

Odpověď na otázku optimální léčby hemodynamicky významných síňových defektů typu ostium secundum je jednoduchá: katetrizační uzávěr, kdykoliv je to jen možné – editorial

Editorial: Růžička P et al. Srovnání katetrizační a chirurgické léčby defektu septa síní typu secundum u dospělých pacientů. Vnitř Lék 2005; 51(10): 1079–1086.

J. Veselka

Kardiologická klinika 2. lékařské fakulty UK a FN Motol, Praha, pověřený přednosta doc. MUDr. Josef Veselka, CSc., FESC, FSCAI

Defekt septa síní (ASD) byl poprvé popsán již v roce 1513 Leonardem da Vinci. Většina autorů dělí defekty síňového septa na defekt typu ostium primum (někdy řazené mezi defekty atrioventrikulárního kanálu), ostium secundum (ASD II), sinus venosus a raritní defekt koronárního sinu. ASD představuje nejčastější vrozenou srdeční vadu diagnostikovanou v dospělém věku, přičemž více než 70 % z nich tvoří ASD II.

Hlavním patofyziologickým důsledkem ASD je objemové přetížení pravostranných srdečních oddílů. Velikost zkratu přitom závisí na velikosti defektu samotného a dále na poměru poddajností levé a pravé komory. Protože levostranné tlaky převyšují tlaky v pravostranných srdečních oddílech, směřuje krevní průtok v ASD většinou zleva doprava. Avšak i při nezvýšených pravostranných tlacích dochází během srdeční-

ho cyklu k minimálnímu zkratu pravo-levému, který může být podpořen např. Valsalvovým manévrem. Díky tomu hrozí každému nositeli i hemodynamicky nevýznamného zkratu (obvykle kvantifikovaného jako poměr plicního k systémovému průtoku $Q_p : Q_s < 1,5$) možnost paradoxní embolizace. Dalším, i když méně významným důsledkem ASD, je vznik fibrilace síní.

Z výše uvedených důvodů je právě hledání optimálního způsobu léčby ASD II cílem snažení mnoha výzkumných skupin. Podobně je tomu i v případě práce Růžičky et al v tomto čísle Vnitřního lékařství [1]. Tato studie s nerandomizovaným designem ukazuje poměrně očekávatelný fakt, že chirurgicky léčení pacienti mají dobrou prognózu z hlediska hemodynamického výsledku operace i z hlediska mortality, avšak přítomny jsou určité, v této práci de-

finované „malé komplikace“, a z toho plynoucí nezanedbatelný diskomfort pro pacienta spojený s operací v mimotělním oběhu. Z hlediska nevýhod chirurgického přístupu nesmíme opomenout ani fakt, že každá další operace srdce (např. revaskularizační výkon) bude v budoucnu zatížena vyšším rizikem komplikací jako každá srdeční reoperace. Na druhou stranu čistě ekonomický pohled v České republice favorizuje chirurgický přístup, a to především pro relativně nízkou hodnotu práce zdravotního personálu oproti pořizovací ceně katetrizačního materiálu, a to i přes výrazně kratší hospitalizaci katetrizačně léčených pacientů.

Výhody katetrizačního přístupu jsou však nemalé. Po mnohaletém výzkumu se podařilo vyvinout Amplatzerův ASD okluder, díky němuž je katetrizační uzávěr většiny ASD II jednoduchý, rychlý (v práci Růžičky

et al je průměrný fluoroskopický čas výkonu 9,4 min), bezpečný a efektivní výkon. V případě obou postupů se tedy díky naléhavosti uzavření hemodynamicky významného zkratu jedná o klasické výkony s nízkým rizikem a vysokým benefitem pro pacienta.

Otázka srovnání chirurgického a katetrizačního postupu není úplně nová. Podobně formulovaný cíl a stejný design studie si zvolili němečtí autoři před 6 lety, když zhodnotili léčbu hemodynamicky významného ASD II pomocí chirurgického výkonu nebo Amplatzerovým okluderem [2]. I oni byli procedurálně velmi úspěšní (u 98 % pacientů v obou skupinách) a díky podobným výsledkům jako čeští autoři jednoznačně favorizují katetrizační uzávěry kdykoliv je to jen technicky možné. Opomeneme-li tedy ekonomické hledisko, nemáme v současné době žádné racionální důvody preferovat chirurgický uzávěr ASD II před uzávěrem katetrizačním.

