

lepší kvalitu života, což je v kontrastu s dlouhou dobou rekonvalescence po SAVR (6 měsíců).

Výběr metody intervence, tj. chirurgická náhrada chlopně (SAVR – surgical aortic valve replacement) anebo katetrizační implantace aortální chlopně (TAVI – transcatheter aortic valve implantation), provádí indikační komise (heart team) na základě znalosti klinických, anatomických a procedurálních faktorů a s pečlivým uvážením výhod a rizik obou metod. Doporučení indikační komise by mělo být prodiskutováno s pacientem, a následně pacient rozhodne o výběru způsobu intervence na chlopni – Třída doporučení I.

TAVI je doporučena u všech nemocných ≥ 75 let bez ohledu na operační riziko – Třída doporučení I.

TAVI je doporučena u nemocných ≤ 74 let, u nichž je zvýšené operační riziko – STS anebo EuroSCORE II $> 8\%$ (STS-PROM Society of Thoracic Surgeons – predicted risk of mortality, EuroSCORE skórovací systém European System for Cardiac Operative Risk Evaluation) – Třída doporučení I.

SAVR je doporučena u nemocných ≤ 74 let pouze za předpokladu nízkého operačního rizika – STS anebo EuroSCORE II $< 4\%$ – Třída doporučení I.

U ostatních nemocných, například pacientů ≤ 74 let se středním rizikem (STS anebo EuroSCORE II 4–8 %) anebo pacientů s rizikovými faktory, které nejsou součástí uvedených skórovacích systémů, jako křehkost, porcelánová aorta, radioterapie hrudníku, rozhodnutí o způsobu intervence (TAVI anebo SAVR), bude provedena indikační komisí s přihlédnutím k individuálním charakteristikám pacienta – Třída doporučení I.

Asymptomatická hemodynamicky závažná AS

Léčba asymptomatické AS je kontroverzní a rozhodnutí o intervenci vyžaduje zvážení přínosů a rizik individuálně. [1% vs. 15%; hazard ratio 0.09; 95% confidence interval (CI), 0.010.67; $P = 0.003$]. Podle jedné randomizované kontrolované studie (RCT) je perioperační a časná pooperační mortalita nebo mortalita z kardiovaskulárních příčin během celého období sledování výrazně nižší po časně SAVR ve srovnání s konzervativní léčbou (3). Probíhající randomizované studie (EARLY TAVR [NCT03042104], AVATAR [NCT02436655], EASY-AS [NCT04204915], EVOLVED [NCT03094143]) zajistí informace, zda je lepší intervenovat či sledovat pacienty s asymptomatickou AS.

Intervence na chlopni (TAVI anebo SAVR) by měla být zvážena u nemocných s dysfunkcí levé komory (LK – levá komora) $< 55\%$, pokud není dysfunkce způsobena jinou příčinou – Třída doporučení IIa.

Intervence na chlopni (TAVI anebo SAVR) by měla být zvážena u nemocných s EFLK $> 55\%$ (EFLK – ejekční frakce levé komory) a normálním zátěžovým testem, pokud je procedurální riziko nízké a střední gradient ≥ 60 mm Hg a nebo rychlost trysky $V_{max} > 5$ m/s – Třída doporučení IIa.

Mitrální regurgitace

Mitrální regurgitace je druhou nejčastější intervenovanou chlopenní vadou v Evropě. Primární mitrální regurgitaci (PMR) charakterizuje poškození jedné nebo více součástí mitrálního chlopenního aparátu. U sekundární mitrální regurgitace (SMR) jsou cípy chlopně a šlašinky

strukturálně normální. Mitrální regurgitace zde vzniká při dysbalanci mezi uzavíracími mechanismy při změně levokomorové a levosíňové geometrie. Nejčastěji se vyskytuje u dilatační nebo ischemické kardiomyopatie s významnou dilatací a dysfunkcí levé komory nebo po infarktu myokardu (i přes normální ejekční frakci). SMR může být také důsledkem dilatace levé síně a mitrálního prstence při dlouhotrvající fibrilaci síní. Zde zpravidla bývá EF LK je obvykle normální, dilatace komory je méně vyjádřená (atriální funkční mitrální regurgitace).

U symptomatické sekundární mitrální regurgitace došlo k posílení významu indikace katetrizační léčby MitraClipem (TEER – transcatheter edge to edge repair) u nemocných, kteří nejsou vhodnými kandidáty chirurgické léčby (MVR – mitral valve replacement anebo MVP – mitral valve valvuloplasty). Zároveň byli identifikováni nemocní, kteří budou profitovat z léčby TEER, respondéři TEER. U asymptomatické primární MR byly upraveny parametry indikující dřívější načasování intervence na mitrální chlopni.

Symptomatická sekundární MR

Intervence, chirurgická nebo katetrizační, je doporučena pouze tehdy, když nemocný zůstává symptomatický i přes maximální doporučenou medikamentózní, eventuálně i resynchronizační terapii, pokud je indikována – Třída doporučení I.

Za respondera TEER je považován pacient, který splňuje COAPT kritéria (2) (EFLK $\geq 20\%$, LVESD ≤ 70 mm (LVESD – left ventricle endsystolic diameter), EROA ≥ 30 mm² (EROA – effective regurgitation orifice area) a RV ≥ 45 ml (RV regurgitation volume).

TEER by měla být zvážena u pacientů, kteří nejsou vhodnými kandidáty pro chirurgické řešení a zároveň splňují kritéria pro respondery TEER – Třída doporučení IIa.

TEER může být zvážena u pacientů, kteří nejsou vhodnými kandidáty pro chirurgické řešení i přesto, že nespĺňují kritéria pro respondery TEER – Třída doporučení IIb.

U nemocných s přidruženou koronární nemocí anebo jinou chlopenní nemocí vyžadující intervenci, kteří nejsou vhodnými kandidáty chirurgické léčby, by měla být zvážena možnost TAVI anebo PCI (PCI – percutaneous coronary intervention) následovaná TEER – Třída doporučení IIa.

Asymptomatická primární MR

U nemocných se zachovalou funkcí levé komory (EFLK $> 60\%$ a LVESD < 40 mm) a velkou dilatací LS – rozměr ≥ 55 mm a objemový index ≥ 60 ml/m² (LS – levá síň) by měla být zvážena MVP, pokud je proveditelná – Třída doporučení IIa.

Trikuspidální regurgitace

Jedinou změnou v doporučených postupech je možnost katetrizační léčby sekundární trikuspidální regurgitace u inoperabilních nemocných.

Sekundární trikuspidální regurgitace

Etiologie trikuspidální regurgitace je ve $\geq 90\%$ případů sekundární v důsledku dilatace pravé komory způsobené tlakovým a/nebo objemovým přetížením. Také dilatace pravé síně a trikuspidálního prstence při