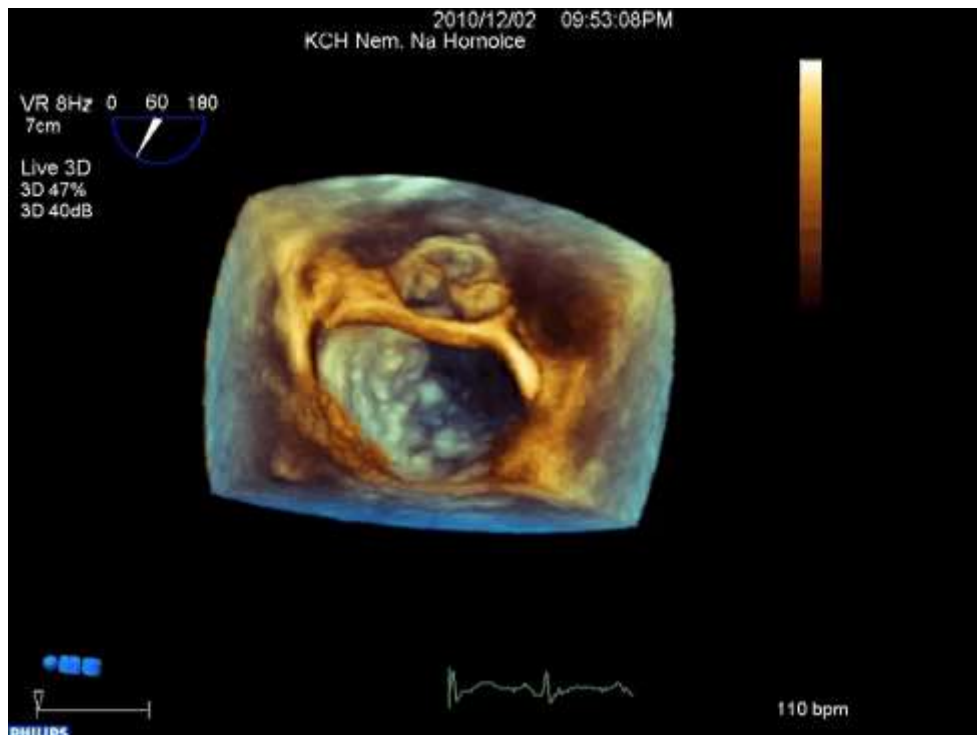
U regurgitačních vad ERO, RV, velikost a funkce obou komor, odhad PH

