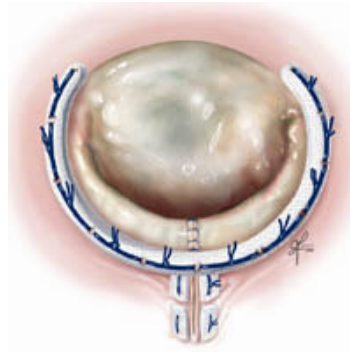
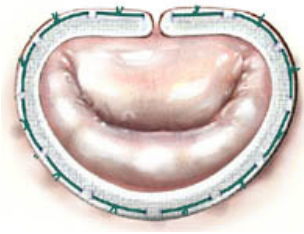


ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ – ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΤΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ



Κυριάκος Αναστασιάδης, MD, FETCS

Επίκουρος Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Ενώ η χειρουργική επί της μιτροειδούς βαλβίδας με σκοπό την επιδιόρθωση της είχε καθιερωθεί στα μέσα του προηγούμενου αιώνα, ως αρχικά κλειστή και μετά ανοιχτή (με χρήση της εξωσωματικής κυκλοφορίας) βαλβιδοτομή σε περιπτώσεις ρευματικής αιτιολογίας στένωσης της βαλβίδας, ήταν ο Καθηγητής Alain Carpentier στο τέλος της δεκαετίας του 1960 ο οποίος πρώτος διεθνώς συστηματοποίησε τις μέχρι τότε υπάρχουσες τεχνικές, περιέγραψε τις δικές του και καθιέρωσε την πλαστική – επιδιόρθωση της βαλβίδας αντί της αντικατάστασης της σε όλες τις παθήσεις και ιδιαίτερα στην ολοένα και συχνότερη στις μέρες μας ανεπάρκεια της.

Στις μέρες μας είναι πλέον αποδεδειγμένο το προγνωστικό όφελος στους ασθενείς από την επιδιόρθωση της μιτροειδούς βαλβίδας σε σύγκριση με την αντικατάσταση της [Circulation 2003;108:298-304], ενώ η δεκαετής μετεγχειρητική επιβίωση των ασθενών με συντηρημένη τη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας

είναι παρόμοια με αυτή του γενικού πληθυσμού (περί το 70%) και σε κάθε περίπτωση πολύ καλύτερη σε σχέση με τους ασθενείς στους οποίους έχει αντικατασταθεί η βαλβίδα τους (περί το 50%) [Circulation 1995;91:1022-1028]. Ακόμα και η μακρόχρονη μετεγχειρητική επιβίωση των ασθενών στους οποίους έχει διατηρηθεί χειρουργικά η αυτόχθονη βαλβίδα είναι παρόμοια με το γενικό πληθυσμό και ξεπερνά το 25% σε 30 χρόνια [Circulation 2001;104:18-111].

Η φυσική ιστορία της ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας καταδεικνύει ότι πρόκειται για μια προϊούσα νόσο η οποία σε δεκαετή παρακολούθηση οδηγεί το 1/3 των ασθενών σε χρόνια κολπική μαρμαρυγή, τα 2/3 σε καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ το 80% των ασθενών σε 10 χρόνια θα οδηγηθεί στο χειρουργείο και το 90% στο ίδιο διάστημα ή θα χειρουργηθεί ή θα πεθάνει από τη νόσο [N Engl J Med 1996;335:1417-1423] με 1,8% πιθανότητα αιφνίδιου θανάτου ετησίως [J Am Coll Cardiol 1999;34:2078-2085]. Για τους λόγους αυτούς επιβάλλεται η στενή και τακτική καρδιολογική παρακολούθηση των ασθενών αυτών και η ένδειξη για χειρουργείο (ACC/AHA Class I indications) σε περίπτωση επιδιόρθωσης της βαλβίδας τίθεται πρώιμα, σε εμφάνιση συμπτωμάτων (NYHA II-IV) ακόμα και σε φυσιολογική αριστερή κοιλία (LVEF>60%, LVESD<45mm) ή σε περιπτώσεις αρχόμενου επηρεασμού της ανεξαρτήτως ύπαρξης συμπτωμάτων (LVEF<60%, LVESD>45mm) [ACC/AHA Task Force Report 1998: JACC 1998;32:1486-1588]. Το γεγονός ότι η δεκαετής μετεγχειρητική επιβίωση των ασθενών ανάλογα με την προεγχειρητική λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας είναι: 70% σε LVEF>60%, 50% σε <60% LVEF >50% και 30% σε LVEF <50%, ενώ ανάλογα με την προεγχειρητική συμπτωματολογία τους ασθενούς είναι: 75% σε NYHA I-II σε σχέση με 50% σε NYHA III-IV [Heart 2002;87:79-85], καταδεικνύει την αναγκαιότητα για την πρώιμη χειρουργική παρέμβαση στον ασθενή.

Τα αποτελέσματα από τη χειρουργική επιδιόρθωση της μιτροειδούς βαλβίδας είναι εξαιρετικά: με περιεγχειρητική θνητότητα που δε ξεπερνά το 2%, επανεγχείρηση για αποτυχία της επέμβασης 2% [Circulation 2001;104:18-111], εξαιρετική απώτερη επιβίωση όπως ήδη επισημάνθηκε, ιδιαίτερα σε εκφυλιστικής αιτιολογίας νόσο (διπλάσια επιβίωση σε σχέση με τη ρευματική) [S. Chauvand: AATS May 2001], στεγανότητα της βαλβίδας – μη σημαντική ανεπάρκεια και μη ανάγκη για νέα

επέμβαση στη βαλβίδα σε πάνω από τα 2/3 των ασθενών σε 15 χρόνια [J Heart Valve Dis 2008;17:162-167], ενώ η θνητότητα των χειρουργημένων ασθενών οφειλόμενη σε καρδιακά αίτια είναι μικρότερη από 10% στη δεκαετία και 20% στην τριακονταετία [Circulation 2001;104:I8-I11].

Η μεγάλη ανάπτυξη τις τελευταίες δυο δεκαετίες διαφόρων νέων τεχνικών επιδιόρθωσης της μιτροειδούς βαλβίδας, η είσοδος στην κλινική πράξη πολλών βοηθημάτων από τη βιομηχανία ιατρικών ειδών (διαστολέων, συνθετικών δακτυλίων στήριξης, συνθετικών τενόντιων χορδών, δακτυλίων της υποβαλβιδικής συσκευής κ.α.), καθώς και η πλήρης και ενδελεχής μελέτη των χειρουργημένων ασθενών και η ύπαρξη πλέον πέραν των 30 ετών αποτελεσμάτων της τεχνικής, καθιστά την πλαστική της μιτροειδούς ως μια ασφαλή και κλασική χειρουργική μέθοδο. Αν μάλιστα, συνυπολογίσει κανένας τα ποσοστά επιπλοκών σε ασθενείς με προσθετική μιτροειδική βαλβίδα μετεγχειρητικά: στην πενταετία 25% θνητότητα, 4,5% επανεγχείρηση, 1% ενδοκαρδίτιδα, 2,5% θρομβοεμβολικά επεισόδια και 0,5% επεισόδια αιμορραγίας [J. W. Kirklin 1993], συν το γεγονός ότι με τη διατήρηση της αυτόχθονης βαλβίδας δεν απαιτείται η χρήση αντιπηκτικών φαρμάκων από τον ασθενή, τότε εύκολα μπορεί κανείς να καταλάβει τη διεθνή οδηγία ότι η χειρουργική επιδιόρθωση οφείλει να αποτελεί πρώτο στόχο του κάθε χειρουργού στην ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας πριν την αντικατάστασή της.