

O przemijaniu...

Nie, nie, to nie będzie filozoficzny tekst o życiu, jego sensie i o tym co nam grozi. To będzie tekst o trombektomii aspiracyjnej...

Jeśli ktoś poczuł się zawiedziony, to pragnę donieść, że w momencie pisania tego felietonu kończy się spotkanie CRT 2016 w Stanach Zjednoczonych, na którym przedstawiono kolejne dane odnośnie wyników stosowania trombektomii aspiracyjnej u chorych ze STEMI, w populacji szwedzkiego rejestru SCAAR. Cóż, wprawdzie nie udało się wykazać, że trombektomia zmniejsza ryzyko zgonu, ale przynajmniej w okresie 30 dni od zawału redukuje odsetek zakrzepicy w stencie! Niestety w późniejszym okresie już nie...

I tu włącza się mój krytycyzm. Intuicyjnie — jeśli widzę zakrzep w tętnicy, który wywołuje STEMI, to chcę się go pozbyć! Jak to zrobić? Są dwa „ekstra” rozwiązania. Jedno to podanie leków z grupy inhibitorów IIb/IIIa, w które wierzone przez wiele lat (pamiętam kampanie promocyjne jednego z leków...) jednak po tym jak okazało się, że nie zmniejsza to śmiertelności pacjentów, entuzjazm wśród kardiologów inwazyjnych opadł... Drugie rozwiązanie to trombektomia aspiracyjna. Tak, wiemy, że u podłoża wszystkich (lub prawie wszystkich) „prawdziwych” ostrych zespołów wieńcowych leży formowanie się mniejszego lub większego zakrzepu. Zakrzep, wiadomo, struktura krucha, która łatwo ulega rozkawałkowaniu i nikogo nie dziwi, że po predylatacji balonikiem jego fragment może popłynąć do dystalnego łóżyska wieńcowego, znacznie ograniczając krążenie i powodując poszerzenie strefy zawału itd. Z racjonalnego punktu widzenia należy ten zakrzep zlikwidować! Na podstawie tego przemyślenia, tysiące kardiologów inwazyjnych na całym świecie dokładało do kosztów zabiegu angioplastyki 100–200 dolarów, aby odessać skrzeplinę. Czasami dużą, czasami bardzo małą, a czasami wręcz taki biały szlam... Niestety, w niektórych przypadkach trombektomia (stosunkowo duże urządzenie, ang. *bulky*), powodowało redystrubucję zakrzepu i dystalną embolizację. Czasami, gdy zakrzep powstał na zmianie cieńszej niż 50–60%, urządzenie to wręcz powodowało dyssekcję ściany naczyniowej i konieczność stosowania dłuższego stentu. Co więcej — tak jak w badaniu TOTAL, stosowanie trombektomii było związane ze zwiększonym odsetkiem udarów mózgu. Wyniki ostatnich badań są, można powiedzieć, kłopotliwe dla racjonalnej interpretacji. Jeśli zestawi się wynik rocznej obserwacji badania TAPAS z wynikami badań TOTAL i TASTE, to jesteśmy w pewnym kłopotcie. Do tego meta-analiza dr Kumbhani opublikowana w 2013 roku...

Wyniki są być może zachęcające, jednak nie do końca... W tym momencie należy sięgnąć do europejskich wytycznych. Ich analiza jest jak kubek zimnej wody dla entuzjazmu kardiologów inwazyjnych (oczywiście

tych którzy wciąż wierzą w trombektomię...). Od 2009 roku trombektomia aspiracyjna ma klasę IIb, z poziomem B, przez chwilę awansując do klasy IIa, poziom A w wytycznych rewaskularyzacyjnych z 2010 roku. Co oznacza, że grono ekspertów ESC nigdy nie podzielało entuzjazmu praktyków klinicznych. Aby uzyskać odpowiedź na pytanie o rolę trombektomii, zaprojektowano i przeprowadzono wspomniane powyżej badania oraz inne, takie jak np. INFUSE-AMI oraz COCTAIL II. W pierwszym badaniu udowodniono, że dowieńcowy bolus abksimabu redukuje istotnie wielkość strefy zawału, ale trombektomia aspiracyjna już nie. W drugim badaniu również nie wykazano, że trombektomia poprawia istotnie nasierdżiowy przepływ wieńcowy.

Nasuwa się pytanie — robić czy nie robić trombektomii? Może tylko rozważyć? Może tylko w przypadku dużej objętości zakrzepu? Szczerze mówiąc, nie wiem, jednak w codziennej praktyce staram się ją przeprowadzać tylko w przypadku masywnego zakrzepu i tylko w przypadkach pacjentów, którzy trafią do pracowni do 6 godziny od momentu wystąpienia bólu. Bo wtedy jest on patofizjologicznie najbardziej podatny na wszelkie interwencje (zawiera najmniej fibryny a dużo zlepek krwinek).

Nie wiem, jak będą wyglądały wytyczne po ukazaniu się wszystkich wspomnianych publikacji. Sądzę, że nic się nie zmieni. Należy jednak stwierdzić, że entuzjazm przemija...

Na koniec wspomnę o czymś, co może przywrócić „blask” trombektomii. Jak pamiętacie Państwo, najlepszą techniką do zobrazowania zakrzepu jest OCT. Wielokrotnie wykazywaliśmy, że dzięki tej metodzie można ilościowo określić ile go jest i jakiego jest charakteru... Skoro jest to taka dokładna metoda, może użyjemy jej do oceny rezydualnego zakrzepu po trombektomii. Takie badania zostały już opublikowane. Cervinka oraz Escaned i współpracownicy wykonywali trombektomie aspiracyjną, potwierdzali w OCT brak zakrzepu lub jego istotną redukcję, nie implantując stentu czy wykonując chociażby angioplastyki balonowej. W kontrolnych koronarografiach po 7 dniach i/lub roku „było dobrze”. Może to jest zastosowanie dla trombektomii? Wszędzie tam gdzie istnieje taka możliwość, można spróbować tej techniki, licząc na gojenie naczynia bez dodatkowych wewnątrznaczyniowych rusztowań... No cóż, pożyjemy, zobaczymy czy pojawią się jakieś nowe ważne doniesienia w kwestii zakrzepów związanych z OZW... ■

ZAPRASZAMY NA SESJĘ NAUKOWĄ

Szanowni Państwo

W imieniu Komitetu Organizacyjnego 20. Warsztatów Kardiologii Interwencyjnej (WCCI) oraz Zarządu Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK, chcielibyśmy serdecznie zaprosić Państwa do udziału w sesji naukowej AISN PTK na temat:

„Plany rozwoju przezcewnikowego leczenia wad serca w Polsce. Czy możemy zapewnić pacjentom odpowiedni dostęp do tych zabiegów?”

Sesja odbędzie się w dniu **6 kwietnia 2016 r. godz. 10:00–12:00** w sali „C” Hotelu InterContinental, przy ul. Emilii Plater 49 w Warszawie.

Uprzejmie informujemy, że wszystkie wykłady będą prezentowane w języku polskim.

Liczymy na Państwa obecność i serdecznie zapraszamy!

Prof. dr hab. n. med. Robert Gil
Dyrektor WCCI

Prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski
Dyrektor WCCI

Prof. UJ, dr hab. n. med. Jacek Legutko
Przewodniczący AISN PTK