

chronické fibrilaci síní může být příčinou závažné trikuspidální regurgitace. Ve většině případů je sekundární trikuspidální regurgitace spojována s vadou levého srdce – chlopenním nebo myokardiálním postižením.

Katetrizační léčba závažné sekundární trikuspidální regurgitace může být zvážena u inoperabilních pacientů ve specializovaném centru pro léčbu chlopenních vad – Třída doporučení IIb.

Výběr typu bioprostetické chlopně

Mezi faktory ovlivňující výběr chlopně patří věk, očekávaná délka života, životní styl, riziko krvácení a tromboembolických příhod při antikoagulaci, potenciál pro chirurgickou a transkatérovou reintervenci a preference pacienta. Pacienti s umělou chlopní vyžadují celoživotní sledování kvůli časné detekci poruchy chlopní funkce. Sledování by mělo být prováděno v ročních intervalech nebo ihned při změně příznaků. Oproti doporučeným postupům z roku 2017 je nově rozšířena indikace pro výběr biologické protězy.

Implantace bioprotězy může být zvážena u nemocných, kteří jsou na dlouhodobé antikoagulační terapii z důvodu vysokého tromboembolického rizika – Třída doporučení IIb.

Implantace bioprotězy je doporučena, když je málo pravděpodobné dosažení účinné antikoagulace anebo je antikoagulace kontraindikována a u pacientů, jejichž životní prognóza je kratší než předpokládaná životnost bioprotězy – Třída doporučení I.

Doporučení pro antitrombotickou terapii po náhradě nebo plastice chlopní v perioperačním období

Základy antitrombotické léčby po intervenci na chlopních zůstaly nezměněny. Došlo ke zjednodušení léčby nemocných po TAVI, rozšíření indikací NOAC na úkor VKA a standardizaci kombinované antikoagulační a antiagregační terapie.

Perioperační období

Podávání VKA má být dočasně přerušeno před elektivní operací na INR < 1,5 – Třída doporučení I.

Přemostění OAC je doporučeno v kterékoli z následujících indikací – Třída doporučení I:

- Mechanická srdeční protěza
- FS s významnou mitrální stenózou
- FS se skóre CHA₂DS₂-VASc > 3 u žen a > 2 u mužů
- Akutní trombotická příhoda v předchozích 4 týdnech
- Vysoké riziko akutní tromboembolie

Pro přemostění jsou doporučovány terapeutické dávky UFH nebo subkutánní LMWH – Třída doporučení I.

U pacientů, kteří podstoupili chlopní operaci s indikací pooperačního přemostění, je doporučeno zahájit UFH nebo LMWH 12–24 h po operaci – Třída doporučení I.

U pacientů podstupujících operaci je doporučeno, aby se terapie ASA (pokud je indikována) udržovala během perioperačního období – Třída doporučení I.

U pacientů s DAPT po nedávné PCI (do 1 měsíce), kteří potřebují operace srdeční chlopně a není u nich indikována OAC, je doporučeno znovu nasadit inhibitor P2Y₁₂ co nejdříve po operaci – Třída doporučení I.

U pacientů s DAPT po nedávné PCI (do 1 měsíce), kteří potřebují operace srdeční chlopně a není u nich indikována OAC, může být zváženo přemostění inhibitory P2Y₁₂ s krátce působícími inhibitory glykoproteinu IIb/IIIa nebo cangrelorem – Třída doporučení I.

Pacienti s indikací k přidružené protidestičkové terapii

Po nekomplikované PCI nebo AKS u pacientů vyžadujících dlouhodobou OAC je doporučeno časné vysazení ASA a pokračování v duální léčbě OAC a inhibitory P2Y₁₂ (raději clopidogrel) do 6 měsíců (u AKS do 12 měsíců), pokud je riziko trombózy stentu nízké – Třída doporučení I.

U pacientů léčených OAC je doporučeno ukončení protidestičkové léčby po 12 měsících – Třída doporučení I.

U pacientů vyžadujících dlouhodobě OAC a protidestičkovou léčbu po nekomplikované PCI nebo AKS by měla být zvážena triple terapie s ASA, clopidogrelem a OAC déle než 1 týden, když riziko trombózy stentu převažuje riziko krvácení s celkovou délkou trvání do 1 měsíce – Třída doporučení IIa.

U pacientů vyžadujících ASA a/nebo clopidogrel k VKA, by měla být zvážena regulace cílového INR v dolní části doporučeného rozmezí – Třída doporučení IIa.

Chirurgická náhrada chlopně

U pacientů s BHV a FS by mělo být zváženo upřednostnění NOAC před VKA po 3 měsících po operaci – Třída doporučení IIa.

U pacientů, u kterých není indikována OAC, by měla být zvážena nízká dávka ASA (75–100 mg/den) nebo OAC s VKA během prvních 3 měsíců po operaci – Třída doporučení IIa.

U pacientů s FS po implantaci BHV do mitrální pozice by mohlo být zváženo upřednostnění NOAC před VKA během prvních 3 měsíců po operaci – Třída doporučení IIa.

TAVI

Celoživotní SAPT je doporučena u pacientů po TAVI, pokud nemají indikaci k OAC – Třída doporučení I.

Rutiní OAC není doporučena u pacientů po TAVI, u kterých není jiná indikace k OAC – Třída doporučení III.

Celoživotní OAC je doporučena u pacientů po TAVI, pokud mají další indikace k OAC – Třída doporučení I.

Paravalvulární leak

U pacientů s vysokým rizikem operace by měl být zvážen transkatérový uzávěr pro vhodné paravalvulární leaky s klinicky významnou regurgitací a/nebo hemolýzou – Třída doporučení IIa.

Rozhodnutí mezi transkatérovým a chirurgickým uzávěrem klinicky významného paravalvulárního leaku by mělo být zváženo na základě pacientova stavu, morfologie leaku a lokálních zkušeností – Třída doporučení IIa.