

Amsterdam 2000

22. Kongres *European Society of Cardiology*, Amsterdam, 26–30 sierpnia 2000 roku

Mój pierwszy kongres

Tomasz Pawłowski

Amsterdam to idealne miejsce do cyklicznej organizacji kongresów naukowych. Różnorodność kultur i architektury oraz bogata historia miasta czynią je miejscem, do którego chce się wracać. Ta idea z pewnością przyświecała władzom Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, które już po raz drugi zdecydowały się na wybór Amsterdamu jako gospodarza kongresu. Dodatkowym atutem jest wspaniałe centrum kongresowe RAI, które w odróżnieniu od innych podobnych miejsc daje uczestnikowi poczucie ciepła i bezpieczeństwa.

Jednak nie miasto i jego walory były celem mojej podróży, a uczestnictwo w różnorodnych sesjach naukowych. Z racji swoich zainteresowań koncentrowałem się przede wszystkim na tematach związanych z kardiologią interwencyjną, choć nie tylko.

Sama organizacja kongresu zrobiła na mnie duże wrażenie. Dwadzieścia pięć sesji odbywających się w jednym czasie może nieco przytłaczać, ale były one tak zorganizowane, że uczestnik mógł brać udział praktycznie we wszystkich interesujących go spotkaniach. Muszę jednak przyznać, że wobec

ich mnogości nie byłem w stanie (fizycznie) wysłuchać doniesień z innych dziedzin niż kardiologia inwazyjna.

Już pierwsza sesja, w której uczestniczyłem, przyniosła wiele cennych informacji. Czynnościowa ocena zwężeń wieńcowych jest coraz szerzej wykorzystywana w codziennej praktyce, a badania dopplerowskie czy gradientu przezzwęż-

niowego mają duży wpływ na wybór metod i wynik zabiegu. Jednak każdy, kto zetknął się z tymi metodami, wie, ile czasu należy poświęcić, aby uzyskać wiarygodny wynik. Nową, krótszą i łatwiejszą metodę zaproponowali Pijls i wsp. Wykorzystali oni zasadę termodylucji do oceny rezerwy przepływu wieńcowego (CRF), która w porównaniu ze standardowym badaniem dopplerowskim jest

istotnie krótsza (4,5 min vs 7,1 min, $p < 0,05$) i bardzo dobrze z nim koreluje. Zresztą ocenie CRF poświęcona była cała sesja dydaktyczna. Omówiono w jej trakcie nie tylko inwazyjne podejście do problemu, ale także coraz szerzej stosowane techniki nieinwazyjne. Najbardziej chyba spektakularnych wyników dostarcza rezonans magnetyczny, jednak w znacznej mierze technika ta jest ograniczona tylko do dużych tętnic nasilczywych i wiąże się ze sporymi inwestycjami finansowymi, co w polskich warunkach wciąż jest bardzo trudne.

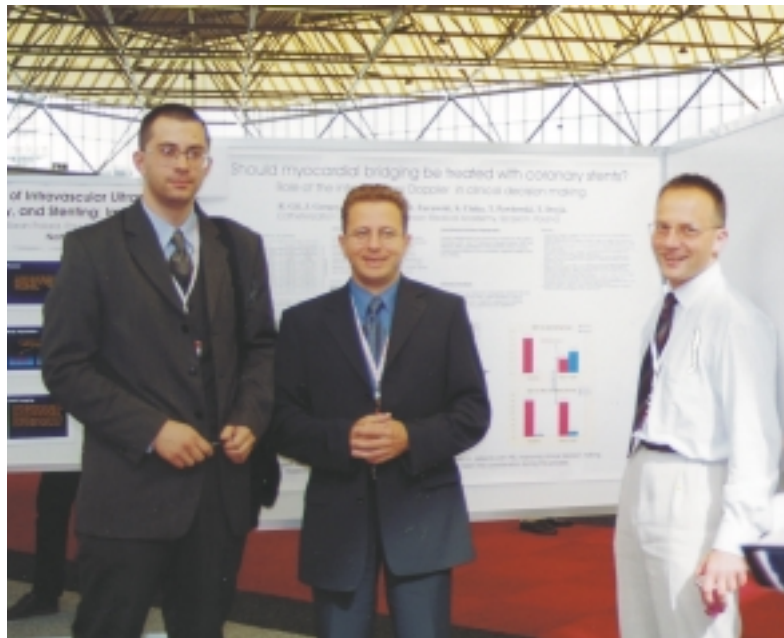
Coraz więcej można się spodziewać po echokardiografii. Badania przezklatkowe oraz przezprzełykowe pozwalają z dużą czułością i specyficznością zmierzyć CFR. Ograniczeniem tej metody jest niemożność uwidocz-



nienia całego przebiegu tętnicy wieńcowej. Jak dowodzą wyniki badań dr. Lamberta, jest to idealna metoda przesiewowa proksymalnego odcinka LAD dla pacjentów po PTCR. To, że fizjologiczna ocena zwężenia musi być przeprowadzana w każdym wątpliwym przypadku, potwierdza doniesienie badaczy holenderskich, którzy porównali wzrokową ocenę istotności zwężenia przeprowadzaną przez doświadczonych kardiologów z pomiarami cząstkowej rezerwy przepływu (FFR). Ocena wzrokowa nie może być jedyną przy kwalifikowaniu pacjenta do terapii przeszłonowej.

