

Složitá rozhodnutí indikační komise

Kasuistika 1

(reálná simulace – všichni členové komise vidí tuto prezentaci poprvé)

Viktor Kočka

Kardiocentrum FNKV a 3.LF UK

Praha



Pacient XY

NO: 80. letý aktivní pacient sledován s aortální vadou 10 let od roku 2008, poslední rok progresu dušnosti do stadia NYHA III, odeslán k TAVI

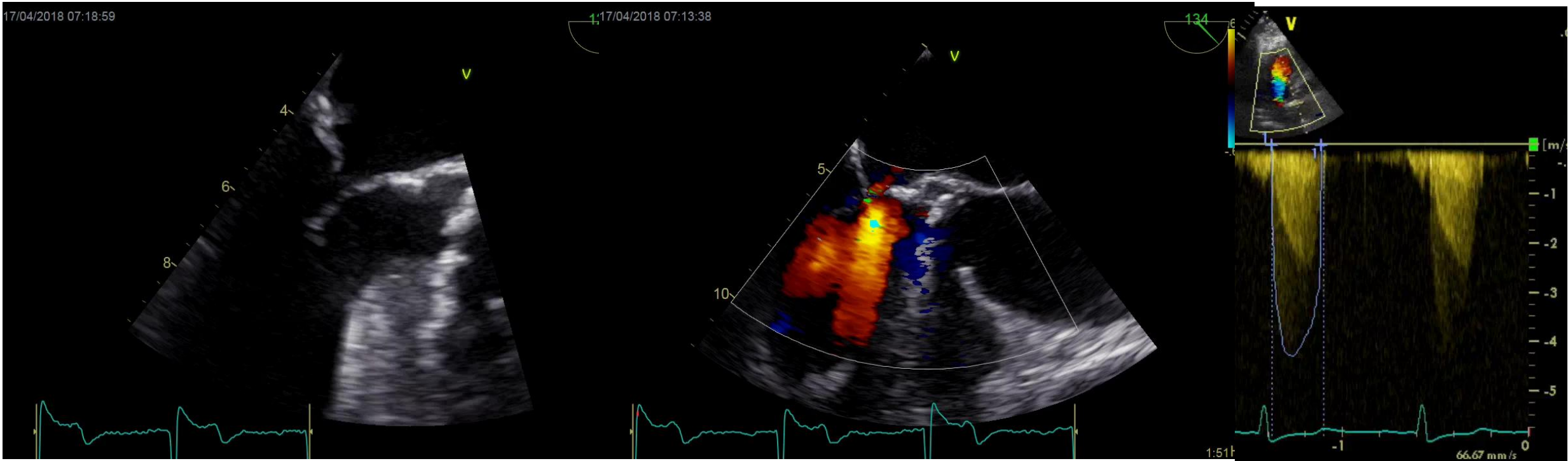
OA: aneurysma abdominální aorty subrenálně, DM II na PAD, Hypertenze, Hyperplazie prostaty, Deformující spondylosa, stav po CHCE, TEP L kolene – chodí s hůlkou, OP tříselné kýly, po OP amoce sítnice

SA: Technik v D, žije s manželkou, 2 děti, dobrá opora rodiny

Objektivně: 177cm/86kg, 125/70 mmHg, 65/min., samostatný, bez neurologického deficitu, dýchání čisté, skl., AS I+II+ejekční systolický šelest 4/6 s propagací do obou carotid, B bpn, pulsace AF a perif. bilat. +, bez otoků, varixy 0

