

RAPPORT FRA «PCR LONDON VALVES» 28. – 30. SEPTEMBER 2014

Yngvar Myreng, Kardiologisk avdeling, Feiringklinikken.

London Valves har etablert seg som et sentralt møte for kateterbasert klaffebehandling. Møtet tar sikte på å dekke behandling av både aorta- og mitralklaff. Siden transkateter aortaventil-implantasjon (TAVI) er dominerende innen dette feltet med mer enn 125.000 implantasjoner hittil, er det naturlig nok TAVI som er hovedtema. Møtet samlet mer enn 2000 deltagere. Alle norske TAVI-sentere var representert.

Møtet er bygget opp med symposier, oversiktsforelesninger og «live demonstrations» med direkte overføringer fra praktiske behandlingssituasjoner. Nytt av året var et «kurs i kurset» innen bildediagnostikk ved TAVI og mitralintervensjoner. I tillegg til «how to»-forelesninger ble det arrangert firmasponsete workshops innen CT og ekkokardiografi.

De 125.000 implantasjonene som er gjort siden 2002, er i all hovedsak gjort med CoreValve og Edwards-SAPIEN. Selv om hovedstrukturen er gjenkjennelig, har begge produsenter kommet med endret design og produktforbedringer det siste året (hhv. EvolutR og SAPIEN 3). EvolutR er et repositionerbart system med en lavere profil på leveringssystemet (14F mot tidligere 18F). SAPIEN 3 har et fått et skjørt i nedre del, noe som reduserer forekomsten av paravalvulære lekkasjer. Flere andre nye

TAVI-klaffer er tatt i bruk, men foreløpig er erfaringene med disse begrensete. Det er et generelt ønske å kunne tilby repositionerbare systemer. Derved vil man kunne korrigere til optimal posisjon før klaffen frigjøres fra leveringssystemet.

De fleste TAVI gjøres transfemoralt med perkutan teknikk. Derfor er lavere profil nyttig fordi det vil gjøre den minst invasive metoden mer tilgjengelig, også når det er trange forhold i femoralisarterier og bekkenkar. Hos noen er det imidlertid ikke mulig med femoral tilgang. Det er derfor flere systemer som er utviklet for transapikal implantasjon eller via punksjon direkte i aorta gjennom en ministernotomi eller minitorakotomi.

Pga. nærhet til ledningssystemet vil plassering av en TAVI-klaff i venstre ventrikkels utløpsdel medføre risiko for ledningsforstyrrelser. I et materiale på mer enn 5.000 pasienter fant man et behov for ny pacemaker på 6,5 % for Edwards-SAPIEN og 25,8 % for CoreValve. De fleste blokk opptrer tidlig etter implantasjonen. Preaksisterende høyre grenblokk er en sterk disponerende faktor for pacemakerbehov, likeledes for andre ledningsforstyrrelser. Ved å plassere klaffene høyere i utløpstraktus synes pacemakerbehovet å kunne reduseres. Prognostisk ser det ikke ut til å ha noe



London «valves» - Thames Barrier

å si om pasienten blir pacemakeravhengig etter TAVI. Heller ikke nytt venstre gren-blokk ser ut til å være ugunstig isolert sett.

Degenererte biologiske kirurgisk klaffer vil etter hvert få behov for TAVI-behandling. Det er særlig der hvor det er innsatt en liten kirurgisk klaff og/eller det er mismatch mellom dimensjon i aortaroten og klaff som utgjør det største problemet. I disse tilfellene er også resultatet etter TAVI dårligere enn der hvor dimensjonene er større i utgangspunktet.

Det er bred enighet om at TAVI er et etablert behandlingstilbud til pasienter med aortastenose og økt risiko ved konvensjonell aortaventilkirurgi. Høy alder, tidligere hjertekirurgi og alvorlig komorbiditet er noen nøkkelfaktorer her.

Diskusjonen går nå imidlertid mer i retning av hvordan man skal behandle pasienter med lavere risiko. Studier som PARTNER 2A og SURTAVI randomiserer pasienter med midlere risiko til kirurgi eller TAVI og vil bidra til mer kunnskap på dette feltet. En amerikansk CoreValve-studie av nesten 800 pasienter med middels til høy risiko ble publisert tidligere i år. Denne studien viste at TAVI-gruppen kom signifikant best ut med en mortalitet etter ett år på 14,2 % mot 19,1 % for kirurgi-gruppen ($p=0,04$ for superiority).

Martin B. Leon holdt et engasjert og provokatorisk innlegg med tittelen «TAVI is a low risk procedure that should be offered to (almost) all, regardless of symptoms». Han gikk gjennom retningslinjene og nyere publikasjoner og fant en klar tendens i retning av å gjøre TAVI på pasienter med stadig lavere risiko. TAVI gir bedre resultater i pasienter med lavere risiko, og prosedyrerelaterte komplikasjoner er redusert, noe som forventes å redusere mortaliteten ytterligere.

Leon kom også inn på hjerneslag og vaskulære komplikasjoner. Nye studier viser

en betydelig lavere slagrisiko enn i tidligere studier og er på nivå med eller lavere enn for kirurgi. Med mer lavprofilerte leverings-systemer enn tidligere er også vaskulære hendelser redusert. TAVI-klaffene har god varighet med stabilt lave gradienter etter fem år og uten tegn på degenerering. I en oppfølging inntil 9 år av mer enn 1000 implantasjoner av Edwards-SAPIEN i Vancouver fant man svikt av bare fem klaffer. I favør av TAVI taler også at regresjon av hypertrofi og bedring av venstre ventrikkelfunksjon, mitralinsuffisiens og

symptomlindring er på samme nivå som for kirurgi. Videre har pasienter behandlet med TAVI har kort intensivopphold og rekonvalesenstider. Leon fremholdt TAVI som særlig gunstig for kvinner, ved diabetes,

små annulusdimensjoner og ved samtidig mitralinsuffisiens.

Det ble påpekt at paravalvulære lekkasjer er betydelig redusert med nye klaffesystemer (SAPIEN 3), og det lanseres nye TAVI-klaffer med mulighet for repositionering og derved en bedre og sikrere plassering i aortaostiet (CoreValve EvolutR, Lotus m. fl.). Redusert dimensjon på leveringssystemene vil også gi lavere frekvens av vaskulære komplikasjoner ved transfemorale prosedyrer. Nye proteksjons-systemer forventes også å redusere risiko for prosedyrerelaterte hjerneslag, slik det er vist i Clean-TAVI-studien med Claret-filtre.

Leons konklusjon var således at tiden nå er inne for å tilby TAVI til pasienter med lavere risiko enn før, også pasienter med beskjedne symptomer, siden resultatene i disse gruppene er minst like gode som for kirurgi. Komplikasjoner er mindre hyppig enn før, og klaffene har så langt vist god varighet og funksjon, men mer data trengs. Han understreket at TAVI er en multidisiplinær metode som krever nært samarbeid mellom flere faggrupper.

