

Nasi w Paryżu

Tomasz Pawłowski

Paryż w maju... Czy może być lepsze miejsce na zorganizowanie Warsztatów Kardiologii Interwencyjnej? Chyba nie, dlatego po raz 12 w stolicy Francji spotkali się kardiolodzy i radiolodzy zajmujący się przezskórnymi zabiegami interwencyjnymi na naczyniach wieńcowych i obwodowych. W tym roku kongres po raz pierwszy odbył się w przestronnym i nowoczesnym *Palais Des Congres*.

Tradycyjnie program zaproponowany przez organizatorów obejmował wiele zagadnień związanych z kardiologią interwencyjną oraz zabiegami na naczyniach obwodowych, które coraz częściej wykonują kar-

diolodzy. Bezapelacyjnie przebojem tegorocznych Warsztatów były stenty uwalniające substancje aktywne. Wyniki pierwszych randomizowanych badań są obiecujące, a dalszy postęp w tej dziedzinie może stać się kolejnym krokiem milowym w kardiologii interwencyjnej. Więcej na ten temat piszą w swoich relacjach M. Lesiak oraz M. Kośmider. Wystarczy dodać, że każda firma produkująca stenty chce mieć w swoim asortymencie stenty uwalniające leki, czego dowodem może być ogłoszenie przez Medtronica fuzji z AVI Biopharma — korporacją prowadzącą badania nad Resten NG, substancją antysensowną.

Tytuł tego sprawozdania nie jest przypadkowy. Po raz pierwszy zauważono dużą polską aktywność w dziedzinie kardiologii. Dobrze przygotowane i przedstawione prezentacje R. Gila oraz D. Dudka dotyczące ultrasonografii wewnątrzwieńcowej zostały wysoko ocenione przez audytorium, w tym H. Mudrę i P. Fitzgeralda. Ale nie były to jedyne polskie akcenty. Swoisty konkurs na najlepszy opis przypadku (*Call for cases*) wygrał P. Skarżyński wraz z zespołem, a J. Wójcik zajął 4 pozycję.

Od kilku lat głównym tematem paryskich warsztatów są interwencje wieńcowe wykonywane z dostępu



foto: T. Pawłowski

Nasi w Paryżu: doc. Robert Gil w rozmowie z przedstawicielem firmy Medtronic, Tomaszem Kwietniem o nowych stentach



foto: T. Pawłowski

Nowe, przestronne centrum kongresowe zgromadziło tysiące lekarzy z całego świata

przez tętnicę promieniową. Specjalna sesja poświęcona temu zagadnieniu podsumowała dotychczasowe doświadczenia w tym zakresie (głównie francuskie), ale nie zabrakło nowości. Powszechnie wiadomo, że transradialny dostęp sprzyja szybkiemu powrotowi chorego do stanu normalnej aktywności życiowej, pozwala na wykonywanie procedur diagnostycznych w trybie ambulatoryjnym, a liczba powikłań miejscowo-krwotocznych jest istotnie mniejsza w porównaniu z klasycznym dostępem przez tętnicę udową. Dlatego na świecie podejmowane są próby leczenia ostrego zawału serca metodą pierwotnej angioplastyki wieńcowej. Dr Saito przedstawił pierwsze wyniki badania TEMPURA, porównującego w sposób losowy wyniki pierwotnej PTCR z dostępem transradialnego oraz transfemoralnego. U chorych leczonych przez tętnicę promieniową występowało istotnie mniej powikłań krwotocznych, całkowity czas zabiegu był krótszy, a koszty związane z hospitalizacją były niższe niż w grupie leczonej przez tętnicę udową. Aż 50,3% chorych z grupy transradialnej wypisano w 3. dobie (!!!), a podczas 6-miesięcznej obserwacji nie odnotowano u nich żadnych powikłań (!).

Po niepowodzeniu badania ADVANCE długie stenty znalazły się na cenzurowanym. Jednak jak wykaza-