EKG: SR 65/min., PQ 240ms, HYLK – Sokolow 3.7mV, sek. STT změny

Echokardiografie

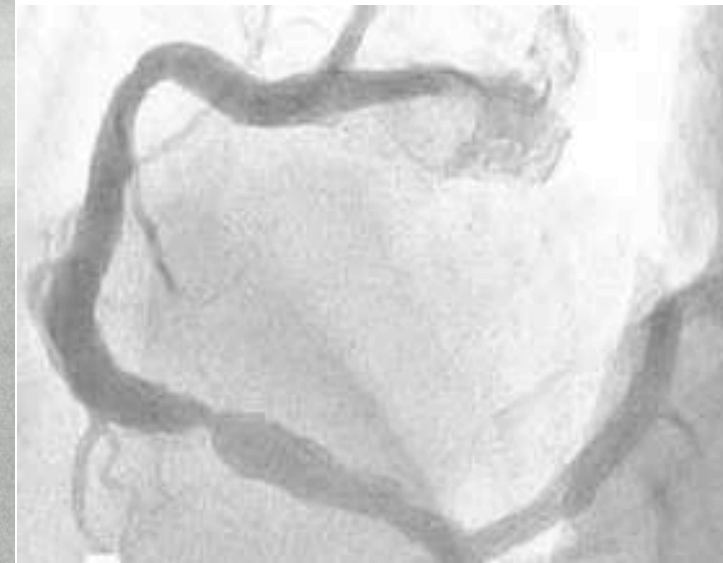
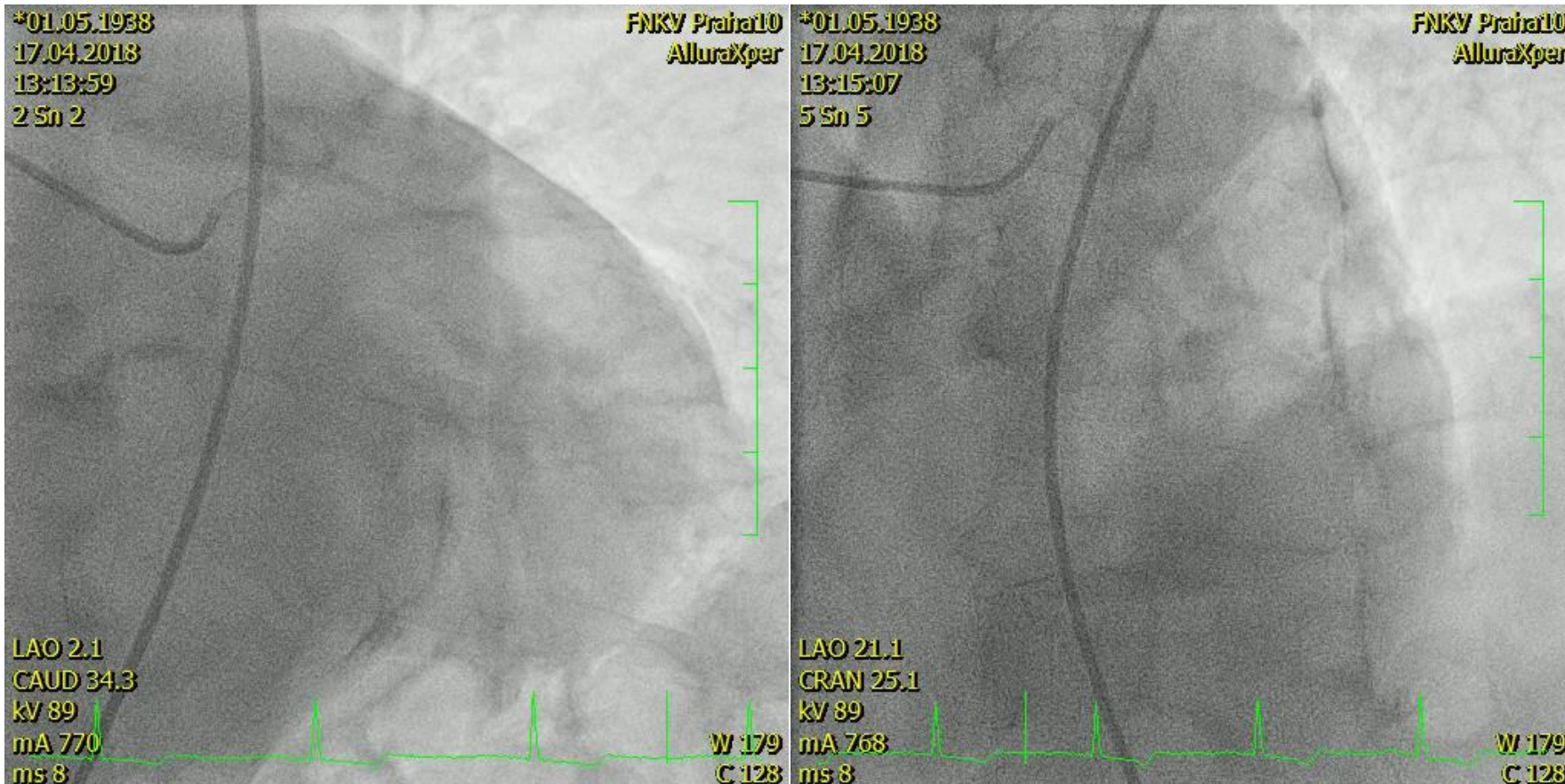


