

Niewydolność serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory w grupie pacjentów z zastawkowymi wadami serca. Wyniki rejestru BIA-WAD



Krzysztof Struniawski¹, Hanna Bachórzewska-Gajewska¹, Łukasz Kuźma¹, Sławomir Dobrzycki¹

¹Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, Białystok

CEL:

Ocena częstości występowania niewydolności serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory (HFrEF) w grupie pacjentów z zastawkowymi wadami serca (VHD). Analiza wpływu chorób współistniejących, czynników środowiskowych oraz zastosowanych metod leczniczych na rokowanie odległe w zależności od rodzaju wady zastawkowej.

MATERIAŁ I METODY:

Analizie poddano 2589 pacjentów z VHD włączonych do BIA-WAD Registry. Kryterium włączenia stanowiły: obecność nabytej VHD w umiarkowanym lub istotnym stopniu zaawansowania z zakresu aparatu aortalnego i/lub mitralnego oraz wykonana diagnostyka angiograficzna tętnic wieńcowych. Do grupy z HFrEF zakwalifikowano chorych w oparciu o frakcję wyrzutową lewej komory <40%. Pacjentów podzielono na izolowane VHD oraz wielozastawkowe i złożone wady serca (MVHD). Średni czas obserwacji wyniósł 1861 dni (SD=1243).

WNIOSKI:

Najczęstszą nabytą ciężką wadą serca była stenozą aortalną oraz niedomykalność zastawki mitralnej.

HFrEF należy do częstych następstw u pacjentów z VHD, obserwowano ją u niemal połowy chorych z izolowaną MVI i jest głównym czynnikiem prognostycznym w tej grupie osób.

W związku ze starzeniem się społeczeństwa oraz zmianami środowiskowymi spodziewany jest wzrost obciążenia systemu opieki zdrowotnej chorymi z niewydolnością serca i towarzyszącymi VHD.

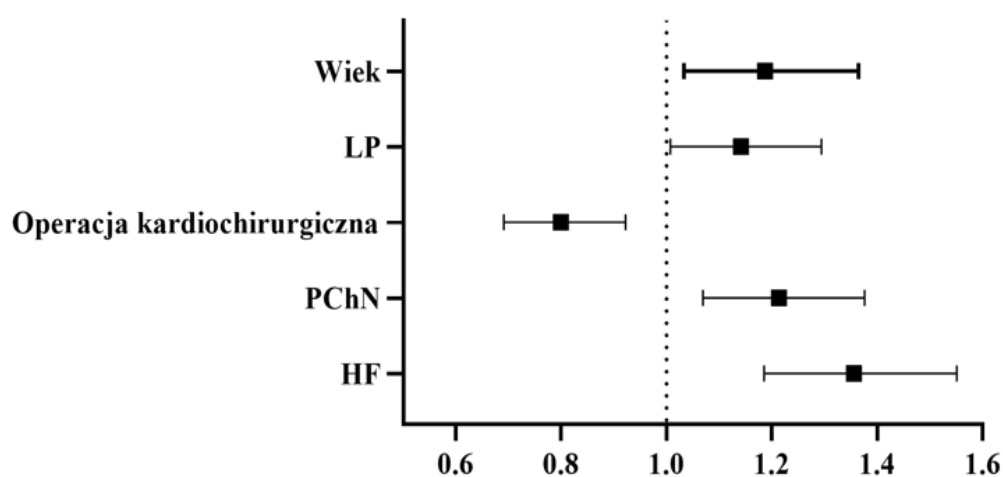
Projekt jest finansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki (UMO-2021/41/B/NZ7/03716), ClinicalTrials.gov (NCT #NCT04527367).

WYNIKI:

W spełniającej kryteria włączenia grupie 2589 pacjentów z nabytymi wadami serca większość stanowili mężczyźni (56,55%, N=1464) ze średnią wieku 69,69 lat (SD=10,68).

Do najczęściej występujących wad zastawkowych należały: niedomykalność mitralna (MVI, 43,99%, N=1139) i stenozą aortalną (AVS, 23,79%, N=616).

HF stwierdzono u 59,31% (N=1475) pacjentów, z czego u połowy z nich obserwowano HFrEF (51,93%, N=766).



Ryc. Analiza czynników ryzyka wystąpienia zgonu w populacji z izolowaną MVI.

Najczęściej HFrEF dotyczyła pacjentów z izolowaną MVI (45,2%, N=514), najrzadziej z izolowaną stenozą zastawki mitralnej (MVS, 7,5%, N=3).

Najwyższym odsetkiem zgonów charakteryzowali się pacjenci z MVHD (51,16%, N=286), u których HFrEF stanowiła 25,8% (N=144) chorych. HF była najsilniejszym czynnikiem zwiększającym ryzyko zgonu w populacji pacjentów z izolowaną MVI (OR 1,356; 95% CI 1,185-1,551; p<0,001).

	CAD ist. (N=1371)	CAD nist. (N=740)	CAD - (N=478)	P
	% (N)			
HA	74,33 (1019)	71,62 (530)	57,74 (276)	<0,001
AF	37,05 (508)	45 (333)	39,75 (190)	0,002
HL	71,33 (978)	63,24 (468)	23,22 (111)	<0,001
DM t.2	28,59 (392)	22,84 (169)	13,18 (63)	<0,001
eGFR <60mL/min	39,9 (547)	32,16 (238)	22,8 (109)	0,006
HF	66,17 (880)	51,77 (365)	50,88 (230)	<0,001
HFrEF	37,27 (511)	20,68 (153)	21,34 (102)	<0,001

CAD ist. (choroba wieńcowa z istotnymi zmianami miażdżycowymi w tętnicach wieńcowych);
CAD nist. (choroba wieńcowa z nieistotnymi zmianami miażdżycowymi w tętnicach wieńcowych);
CAD - (brak zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych).

