

Polskie zalecenia wewnątrznacyniowego leczenia chorób tętnic obwodowych i aorty 2009 – czas na rewizję

Marek Krzanowski¹, Wojciech Bodzoń¹, Rafał Nizankowski²

¹NZOZ Chorób Naczyń Angiomed BKLS

²Zakład Angiologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

W numerze 1/2009 „Chirurgii Polskiej” ukazał się ważny i interesujący artykuł przygotowany przez zespół pana profesora Krzysztofa Ziaji, przedstawiający zalecenia dotyczące leczenia wewnątrznacyniowego chorób tętnic, które zaakceptował komitet ekspertów z dziedziny angiologii, chirurgii naczyniowej i radiologii (w którym uczestniczył jeden z nas — R.N.) [1]. Autorom, a zwłaszcza panom docentom Wacławowi Kuczmikowi oraz Tomaszowi Urbankowi należy gorąco pogratulować inicjatywy oraz ogromnego wkładu pracy włożonego w uporządkowanie oraz podanie jakże potrzebnego i nowoczesnego spojrzenia na tę szybko rozwijającą się alternatywę dla klasycznego leczenia angiochirurgicznego. Nie sposób jednak nie podjąć polemiki z niektórymi stwierdzeniami, które znalazły się w tekście zaleceń, zwłaszcza że wiele rekomendacji zawartych w wytycznych przyjmowanych było w drodze głosowania, a nie na zasadzie konsensusu, przy czym reprezentacja poszczególnych specjalności w gronie ekspertów była liczebnie nierówna.

Jesteśmy ośrodkiem angiologicznym, jednym z największych świadczeniodawców usług z zakresu angiologii interwencyjnej w Polsce. Nasz zespół lekarski składa się wyłącznie z internistów angiologów. Samodzielnie wykonujemy zabiegi i prowadzimy chorych przed i po zabiegach, nie korzystając w tym zakresie z pomocy radiologów interwencyjnych ani chirurgów naczyniowych, choć z tymi ostatnimi ściśle współpracujemy. W 2009 roku przeprowadziliśmy łącznie 1800 zabiegów wewnątrznacyniowych — najwięcej rewaskularyzacji kończyn dolnych, ale wykonaliśmy również zabiegi na tętnicach nerkowych, trzewnych, zewnątrzczaszkowych, dużych żyłach i przetokach dializacyjnych. Od października 2009 roku prowadzimy tak zwany Małopolski Rejestr Zabiegów Wewnątrznacyniowych [2], dzięki któremu perspektywnie, szczegółowo monitorujemy częstość zdarzeń niepożądanych u wszystkich leczonych przez nas cho-

rych. Na podstawie danych zgromadzonych w rejestrze formułujemy poniższe krytyczne uwagi dotyczące niektórych zaleceń w przedstawionym artykule [1].

Największe zastrzeżenia budzi przyjęta przez Autorów koncepcja zarezerwowania prawa do leczenia inwazyjnego schorzeń naczyń dla dużych centrów leczenia chorób naczyń dysponujących zarówno oddziałem chirurgii naczyń, jak i pracownią terapii wewnątrznacyniowej. Taka sztywna forma organizacyjna oddala kwalifikowaną pomoc medyczną od pacjenta (w chwili obecnej większość potencjalnych pacjentów zamieszkuje z dala od ośrodków dysponujących takimi centrami) i byłaby uzasadniona, gdyby brak natychmiastowej pomocy angiochirurgicznej w istotny sposób obniżał bezpieczeństwo leczenia wewnątrznacyniowego. Tymczasem, według naszych doświadczeń, na 640 kolejnych wykonanych przez nas zabiegów od początku grudnia 2009 roku do końca maja 2010 roku tylko w 4 przypadkach konieczna była pomoc chirurgiczna — w 3 zatamowanie krwawienia z miejsca wkłucia, a w jednym trombektomia przęśla aortalno-udowego, gdyż doszło do jego zakrzepicy po usunięciu koszulki naczyniowej. Nie negując potrzeby udzielenia pomocy chirurgicznej w tych przypadkach, należy zadać sobie pytanie, czy nie mógłby jej udzielić rejonowy oddział chirurgiczny albo czy transport do ośrodka angiochirurgicznego odbiłby się niekorzystnie na leczeniu? Przecież chlebem powszednim w tak zwanym „rejonie” jest leczenie ostrego niedokrwienia kończyn i urazów naczyń — zatem w tych ośrodkach w praktyce operuje się pilne przypadki naczyniowe. Ponadto sprawność transportu medycznego jest obecnie tak duża, że wiele ośrodków ostrych interwencji wieńcowych działa bez kardiochirurgii zlokalizowanej w miejscu wykonywania zabiegów chociaż pilność i stopień zagrożenia w przypadku powikłań zabiegów na naczyniach wieńcowych są nie mniejsze niż w zabiegach na tętnicach obwodowych.

