

# Ósæðarlokuskipti – á leið inn í nýja tíma?

**Pórdís Jóna  
Hrafnkeldsdóttir**

Höfundur er lyflæknir á mennta- og bráðadeild Landspítala, klínískur dósent og situr í ritstjórn Lækna blaðsins.

thordisjh@simnet.is



Í þessu tölublaði *Lækna blaðsins* birtist tímabær samantekt á ósæðarlokuskiptum vegna ósæðarlokupregsla á Landspítala á árunum 2002-2006. Þar er fjallað um snemmkomna fylgikvilla og skurðdauða og tekin saman þau einkenni sjúklinga sem leiddu til aðgerðar. Sjúklingahópurinn er nokkuð aldraður, meðalaldur nær 72 árum,<sup>1</sup> enda er algengasta ástæða ósæðarlokupregsla kölkun í blöðkenni sem er afleiðing bólgu- og hrönnunarferils sem minnr um margt á æðakölkun, og eru áhættuþættir flestir hinir sömu. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að skurðdauði sé sambærilegur hér á landi og erlendis og eru það mikilvægar upplýsingar. Þegar rýnt er í samsetningu hópsins sem lést í tengslum við aðgerðina þá voru það sjúklingar með mjög mikil einkenni og afar svæsin ósæðarlokupregslu, auk annarra íþyngjandi sjúkdóma.

Erlendar rannsóknir benda til þess að milli 2,8-4,6% einstaklinga eldri en 75 ára séu með meðalmikil til svæsin ósæðarlokupregslu.<sup>2</sup> Einu upplýsingarnar um algengi ósæðarlokupregsla hér á landi eru úr krufningum frá áttunda áratugnum og var það áætlað um 3,2% hjá körlum og 4,5% meðal kvenna.<sup>3</sup>

Ósæðarlokupregslu eru því nokkuð algeng, en eina leiðin til að greina einkennalausa einstaklinga er með hjartahlustun og hjartaómskoðun í framhaldi af því. Er því ástæða til að hvetja alla lækna til að hlusta hjórtu eldri skjólstaðinga sinna og gera viðeigandi ráðstafanir, jafnvel þótt um aldraða einstaklinga sé að ræða, nema að

ljóst sé að lífslíkur þeirra takmarkist af öðrum þáttum.

Enda þótt slá megi tímabundið á einkenni og áhættuþætti ósæðarlokupregsla með lyfjameðferð, hefur slík meðferð ekki reynst hafa áhrif á sjúkdómsganginn. Eina mögulega bótin er ísetning nýrrar loku, en vandasamt er að velja réttan tíma fyrir aðgerð hjá þessum sjúklingum Enginn er bættari með óþarfa aðgerð, en á hinn bóginn eru lífslíkur verulega skertar um leið og einkenni koma fram. Því miður koma margir sjúklingar ekki til athugunar fyrr en þá og benda erlendar rannsóknir til að allt að 30% sjúklinga sé neitað um aðgerð sökum aldurs, annarra íþyngjandi sjúkdóma eða lélegs ástands vinstri slegils. Þessar frábendingar eru þó afstæðar en ekki algildar og venjan er að lækna fleiri sérgreina komi að ákvörðunum um meðferð flókinna sjúkdómstilfella.

Þar til fyrir nokkrum árum var ekki gerlegt að skipta um ósæðarloku á annan hátt en með opinni hjartaaðgerð, en þar sem þörfin fyrir aðra og minna ífarandi meðferð er mikil, hafa þróast aðferðir til að koma fyrir nýrri loku. Kallast meðferðin *Transcatheter aortic valve implantation* (TAVI) á ensku, en eins og nafnið ber með sér er þessari lífrænu loku komið fyrir með hjálp þræðingaleggs, oftast í gegnum náraslagæð, en sjaldnar í gegnum viðbeinslagæð eða frá hjartabroddi, en þá þarf jafnframt brjóstholsskurð. Byrjað er á að spenna sundur kölkðu lokuna og er nýja lokan síðan færð í samfallinni stöðu í lokustað og spennt þar út í gömlu lokuna. Í slembirannsókn á 358 sjúklingum sem ekki voru taldir hæfir í skurðaðgerð vegna mikillar áhættu var eins árs dánartíðni 30,7% í TAVI-hópnum en 50,7% ( $p < 0,001$ ) í samanburðarhópnum sem hlaut lyfjameðferð.<sup>4</sup> Ávinningur meðferðarinnar hjá þessum sjúklingahópi er af mörgum talinn ótvíræður þrátt fyrir að snemmkomnir fylgikvillar séu enn algengir, en þróun nýrra loka og tækni heldur áfram. Nýlega voru birtar niðurstöður úr slembaðri rannsókn sem miðaði að því að kanna hvort árangur með TAVI væri

lakari en með hefðbundinni lokuaðgerð hjá skurðtækum en há-áhættu sjúklingum og reyndist árangurinn sambærilegur, með eins árs dánartíðni 24,2% og 26,8% í hópunum tveimur.<sup>5</sup> Í ljósi þessara niðurstæðna kunna ábendingar fyrir þessari meðferð að breytast og ná til stærra hóps sjúklinga þegar fram í sækir.

Vafalítið verða ósæðarlokuskipti með hefðbundinni skurðaðgerð áfram kjörmeðferð flestra sjúklinga sem þurfa á lokuskiptum að halda, enda margsýnt fram á gagnsemi þeirrar meðferðar. Hér á landi er þó að finna hjartasjúklinga sem ekki eiga kost á lokuskiptaaðgerð en gætu notið góðs af TAVI ef sú meðferð væri í boði líkt og í flestum nágrannalöndum okkar. Eins og gefur að skilja fylgir því fjárfesting í kunnáttu og útbúnaði að taka upp TAVI og ljóst að kostnaðurinn verður ekki borinn af núverandi fjárframlögum einnar stofnunar. Það er því brýnt að stjórnendur heilbrigðismála taki afstöðu til þess hvernig best verði staðið að því að nýta þessa nýju tækni sjúklingum okkar til hagsbóta.

## Heimildir

1. Ingvarsdóttir IL, Viktorsson SA, Hreinsson K, et al. Lokuskipti vegna ósæðarlokupregsla á Íslandi 2002-2006: Ábendingar og snemmkomnir fylgikvillar. *Lækna blaðið* 2011; 97: 523-7.
2. Nkomo VT, Gardin JM, Skelton TN, Gottdiener JS, Scott CG, Enriquez-Sarano M. Burden of valvular heart diseases: a population-based study. *Lancet* 2006; 368: 1005-11.
3. Hallgrímsson J. Chronic non rheumatic valvular heart disease. An autopsy study. *Acta Pathol Microbiol Scand A* 1976; 84: 247-52.
4. Leon MB, Smith CR, Mack M, et al. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery. *N Engl J Med* 2010; 363: 1597-607.
5. Smith CR, Leon MB, Mack MJ, et al. Transcatheter versus surgical aortic-valve replacement in high-risk patients. *N Engl J Med* 2011; 364: 2187-98.

**Aortic valve replacement therapy  
– a new approach to come?**

Thordis Hrafnkeldsdottir MD, PhD, FESC  
Division of Research, Education and Innovation  
Landspítali