TTE a TEE

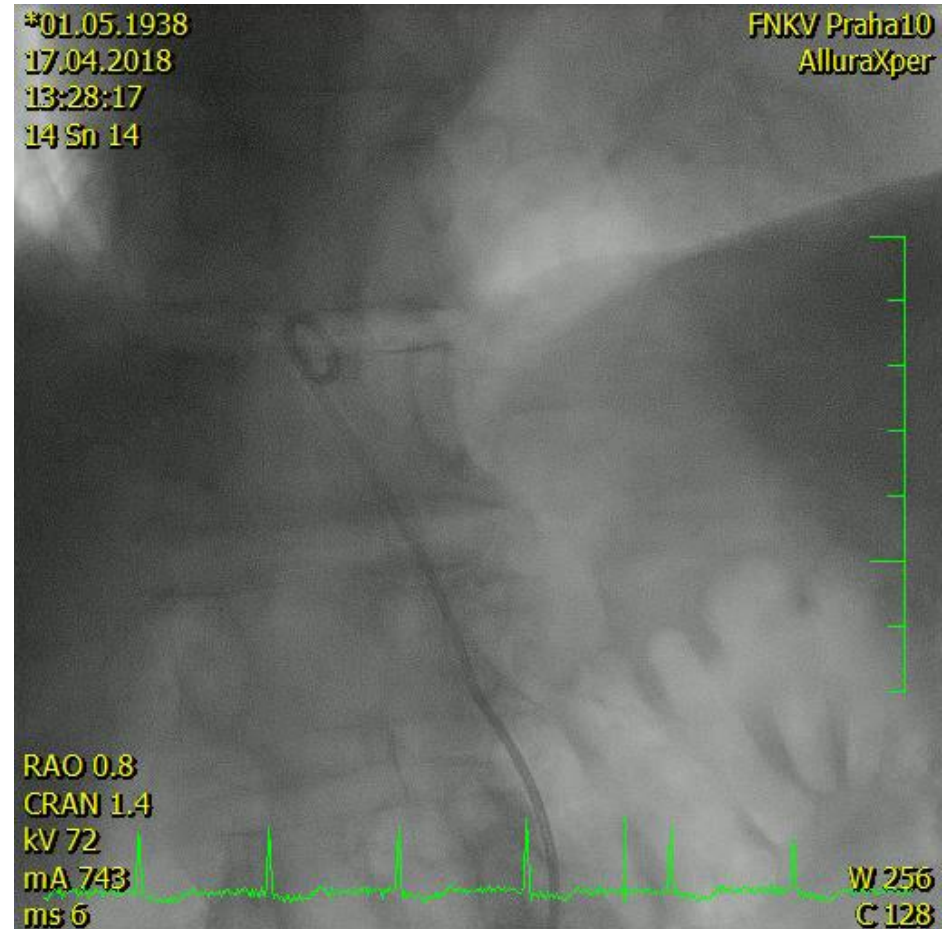
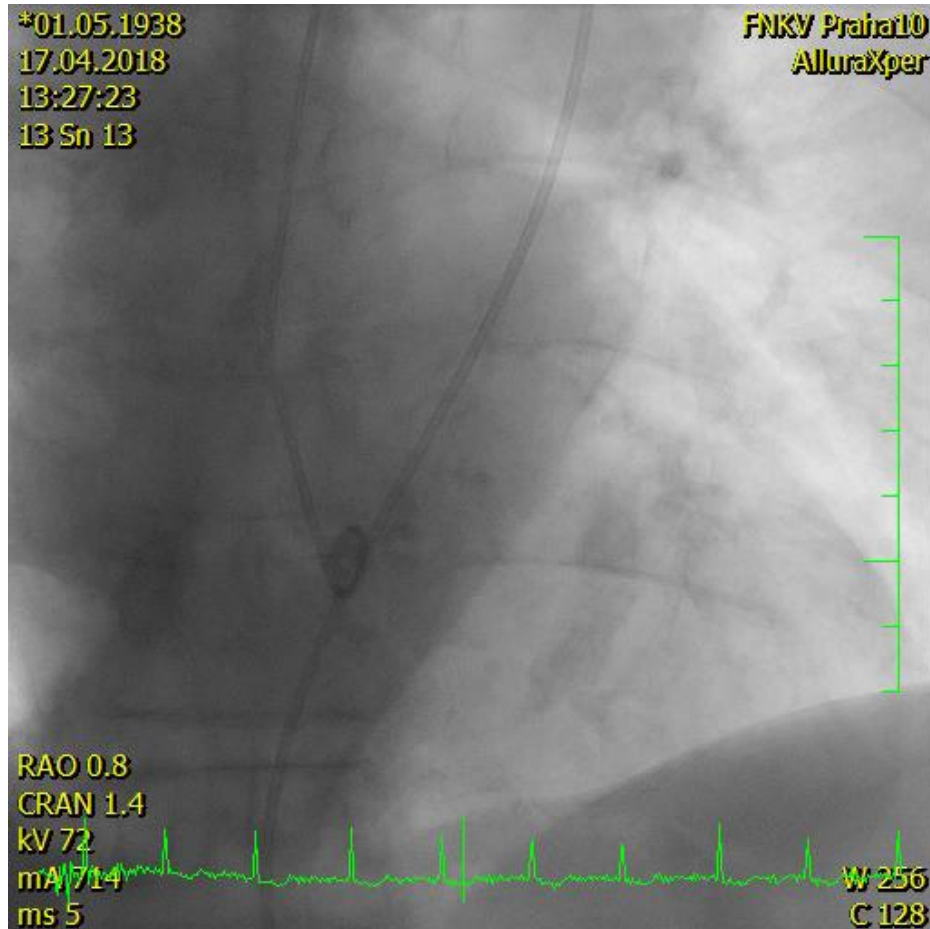
LVd 48mm, septum 15mm, EF 65%, kalcifikovaná AoV, Vmax 4.3 m/s, aortální anulus v PLAX 23mm, dle TEE 24x27mm, náznak obstrukce v LVOT bez významného gradientu, dilatace asc. aorty na 45mm, malá MiReg, bez známek plicní hypertenze