Od roku na różnych światowych i europejskich sesjach kardiologii interwencyjnej „królują” doniesienia dotyczące bezpośredniej implantacji stentów (*direct stenting*). W tym roku w Amsterdamie przedstawiono wyniki wielu randomizowanych badań. Wszyscy autorzy zgadzają się, że w porównaniu z metodą klasyczną, *direct stenting* oszczędza czas, pieniądze, zużywamy mniej kontrastu, operatorzy są krócej narażeni na promieniowanie, ale nie wpływa to na postulowane zmniejszenie częstości restenozy. Na tym tle bardzo korzystnie zaprezentowali się koledzy z Krakowa pod kierunkiem dr. Dudka, przedstawiając mechanizmy *direct stenting* w ocenie IVUS. Dodali oni do obecnego stanu wiedzy kolejną ważną informację — nowa technika nie ma wpływu na dystrybucję blaszki miażdżycowej w porównaniu z klasyczną implantacją stentów, a przez to prawdopodobnie nie wpływa na proces restenozy. Sądzę, że odpowiedź na pytanie, jaki standard wybrać przy przeszłonowych interwencjach, dadzą wyniki toczących się właśnie dość licznych badań, w tym naszego polskiego, dopiero rozpoczynającego się, wielośrodkowego badania DIPOL, koordynowanego przez ośrodek szczeciński.

Zresztą, czy warto implantować stent wewnątrzwieńcowy, gdy istnieje ryzyko restenozy (ISR), a wyniki jej leczenia nie są najlepsze? Kongres był właśnie miejscem starcia dwóch szkół leczenia restenozy w stencie — europejskiej (badanie ARTIST) i amerykańskiej (badanie ROSTER).



Dr Tomasz Pawłowski (od lewej), doc. Robert Gil i Artur Krzywkowski w kuluarach kongresu

kańskiej (badanie ROSTER). Według badaczy ARTIST wysokoobrotowa aterektomia rotacyjna z następczą niskociśnieniową angioplastyką balonową (< 6 atm), jest gorsza niż sama rotablacja, czemu przeciwni byli Amerykanie. Być może planowany już w przyszłym roku wspólny projekt badawczy da odpowiedź na to pytanie. Podobny problem dotyczy implantacji stentów pokrywanych. Zarówno złoto, jak i węgiel silikonu nie redukują występowania powikłań, a wręcz powodują, jak związki złota, proliferację neointymy w obrębie stentu. Z ciekawością czekam na wyniki toczącego się badania TRUST, porównującego pokryty związkami silikonu stent TENAX z innymi standardowymi, tym bardziej że wyniki badania TENISS nie wykazały jego przewagi nad stentem NIR.

Jednak rewolucja w tej dziedzinie dopiero nadchodzi. Dr P.W. Serruys, podczas wykładu poświęconemu Andreasowi Gruntzigowi, przedstawił wyniki zabiegów z uwalniającym rapamycynę lub pochodną taksolu stentem nowej generacji. W trakcie 6-miesięcznej obserwacji nie stwierdzono nawrotów zwężenia czy poważnych epizodów wieńcowych. Komentarz mógł być tylko jeden: „Proszę mnie nie szczypać, nie budzić, dalej chcę śnić, że to prawda”.

Wśród zgłoszonych do prezentacji prac znalazło się kilka dotyczących stentowania pnia lewej tętnicy wieńcowej. Duże grupy badanych (70–180 pacjentów), niska częstość restenozy i poważnych incydentów sercowych zdają się potwierdzać coraz większą rolę tej formy rewaskularyzacji we współczesnej kardiologii.

Na kongresie przedstawiono wyniki kilku bardzo ważnych, toczących się badań. Były one zgrupowane w sesjach typu „gorąca linia”. szkoda tylko, że z powodu braku miejsc na sali nie dane mi było w nich uczestniczyć. Jednak w kuluarach toczono żywe dyskusje na temat niepowodzenia badania GUSTO IV, dotyczącego niestabilnej choroby wieńcowej, korzystnego wpływu karwedilolu na przeżywalność u pacjentów z niewydolnością NYHA II–IV oraz zwiększonej częstości restenozy po zastosowaniu długich stentów w badaniu ADVANCE.

Podsumowując, muszę stwierdzić, iż był to dla mnie bardzo udany wyjazd, który dostarczył nie tylko przeżyć natury naukowej, ale także turystycznej. Bardzo dobra organizacja kongresu sprzyjała nauce i pozwalała dzielić się doświadczeniami z kolegami z innych krajów.

fot. Artur Krzywkowski