

## Warsztaty Kardiologii Interwencyjnej *Joint Interventional Meeting* Rzym, 7–9 lutego 2002 roku

# Przepraszam, gdzie znajdę JIM-a?



Tomasz Pawłowski

Luty w Rzymie, maj w Paryżu, wrzesień w Waszyngtonie... Tak zapewne będą wyglądać przyszłoroczne zapiski w kalendarzu kardiologów interwencyjnych. A to dlatego, że tegoroczne spotkanie lekarzy zajmujących się kardiologią interwencyjną w Rzymie było nad wyraz udane. Rzymskie warsztaty, choć dla niektórych mogły się wydawać niejako powtórką z Paryża czy z Waszyngtonu, były jednak nieco odmienne. Dużą w tym zasługą Antonio Colombo i Martina Leona, którzy postarali się o to, aby dane przedstawiane przez wykładowców były jak najnowsze, a i transmisje z pracowni inwazyjnych obfitowały w nowości. Sądzę, że właśnie dla tych drugich przyjechało do Rzymu wielu z ponad 1000 uczestników. Być może są to ci, którym nie udało się dostać na kameralne spotkania (Tips & Tricks) z dr. Colombo w Paryżu.

Tematem przewodnim spotkania były oczywiście stenty uwalniające leki oraz leczenie ostrych epizodów wieńcowych. I w tej kwestii wszystkich, którzy oczekiwali rewelacyjnych, podobnych jak w przypadku badania RAVEL, wyników, spotkało rozczarowanie. Dr Leon przedstawił aktualne wyniki wszystkich najważniejszych prowadzonych badań w tej materii. Najważniejszym wnioskiem płynącym z tej prezentacji było stwierdzenie, że już nigdy nie będziemy świadkami badania, którego efektem będzie brak restenozy. Pewnie dlatego, że od stentów uwalniających leki oczekuje się skuteczności nie tylko w zmianach typu BENE-STENT, ale przede wszystkim

w chorobie wielonaczyniowej, u pacjentów z cukrzycą, ze zmianami bifurkacyjnymi i przewlekłymi zamknięciami. Przykładowo w badaniu SIRIUS, ASPECT czy ELUTES stwierdzono po kilka procent restenozy w grupie pacjentów, którym wszczepiono stenty pokrywane. Prowadzone obecnie przez ośrodek w Mediolanie badanie oceny skuteczności stentów pokrywanych w bifurkacjach także nie przynosi dotychczas rewelacyjnych wyników. Dzieje się tak dlatego, że stenty te są projektowane w celu zahamowania procesu proliferacji neointymy, a nie wpływu na rozwój miażdżycy. Ponadto, jak udowodnił dr Richter, budowa stentu i jego właściwości

geometryczne podczas implantacji mają decydujące znaczenie dla późniejszej dystrybucji leku. Najkorzystniejsze w tym względzie wydają się stenty o budowie typu „closed cells”. Zainteresowanych odsyłam do *Circulation* (2001). Z innych ciekawych rozwiązań, jakie prezentowano podczas warsztatów, należy wymienić stenty firmy JOMED z pokryciem ceramicznym czy rozpuszczający się stent Igaki-Tamai, teraz zmieszany z tranislatem.

Dyskusję o pokrywanych stentach zakończyło głosowanie przeprowadzone przez M. Leona. Przy cenie pojedynczego stentu w granicach 1800 dolarów, połowa ankietowanych będzie ich używała u 10–30% pacjentów, natomiast gdyby cenę obniżyć o połowę, aż 70% będzie je implantować u około 50% pacjentów.

Transmisje z pracowni kardiograficznych (Mediolanu, Siegburga, Waszyngtonu) tak zaplanowano, aby pokazać wszystkie rodzaje zabiegów wykonywanych przez kardiologów interwencyjnych. Zatem uczestnicy mieli okazję oglądać proste zabiegi angioplastyki (połączone oczywiście z implantacją aktywnych stentów), atektomię kierunkową, leczenie restenozy w stencie implantacją pokrywanych stentu, leczenie restenozy w stencie pokrywanych (!), brachyterapię, stentowanie tętnic szyjnych, przeszskórne zamykanie uszka lewego przedsionka czy transplantacje autologicznego szpiku kostnego do miokardium. Prezentowano także



nowinki techniczne. Nowym sposobem leczenia przewlekle zamkniętych tętnic wieńcowych może stać się Frontrunner. Urządzenie to bardzo przypomina kleszczyki do biopsji miokardialnej, jest jednak nieco mniejsze (3–4,5 Fr), a jego zasada działania opiera się na stopniowym wytwarzaniu mikrodissekcji w obrębie zamknięcia naczynia, aż do jego otwarcia. Drugim ciekawym urządzeniem jest balon do predylatacji — Fx MiniRail. Jest to swoista imitacja balonu tnącego, typu *monorail*, ale z krótkim, 15-milimetrowym nosem. Podczas inflacji lider angioplastyczny znajduje się więc pomiędzy ścianą naczynia a balonem. Drugi, krótki lider jest wmontowany w ściankę balonika. W rezultacie powstaje dyssekcja podobna jak po balonie tnącym, a bardziej kontrolowana (tylko dwa kierunki). Ostatnią nowinką techniczną był nowy aterektom kierun-



kowy, prezentowany przez dr. Simpsona. To urządzenie, na pierwszy rzut oka przypominające Flexicut firmy Guidant, jest jednak typu *monorail* i ma bardzo krótkie okienko tnące. Według zapewnień operatorów jest bardziej giętki, a jego profil jest na tyle mały, że urządzenie jest kompatybilne z cewnikiem 6Fr. Te cechy mają zapewnić renesans aterektomi kierunkowej, w przyszłości połączonej

ze stentowaniem, zwłaszcza po ogłoszeniu w marcu na ACC wyników badania AMIGO. Warto w tym miejscu zacytować Carlo Di Mario: „*A drug eluting stent is not a replacement for a good technique*”.

Podsumowując, należy podkreślić, że organizatorzy dołożyli wszelkich starań, aby minione warsztaty nie były kopią podobnych odbywających się w jakimkolwiek miejscu na świecie. Jeżeli ktoś chce „podpatrzeć” najlepszych operatorów przy najtrudniejszych przypadkach stosujących wyrafinowane techniki — zapraszam do Rzymu. Tym bardziej, że oprócz kardiologii interwencyjnej to miasto może zaoferować dużo więcej, ot — choćby tysiące lat historii...

*Pomorska Akademia Medyczna,  
Szczecin*