Možnost operací chlopenních vad bez katetrizace ?? Dětské kardiocentrum

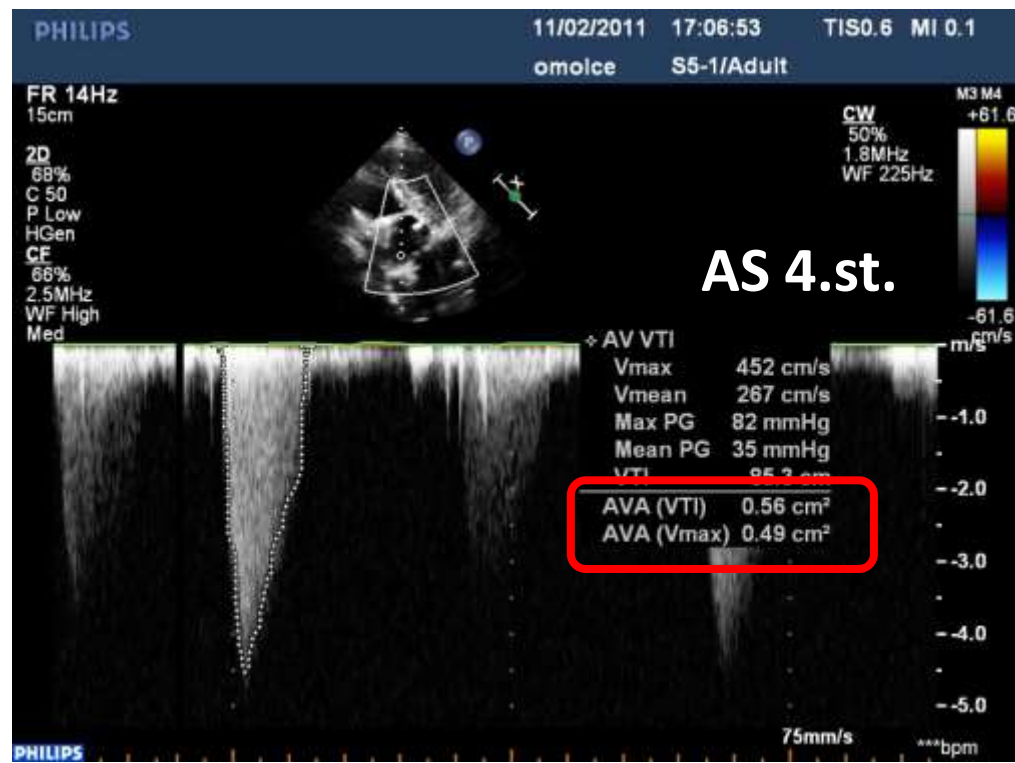
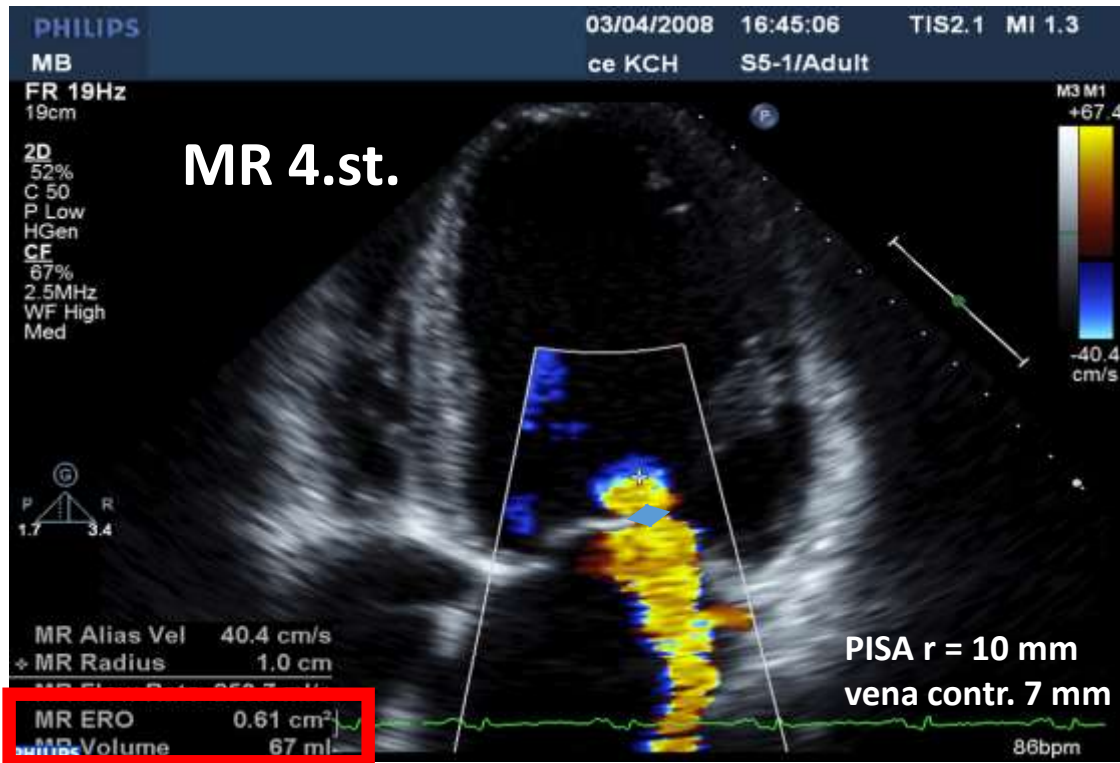


Díky echokardiografii je možná včasná indikace závažných chlopenních vad před vznikem dysfunkce komor, bez srdečního selhání

- ➔ **ECHO:** Možnost opakovaných vyšetření málo symptomatických a asymptomatických pacientů
- Včasná indikace závažných, ale málo symptomatických chlopenních vad
- nižší operační mortalita, zlepšená dlouhodobá prognóza po operaci
- usnadní provedení zachovných operací s vyloučením rizika doživotní antikoagulační léčby
- ➔ Operace řady pacientů bez katetrizace, SKG x CT-koronarografie



Hemodynamika srdečních vad = echokardiografie



Řešení chlopenních vad se v současnosti odvíjí od echokardiografického nálezu,
Diagnostická katetrizace upřesňuje sporné nálezy, závažnost plicní hypertenze, PVR
 → **Intervenční katetrizační léčba chlopenních vad**

A co na to říká intervenční kardiolog ?

