

Rezumat

Proiectul: Tratamentul chirurgical al afecțiunilor complexului valvular aortic și aortei ascendente.

Director de proiect: Moroza Vladislav

Cifra proiectului: 15.817.04.21A

Leziunile complexului valvular aortic trebuie analizate cu atenție și tratate particular. Plastia aortală poate fi o încercare de corecție permanentă sau o tehnică paliativă pentru a permite inelului aortic să se dezvolte și pentru a se evita tratamentul anticoagulant. Dezavantajul unei potențiale reoperații trebuie pus în balanța cu avantajul unei mai bune calități a vieții.

Pacienții selectați sunt supuși unor proceduri variate având ca scop realizarea competenței valvulare fără a utiliza nici un țesut extravalvular. Aceste tehnici, grupate sub numele de „plastie”, trebuie considerate ca un întreg, deoarece, de obicei, fiecare dintre ele realizează doar o îmbunătățire parțială necesitând consolidarea cu ajutorul altor tehnici.

Tehnicile de plastie ale valvei aortice constituie o opțiune terapeutică cu risc scăzut, cu rezultate satisfăcătoare pe termen mediu pentru tratamentul regurgitației aortice la pacienții selectați. Selectarea pacienților și alegerea procedurii se bazează pe anatomia ecocardiografică a valvei aortice și pe comparația cu protezarea valvulară din punct de vedere al raportului risc-beneficiu. Criteriile de selecție a pacienților pentru plastie valvulară aortică includ: regurgitare aortică, minima calcificare a valvei aortice, flexibilitate adecvată a foștelor valvulare, lipsa unei alte valvulopatii care să necesite protezare și funcție miocardică adecvată.

Ecocardiografia 2D și Doppler este esențială în alegerea tehnicii chirurgicale, oferind date foarte precise privind anatomia și funcția valvei aortice. De asemenea, este obligatorie ecocardiografia intraoperatorie și ETE precoce postoperator.

Indicațiile de plastie a valvei aortice depind de severitatea leziunilor. Cel mai bine se pretează la plastie valvele cu fibroză minimă sau moderată la baza foștelor valvulare. La mulți dintre pacienții tineri, cu regurgitare aortică reumatismală, singura cauză a regurgitării este prezența marginilor libere rulate, îngroșate, care pot fi eliberate completându-se tehnica cu o anuloplastie consecutivă. Limitele plastiei sunt date de cantitatea de țesut disponibil. Regurgitățile severe date de retracția severă a cuspelor nu pot fi rezolvate prin tehnicile descrise mai sus; acestea sunt utile în mod special în cazurile de regurgitare aortică moderată, care necesită intervenție chirurgicală pentru boala mitrală severă sau pentru boală coronariană,

cazuri când chirurgul este refractar atât față de considerarea corectă a valvulopatiei cât și față de protezarea valvulară.

În lotul de studiu au fost incluși 109 pacienți, inclusiv 42 (38,5%) bărbați și 67 (61,5%) femei. Etiologic majoritatea pacienților erau cu afecțiuni reumatismale 83 din ei se prezentau cu stenoză aortică, insuficiența aortică gr. II – III a fost diagnosticată în 26 cazuri. Afecțiunile degenerative a cuspelor valvei aortice sau stabilit în 15 cazuri, 2 pacienți au fost spitalizați cu clinică de endocardită infecțioasă. Semne de hipertensiune pulmonară prezentau la internare 82 pacienți, inclusiv avansată – 41 din ei.

Distribuirea pacienților care prezentau semne de insuficiență cardiacă conform clasificății NYHA a fost următoarea: II – 12 (11%) cazuri, III – 55 (50,4%), IV – 42 (38,6%).

La o parte din pacienți s-au stabilit o serie de patologii asociate inclusiv: diabet zaharat tip II, embolii cerebrale în anamneză, hipertensiune arterială, hepatită de stază, patologie renală cronică.

Simptomele caracteristice prezentate în perioada de pregătire către operație au fost: dispnee – 98; cardialgii – 24; aritmii – 64; sincope – 12; edeme periferice – 31; ascită – 12; edem pulmonar – 2; ficat indurat – 12. 67 (61,4%) din pacienți se prezentau cu dereglări de ritm cardiac de tip fibrilație, flutter atrial, 78 (71,5%) la ECG prezentau semne de hipertrofie și suprasolicitare de VS.

Intraoperator au fost stabilite următoarele schimbări morfologice a complexului valvular aortic: stenoză valvulară – 83 (76%); calcificare: gr. I – 37 (34%); gr. II – 24 (22%); gr. III – 4 (3,6%), vegetații – 2 (1,8%), prolaps de cuspe – 18; retractarea cuspelor – 26; fibroză marginală – 92 (84%).