Selektivní koronarografie

Nemoc 3 tepen, spíše fokální, RIA, RC i ACD snadné pro PCI



Aortografie a pánevní řečiště



3-cípá aortální chlopeň s výraznými kalcifikacemi, bez regurgitace
Vinutá a kalcifikovaná aorta s několika dilatovanými segmenty, lumen široké, s vodičem se narovnává

Indikační komise 18.4.2018

80 let + chůze s hůlkou, významná symptomatická aortální stenosa, dlouhý seznam diagnos, koronární nemoc 3 tepen, subrenální aneurysma aorty

Kalkulace rizika rutinně: EuroScore I log 9.21%, EuroScore II 4.66%

Plicní funkce: VC = 57% a FEV1 = 72% náležitých hodnot, kreatinin 127umol/L

CT: kalibr pánevních tepen nikde neklesá pod 8mm, levá podklíčková tepna má kalibr 6mm a kalcifikace, anulus 23x28mm, dle perimetru 26.2mm

Možnosti (možno hlasovat – lze-li):

- A) Konservativní postup**
- B) TAVI + ICHS konservativně (bez AP)**
- C) PCI RIA, RC a ACD + ve druhé době TAVI**
- D) PCI + TAVI současně**
- E) AVR + CABG**



Aspects to be considered by the Heart Team for the decision between SAVR and TAVI in patients at increased surgical risk