Otázka klinické praxe v současné době již nezní, zda chirurgický či katetrizační uzávěr, ale které ASD II (a rovněž foramen ovale patens – PFO) u kterých pacientů katetrizačně uzavírat. Chirurgický postup budeme nadále preferovat pouze v případě ostatních typů ASD a rovněž u ASD II s dalšími přidruženými anomáliemi. Diskuse, které jsou závislé na individuální zkušenosti jednotlivých pracovišť, se vedou na téma katetrizačního uzávěru ASD II s absencí dobře vyvinutých okrajů defektu, mnohočetných ASD II a velkých ASD II. Pro katetrizační uzávěr se většinou toleruje absence předního okraje defektu, ačkoliv i tento náález představuje v řadě center relativní kontraindikaci výkonu. Mnohočetné

defekty je třeba posuzovat individuálně a v centrech s velkými zkušenostmi se mnohočetné defekty katetrizačně uzavírají. Otázka maximální velikosti ASD II, který lze katetrizačně uzavřít, je stále otevřená. Za horní hranici se považuje velikost 25–40 mm. Individuální zkušenost je v daném případě rozhodující [3,4].

Jestliže se při uvažování, které zkraty na úrovni septa síní uzavírat, posuneme ještě dále, pak nesmíme opomenout širokou problematiku PFO u nemocných s prodělanou ischemickou cévní mozkovou příhodou. Několik probíhajících randomizovaných studií se v současné době snaží odpovědět na otázku, zda je racionální uzavírat PFO po kryptogenní cévní mozkové příhodě. Tyto studie mají značnou nevýhodu ve velmi obtížném náboru pacientů do ramene studie alternativního ke katetrizačnímu uzávěru. Zřejmě jsou všichni pohybující se v této problematice již předem přesvědčeni, že katetrizační uzávěr je v daném případě lepší postup než medikamentózní léčba. Pokud by se tento předpoklad potvrdil, otevřelo by to novou kapitolu v intervenční kardiologii s odhadem stovek tisíc katetrizačních uzávěrů prováděných každý rok. Nutno však zdůraznit, že katetrizační uzávěry PFO by bylo možno provádět právě jen na pracovištích s vynikajícími krátkodobými i dlouhodobými výsledky. Při nízké incidenci recidiv cévních mozkových příhod by jinak uzavírání PFO nebylo užitečné.

Jedním z obecných principů rozvoje terapeutických postupů v kardiovaskulární medicíně je řetězec charakterizovaný dobrou diagnostikou – rozvojem chirurgického léčebného postupu – rozvojem perkutánního po-

stupu – rozvojem miniinvasivní chirurgické metody – a na závěr perkutánní léčbou pro většinu pacientů. Podobně tomu bylo v oblasti koronárních revaskularizací, stejný postup sledujeme v případě léčby obliterující aterosklerózy karotických tepen a nejinak tomu je i u léčby ASD. Chirurgie bude do budoucna vyhrazena jen případům pro intervenční kardiologicky technicky nezvladatelným. Možná se dočkáme i dalšího boomu v intervenční kardiologii, při kterém budeme ošetřovat nejen hemodynamicky významné defekty, ale všechny, které budou hrozit paradoxní embolizací. Odpověď na tuto otázku se zřejmě budeme znát už do dvou až tří let.

Literatura

1. Růžicka P, Malík P, Černý J et al. Srovnání katetrizační a chirurgické léčby defektu septa síní typu secundum u dospělých pacientů. *Vnitř Lék* 2005; 51(10): 1079–1086.
2. Berger F, Vogel M, Alexi-Meskishvili V et al. Comparison of results and complications of surgical and Amplatzer device closure of atrial septal defects. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1999; 118: 674–678.
3. Deanfield J, Thaulow E, Warnes H et al. Management of grown up congenital heart disease. *Eur Heart J* 2003; 24: 1035–1084.
4. Wahl A, Windecker S, Meier B. Evaluation and treatment of abnormalities of the interatrial septum. *Cathet Cardiovasc Interv* 2004; 63: 94–103.

*doc. MUDr. Josef Veselka, CSc.,
FESC, FSCAI
www.fnmotol.cz
e-mail: veselka.josef@seznam.cz*

Doručeno do redakce: 31. 12. 2004