Czy zatem nie można uruchomić pracowni terapii wewnątrznacyniowej w szpitalu rejonowym, nieposiadającym oddziału chirurgii naczyń?

W rejestrze gromadzone są głównie przypadki rewaskularyzacji kończyn dolnych i być może pochodzące z niego dane nie są reprezentatywne dla zabiegów nacyniowych w ogóle — możliwe, że inne wymogi należałoby opracować dla pracowni wykonujących głównie zabiegi na tętnicach trzewnych (tu zapewne częściej potrzebna będzie kwalifikowana pomoc angiochirurgiczna), na pewno inne dla pracowni wszczepiających stentgrafty aortalne (tu kwalifikowana pomoc angiochirurgiczna dostępna w lokalizacji jest naszym zdaniem bezwzględnie potrzebna). Natomiast w przypadku zabiegów endowaskularnych w pozostałych obszarach nacyniowych posiadanie ośrodka angiochirurgicznego w lokalizacji udzielania świadczeń wewnątrznacyniowych jest naszym zdaniem zbędne — konieczna jest, ale zarazem wystarczy bieżąca współpraca z ośrodkiem chirurgii nacyniowej.

Sprzeciw budzi też zalecenie, by ciężar kwalifikacji do zabiegów wewnątrznacyniowych spoczywał na barkach chirurga nacyniowego. Stoi to w sprzeczności z ogólną, poprawną zasadą stosowaną w medycynie, że decyzje podejmuje ten, kto ma w danym zakresie największe kompetencje. Ergo, o zabiegu decyduje operator — angiolog, chirurg lub radiolog wykonujący na co dzień takie zabiegi. Uzasadnienie zawarte w zaleceniach dla takiej kluczowej roli chirurga (przytaczamy je tu za tekstem zaleceń: „Wynika to z faktu wyboru optymalnego sposobu leczenia i właściwego, wczesnego postępowania w przypadku wystąpienia ewentualnych powikłań.” [1]) jest oparte na dwóch fałszywych przesłankach: 1. założeniu, że angiolog i radiolog interwencyjni nie znają prawidłowego postępowania na podstawie klasyfikacji *TransAtlantic Inter-Society* (TASC) i 2. założeniu, że nie będą oni umieli leczyć powikłań zabiegów wewnątrznacyniowych. Tymczasem chorych ze zmianami typu A i B według klasyfikacji TASC nie powinno się operować — a zatem angiolog czy radiolog interwencyjny stosujący w praktyce te zalecenia nie ma obowiązku konsultowania tych chorych z chirurgiem nacyniowym i ma prawo do samodzielnego wdrożenia w tych przypadkach leczenia wewnątrznacyniowego. Natomiast w odniesieniu do powikłań — jak wynika z rejestru — przytaczająca większość powikłań może być leczona z powodzeniem bez pomocy chirurgów — choć w wyjątkowych przypadkach jest ona, rzecz jasna, niezbędna.

Prostym dowodem na nieadekwatność tego zalecenia jest wynikający z niego wniosek, że nestorzy radiologii zabiegowej w Polsce — osoby wykonujące te zabiegi od dziesiątek lat, których fachowości nikt z nas nie odważyłby się podważyć i u których wielu z nas uczyło się wykonywania zabiegów wewnątrznacyniowych — nie mogą w myśl zaleceń samodzielnie kwalifikować chorych do leczenia wewnątrznacyniowego, bo nie są chirurgami nacyniowymi! Zasada ta budzi sprzeciw jeszcze innej, fundamentalnej natury: żaden lekarz wykonujący zabiegi nie może sobie pozwolić na narzucenie zdania innemu lekarzowi w doborze optymalnej techniki leczenia, bo to on ponosi pełną odpowiedzialność za prawi-