li wykładowcy sesji poświęconej długim zmianom miażdżycowym (> 20 mm), stwierdzenie takiej zmiany w koronarografii nie oznacza skierowania chorego do kardiochirurga. Opublikowane wyniki badania TULIP oraz wyniki doświadczeń dr. Foleya wskazują, że kierowanie zabiegu za pomocą ultrasonografii wewnątrzwieńcowej może zapewnić dobry rezultat bezpośredni i odległy, nawet w przypadku implantacji długich stentów — wystarczy tylko zapewnić dobrą apozycję stentu oraz minimalne pole światła w stencie $> > 7$ mm². Kolejny mówca, B. Reimers, poświęcił cały swój wykład fokalnej implantacji stentów (*spot stenting*). Mimo że nie potwierdzono jeszcze skuteczności tego rodzaju strategii zabiegu w wielośrodkowych, randomizowanych badaniach i jest ono jedynie postępowaniem empirycznym, to angioplastyka balonowa optymalizowana ICUS lub pomiarami czynnościowymi zapewnia dobre wyniki. Przy takim podejściu stenty niezbędne są tylko do „sklejenia” najbardziej niebezpiecznych dyssekcji i tylko dzięki temu B. Reimers „może iść spokojnie spać”. Z kolei dr Kiesz na kilkunastu przeźroczeniach pokazał miejsce rotacji i atrektomii kierunkowej połączonej z fokalną implantacją stentów w długich zmianach.

Wiele czasu poświęcono pacjentom z wielonaczyniową lub tzw. skrajnie zaawansowaną chorobą wieńcową. Tu na uwagę zasługują badanie N. Piljsa i wsp. U osób z wielonaczyniową chorobą wieńcową (MVD) (identyczne kryteria włączenia jak w badaniu ARTS) przeprowadzili badanie randomizowane, w którym jedną grupę stanowili chorzy poddani CABG, zaś drugą poddawano inwazyjnemu badaniu cząstkowej rezerwy wieńcowej (FFR). Autorzy bardzo często stwierdzali nieistotność hemodynamiczną części zwężeń, a pozostałe poddawali angioplastyce wieńcowej. W okresie obserwacji okazało się, że częstość epizodów wieńcowych (MACE) była zbliżona, a koszty leczenia obu grup także były podobne. Sądzę, że wyniki tego badania wniosą wiele nowego do sposobu kwalifikacji chorych z MVD do zabiegu.

Tak jak w przypadku stentów pokrywanych substancjami aktywnymi, będziemy świadkami przełomu w przeszornym leczeniu skrajnie zaawansowanej choroby wieńcowej. Szeroko omówiono i zaprezentowano (niestety tylko w postaci animacji) założenia i sposób przeprowadzenia dwóch nowatorskich zabiegów. Pierwszym z nich była przeszorna arterIALIZACJA żył wieńcowych (PICVA,

percutaneous in situ coronary venous arterialization). Polega ona na identyfikacji biegnącej równolegle do zniszczonej (lub zamkniętej) tętnicy wieńcowej żyły, do której drogą nakłucia transnaczyniowego (tętnica-żyła) wprowadza się protezę (stent) kierującą przepływ tętniczy w obręb równoimiennej żyły, która ulega przerostowi i przejmuje funkcję tętnicy. Drugim ze wspomnianych zabiegów było zastosowanie rodzaju przezskórnych bypassów (PICAB, *percutaneous in situ coronary artery bypass*), polegające na ominięciu zamkniętego odcinka naczynia poprzez wszczępienie dwóch protez i dwóch korków blokujących przepływ żylny. W ten sposób wytwarza się przepływ tętnica-żyła-tętnica. Jak zapewnia firma Transvascular Tech. Inc., obie przedstawione metody będą sukcesywnie wprowadzane do praktyki klinicznej (również w Polsce).

Kolejnym *novum* zaprezentowanym w Paryżu były autoprzyszczepy. Co można zrobić w przypadku chorego po zawale serca, u którego powstała akinetyczna blizna, z której z biegiem czasu rozwinię się niewydolność serca? Okazuje się, że wiele. Firma BioHeart Co. opracowała metodę pobierania i namnażania komórek



foto. T. Pawłowski

A poza tym Paryż w maju...

miocytów mięśnia czworogłowego uda. Te same komórki, po 3 tygodniach inkubacji, są następnie implantowane w obręb blizny pozawałowej, gdzie się namnażają, tworząc nowy mięsień. Obecnie po fazie prób na zwierzętach przeprowadzono pierwsze zabiegi na ludziach (9 chorych) z bardzo dobrym wynikiem klinicznym.

Podsumowując, należy podkreślić, że paryskie Warsztaty Kardio-

logii Interwencyjnej są bardzo cennym spotkaniem, wnoszącym wiele do codziennej praktyki klinicznej, zwłaszcza w zakresie tych najtrudniejszych przypadków. A poza tym — Paryż w maju...!!!

*Samodzielna Pracownia
Hemodynamiki i Elektrofizjologii
Układu Krążenia PAM,
Szczecin*