TAVI : AVR = 1 : 0

	Favours TAVI	Favours SAVR
Clinical characteristics		
STS/EuroSCORE II <4% (logistic EuroSCORE I <10%)		+
STS/EuroSCORE II ≥4% (logistic EuroSCORE I ≥10%)	+	
Presence of severe comorbidity (not adequately reflected by scores)	+	
Age <75 years		+
Age ≥75 years	+	
Previous cardiac surgery	+	

Aspects to be considered by the Heart Team for the decision between SAVR and TAVI in patients at increased surgical risk

(continued)

 TAVI : AVR = 2 : 1	Favours TAVI	Favours SAVR
Clinical characteristics <i>(continued)</i>		
Frailty	+	
Restricted mobility and conditions that may affect the rehabilitation process after the procedure	✓ +	
Suspicion of endocarditis		+
Anatomical and technical aspects		
Favourable access for transfemoral TAVI	+	
Unfavourable access (any) for TAVI		✓ +

Aspects to be considered by the Heart Team for the decision between SAVR and TAVI in patients at increased surgical risk

(continued)



TAVI : AVR = 2 : 1

Favours
TAVI

Favours
SAVR

Anatomical and technical aspects *(continued)*

Sequelae of chest radiation

+

Porcelain aorta

+

Presence of intact coronary bypass grafts at risk when sternotomy is performed

+

Expected patient–prosthesis mismatch

+


Severe chest deformation or scoliosis

+


Short distance between coronary ostia and aortic valve annulus

+

Aspects to be considered by the Heart Team for the decision between SAVR & TAVI in patients at increased surgical risk *(continued)*

 TAVI : AVR = 2 : 3	Favours TAVI	Favours SAVR
Anatomical and technical aspects <i>(continued)</i>		
Size of aortic valve annulus out of range for TAVI		+
Aortic root morphology unfavourable for TAVI		+
Valve morphology (bicuspid, degree of calcification, calcification pattern) unfavourable for TAVI		+
Presence of thrombi in aorta or LV		+
Cardiac conditions in addition to aortic stenosis that require consideration for concomitant intervention		
Severe CAD requiring revascularization by CABG		+

Aspects to be considered by the Heart Team for the decision between SAVR and TAVI in patients at increased surgical risk *(continued)*

 TAVI : AVR = 2 : 3	Favours TAVI	Favours SAVR
Cardiac conditions in addition to aortic stenosis that require consideration for concomitant intervention <i>(continued)</i>		
Severe primary mitral valve disease, which could be treated surgically		+
Severe tricuspid valve disease		+
Aneurysm of the ascending aorta		+ ?
Septal hypertrophy requiring myectomy		+

Konsensus – indikace AVR + CABG

Pacient nejprve zklamán – byl přeci odeslán k TAVI !!