idłową kwalifikację i przeprowadzenie zabiegu. Nikt z nas nie posiada pełnej kompetencji do leczenia całej patologii prezentowanej przez chorego — normą stało się wzajemne konsultowanie przypadków przez specjalistów z różnych dziedzin. Nie odbierając znaczenia współpracy lekarza wykonującego zabiegi wewnątrznacyniowe z chirurgiem nacyniowym i kładąc nacisk na możliwość płynnego przekazywania sobie nawzajem pacjentów do najlepszej w danym przypadku formy leczenia, nie można z góry wyznaczać w zespole chirurg/angiolog/radiolog interwencyjny pojedynczej osoby, która ma wyłączne prawo do decydowania. Jak dotąd większość chirurgów nacyniowych — chwalebny wyjątkiem są tu Autorzy zaleceń — nie ma wystarczających kwalifikacji, by podjąć merytoryczną dyskusję na temat optymalnej metody leczenia wewnątrznacyniowego z doświadczonym angiologiem interwencyjnym czy radiologiem interwencyjnym. Zwróćmy uwagę, że kardiochirurgi nie kwalifikują chorych do plastyk wieńcowych. W trakcie naszej wieloletniej współpracy z największym ośrodkiem angiochirurgicznym w Małopolsce — Wojewódzkim Oddziałem Chirurgii Naczyń — nigdy nie doszło do sporów kompetencyjnych ani nie leczyliśmy chorych, którzy w opinii naszych Kolegów angiochirurgów powinni raczej być leczeni operacyjnie. Odwrotnie, to Koledzy kierują do nas chorych ze zmianami TASC C i D, ze względu na szczególne zagrożenia związane z leczeniem operacyjnym (pacjenci tacy stanowią 41% leczonych przez nas chorych ze zmianami w odcinku aortalno-biodrowym lub udowo-podkolanowym). Tyle odnośnie do pierwszej części zacytowanego wyżej zdania, do drugiej — odnoszącej się do powikłań — ustosunkowaliśmy się już wcześniej.

Od lat Narodowy Fundusz Zdrowia zawężył prawo do wykonywania świadczeń medycznych do pewnych grup wykonawców — lekarzy i placówek służby zdrowia, które posiadają szczególne formalne uprawnienia i wyposażenie sprzętowe, szermując przy tym argumentem potrzeby podniesienia jakości udzielanych świadczeń. Przykładem jest zawężenie możliwości wykonywania zabiegów wewnątrznacyniowych do zespołów, które zatrudniają na stałe anestezjologa i radiologa, innym — wspomniana już konieczność kwalifikacji do zabiegów przez chirurga nacyniowego czy posiadanie stanowiska do znieczuleń w pracowni wewnątrznacyniowej — niezależnie od profilu wykonywanych świadczeń. Narodowy Fundusz Zdrowia powołuje się tu na jakość, ale jej w żaden sposób nie monitoruje. Tymczasem można spełniać wszystkie warunki formalne oraz sprzętowe i nadal leczyć niezgodnie z zasadami dobrej medycyny. Z naszych doświadczeń wynika, że potrzeba konsultacji radiologicznej przypadku zdarza się kilka razy w roku, a konieczność kwalifikowanej pomocy anestezjologicznej i znieczulenia pacjenta (poza przypadkami wszczepiania stentgraftów aortalnych — tu znieczulenie chorego jest nieodzownym elementem postępowania okołozabiegowego) — raz na kilka lat. Po co zatem radiolog i anestezjolog w Pracowni Terapii Wewnątrznacyniowej na stałe? W ciągu 15 lat ani razu nie zdarzyło się nam istotne

powikłanie związane z awarią aparatu angiograficznego (cytujemy tu inne zdanie zawarte w zaleceniach: „W ośrodku konieczny jest aparat rezerwowy [...]”) — dobrze jest mieć więcej sprzętu, ale nie popadajmy w przesadę. Sugerujemy, aby zastąpić wymogi rodzaju „chirurg nacyniowy” czy „aparat do znieczuleń” większą swobodą organizacji udzielania świadczeń połączoną z weryfikowaniem prawidłowości postępowania z chorymi nacyniowymi: przed-, śród- i poszpitalnego w danym ośrodku — zgodnego z zasadami, które zostały już w dużej mierze opracowane przez Autorów, a wymagającymi jedynie pewnego rozwinięcia. To zgodność postępowania z przyjętymi zasadami i odpowiednio mała częstość i skala powikłań powinny decydować, czy dany ośrodek ma prawo prowadzić leczenie wewnątrznacyniowe. Taką weryfikację powinna prowadzić komisja audytowa zorganizowana przez specjalistów wojewódzkich z angiologii,

chirurgii naczyń i radiologii. Od wyniku audytu powinno się uzależnić możliwość kontraktowania świadczeń w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Zgadza się z Autorami, że wszyscy świadczeniodawcy powinni uczestniczyć w ogólnopolskim rejestrze zabiegów. Proponujemy upowszechnienie Małopolskiego Rejestru Zabiegów Wewnątrznacyniowych, który może stać się narzędziem potrzebnym do wprowadzenia kontroli jakości leczenia.

Piśmiennictwo

1. Polskie zalecenia wewnątrznacyniowego leczenia chorób tętnic obwodowych i aorty 2009. Chirurgia Polska 2009; 11 (1): 1–12.
2. Małopolski Rejestr Zabiegów Wewnątrznacyniowych — <http://www.angiologia.org.pl/site/dla-lekarzy/rejestrzabiegow>.

Praca wpłynęła do Redakcji: 7.06.2010 r.