

Mitrální stenóza

Ačkoliv se jedná pouze o drobné změny, je třeba zmínit novou možnost přístupu k léčbě kalcifikující degenerativní mitrální stenózy.

Pro chirurgicky vysoce rizikové pacientky s kalcifikovaným mitrálním prstencem je jako možnost poprvé uvedena transkatetrální náhrada mitrální chlopně (TMVI). Tato metoda má být prováděna pouze ve zkušených centrech.

Balonková perkutánní valvuloplastika zůstává léčbou první volby u revmatických onemocnění, pokud je anatomie příznivá, zatímco chirurgický zákrok je i nadále indikován v případech pokročilé kalcifikace, síňového trombu a/nebo významné přidružené mitrální regurgitace.

Trikuspidální chlopně

Trikuspidální regurgitace

Nová doporučení z r. 2025 věnují trikuspidální chlopni nebývalou pozornost. Trikuspidální regurgitace je nově vnímána jako prognosticky významná vada s negativním dopadem na dlouhodobé přežití (15, 16), a proto je poprvé doporučeno systematické, multidisciplinární vyšetření kardiologickým týmem před jakýmkoliv zákrokem. V textu je uvedeno specializované skóre klinického rizika (TRI – SCORE), které by mělo být u pacientů s TR používáno při plánování případné intervence. Tento skórovací systém zahrnuje informace o pacientech s TR včetně funkce ledvin a jater a stanovuje jejich klinické a operační riziko.

Doporučení podporují aktivnější přístup k léčbě TR, včetně časnější chirurgické korekce při operacích levostranných chlopní. U těžké TR uvádějí doporučení třídy I a navrhují, aby byla zvážena TVP v případě středně těžké TR při dilataci prstence (≥ 40 mm nebo > 21 mm/m²). Cílem těchto opatření je zabránit progresi onemocnění a snížit potřebu pozdních reoperací.

Hlavní novinkou je využití transkatetrálních trikuspidálních intervencí u vybraných pacientů, a to především u pacientů s vysokým operačním rizikem (9). Tento typ intervencí u pacientů s vhodnou anatomíí dostává doporučení třídy II a za předpokladu, že současně není přítomna závažná dysfunkce pravé komory nebo prekapilární plicní hypertenze. Aktualizace transkatetrální léčby vychází ze studií u pacientů s implantacemi TEER. Je ale nutné uvést, že následné sledování je dosud omezené, a ačkoliv tyto studie vykazovaly konzistentní symptomatické a funkční zlepšení, dosud neprokázaly snížení mortality.

V dokumentu se rovněž zdůrazňuje důležitost komplexního anatomického vyšetření s využitím multimodálního zobrazování (3D echokardiografie, CT, MRI) jako vodítka pro správný výběr a plánování procedur. Důraz je kladen na integrovaný přístup k TR.

Kombinované a vícečetné chlopenní vady

Rozhodnutí o intervenci vícečetných chlopenních vad by mělo brát v úvahu věk, komorbiditu, riziko kombinovaného výkonu a mělo by být provedeno po důkladném zhodnocení pomocí multimodální diagnostiky na základě společného konsenzu odborníků (kardiotymu). Chlopenní vady by měly být podrobně zhodnoceny, včetně vzájemných interakcí. Mělo by být porovnáno riziko kombinovaného výkonu oproti přirozenému vývoji vad a jejich prognóze bez intervence.

Nově v této kapitole doporučení objasňují prahové hodnoty pro intervenci u pacientů se smíšenými lézemi. Ve třídě I by měli postoupit intervenci zejména pacienti s kombinovanou formou střední AS a AR, pokud jsou symptomatictí a mají střední gradient ≥ 40 mm Hg nebo $V_{\max} \geq 4,0$ m/s. U asymptomatických pacientů se intervence doporučuje, pokud je $V_{\max} \geq 4,0$ m/s s LVEF < 50 %. Nově je ve třídě I také doporučení pro pacienty s konkomitantní těžkou MR, kteří podstupují intervenci pro onemocnění jiné chlopně. Tito pacienti by pak měli současně podstoupit výkon na mitrální chlopni.

Chlopenní náhrady

Výběr umělé chlopně

Mechanické chlopně (MHV) nadále zůstávají protézou volby u mladých pacientů s dlouhou očekávanou délkou života a bez kontraindikací k celoživotní antikoagulační léčbě. Náhrada AV pomocí autotransplantátu (Rossův postup) je alternativou k MHV, která by měla být prováděna v centrech s velkým objemem operací a operáři se specializovanými odbornými znalostmi. U ostatních pacientů krom výše uvedených je metodou volby bioprotéza. Procedury chlopně v chlopni jsou doporučovány u pacientů se středním nebo vysokým chirurgickým rizikem v případě strukturální degenerace bioprotézy, ať již jde o chirurgickou, nebo transkatetrální chlopně, a to v aortální, mitrální i trikuspidální pozici.

Antikoagulace a antiagregace

Nadále je u mechanických protéz jednoznačně doporučena celoživotní léčba antagonisty vitamínu K (VKA), tj. warfarinem, který nelze nahradit přímými perorálními antikoagulancii (DOAC). Cílové hodnoty INR jsou stanoveny a individualizovány podle typu a polohy protézy a komorbidit. V současné době se důrazně doporučuje edukace pacientů a vlastní monitorace (selfmonitoring) INR. U vybraných pacientů se symptomatickou aterosklerózou by mělo být zváženo přidání nízkých dávek aspirinu k VKA. U transkatetrálních chlopní je antitrombotická léčba zjednodušena. Po TAVI se upřednostňuje monoterapie antiagregancii (aspirín); duální protidestičková léčba (DAPT) se nedoporučuje, pokud není indikováno z jiných důvodů. DOAC zůstávají kontraindikovány u mechanických chlopní a revmatické mitrální stenózy. Pacienti s bioprotézou, kteří DOAC potřebují z jiných důvodů (např. FS), mohou v této léčbě pokračovat. Jinak je v dlouhodobé léčbě u pacientů s bioprotézou indikována antiagregační léčba. Při podezření na trombozu protetické chlopně se doporučuje TEE nebo 4D-CT, což zajišťuje přesnější diagnózu a cílenou terapii.

Multidisciplinární přístup a role internisty

Zásadním koncepčním prvkem doporučení ESC/EACTS 2025 je posílení role multidisciplinárního kardiotymu (Heart Teamu). Rozhodování o typu a načasování léčby by mělo probíhat ve spolupráci kardiologa, kardiochirurga, intervenčního specialisty a odborníka na zobrazovací metody (4, 15).

Internista hraje klíčovou roli v časně diagnostice chlopenních vad, v dlouhodobém sledování pacientů a v optimalizaci léčby komorbidit. Včasné odeslání pacienta do specializovaného centra je jedním z klíčových kroků ke zlepšení prognózy.