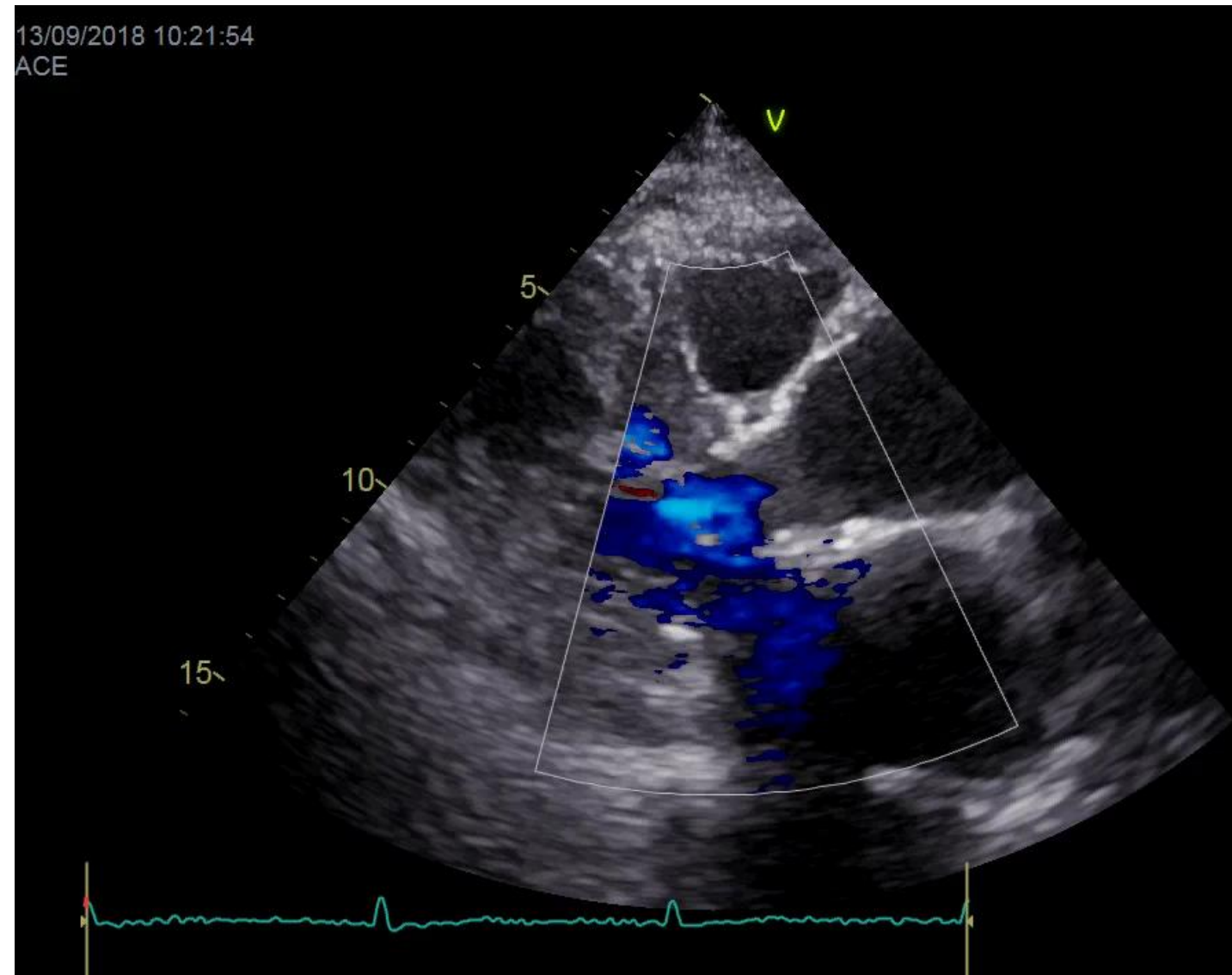
Dostal možnost rozmyšlení a VOLBY a po domluvě s rodinou akceptoval naše doporučení.

19.7.2018 AVR bioprotézou St.Jude Epic Supra 25 a CABG 4x (LIMA ad RIA, ŽB sekvenčně na RD a RMS a ŽB na RIP)

Extubován odloženě, punkce fluidothoraxu, fibrilace síní, jinak bez komplikací, 6. den po operaci přeložen do spádové nemocnice k rehabilitaci

15. den po OP propuštěn domů, samostatně pohyblivý

Kontrola + Echokardiografie 7 týdnů po AVR



Poradna pro chlopenní vady, již plně samostatný, spokojený, chodí do 2.patra bez zastavení, KP komp., rány zhojeny, na EKG SR 62/min. s PQ 260ms

TTE: LK 46mm, EF 65%

Bez obstrukce v LVOT

Bioprotéza v aortální pozici sedí pevně, Vmax 2.2m/s, PG max / mean 20 / 11 mmHg

Malá separace perikardu

Závěr

Indikační komise (Heart Team) má k dispozici a zvažuje mnoho hledisek – klinické i anatomické
Tato hlediska jsou v roce 2019 již dobře známa

Stále je důležitý osobní kontakt s pacientem – zkušený lékař, který pacienta osobně vyšetřil je schopen zvážit i faktory, které nejsou v tabulkách či skorovacích systémech

AVR a TAVI nejsou soupeři, spíše 2 možnosti léčby pro naše pacienty
Finální rozhodnutí je volba pacienta!



Děkuji za pozornost

