

# Nowa perspektywa w kardiologii

dr n. med. Piotr Żelazny

Oddział Kardiologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Olsztyn



Dzięki rozwojowi technicznemu współczesna kardiologia może w coraz większym stopniu pomagać chorym starszym z dużymi obciążeniami przedoperacyjnymi. Przewodnikowe wszczepianie zastawki aortalnej (TAVI) jest doskonałym przykładem tego trendu. Zabieg ten poprawia przeżywalność i jakość życia pacjentów

z ciężką stenozą aortalną w porównaniu z terapią zachowawczą [1]. Metoda jest porównywalna z klasycznym leczeniem chirurgicznym, jednak pozwala na wyeliminowanie wielu przeciwwskazań i powikłań, związanych z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego [2]. Oczywiście każda z dróg implantacji ma swoje zalety i wady. Dzięki naszym kolegom z Warszawy [3] kolejna bariera w Polsce jest już przełamana, nowa droga wszczepiania zastawki aortalnej została wprowadzona. Autorzy artykułu przedstawiają 2 przypadki przewodnikowej implantacji zastawki aortalnej z zastosowaniem dostępu przez aortę wstępującą. Udowodnili oni jedną podstawową rzecz, że jest to technika prosta i bezpieczna dla pacjenta, ponieważ na każdym jej etapie wykonujący mają możliwość łatwej konwersji, szczególnie przy ministernotomii, do użycia krążenia pozaustrojowego (ECC). Taka sytuacja jest dla zespołu implantującego bardzo komfortowa w porównaniu z dojściem przezudowym czy przezkoniuszkowym. Dlatego ten sposób implantacji może okazać się najbezpieczniejszy i powodujący najmniej powikłań. Najczęściej łatwiej jest zaszyć otwór w aorcie niż w koniuszku serca, bezpieczniejsze jest również przesuwanie implantu na 5–7-centymetrowym odcinku aorty wstępującej niż na całej jej długości, zwłaszcza u pacjentów starszych z dużymi zmianami miażdżycowymi [4]. Z tych powodów dostęp ten zasługuje na większą uwagę i głębsze rozważenie jego zalet. Ogólnie rzecz biorąc, kwalifikacja do zabiegu powinna być przeprowadzana przez *Heart Team*, często poszerzony o specjalistów z innych dziedzin medycyny w zależności od obciążeń przedoperacyjnych pacjenta. Procedura tego typu powinna być przeprowadzana nie w pracowni hemodynamicznej oddziału kardiologii, lecz w warunkach sali operacyjnej, najlepiej hybrydowej, z zabezpieczeniem ECC i sprzętu bloku operacyjnego. Wydaje się, że śródoperacyjna ultrasonograficzna ocena aorty z zastosowaniem sondy epikardialnej byłaby doskonałym uzu-

pełnieniem badania palpacyjnego i echokardiografii przezprętkowej. Pionierskie posunięcia zawsze przechodzą jednak pewnego rodzaju ewolucję. Dlatego jestem pełen uznania dla autorów pracy, że wykonali ten pierwszy krok. Ważnym czynnikiem ograniczającym stosowanie TAVI są względy ekonomiczne. Zabieg tego typu jest kilkukrotnie droższy niż wszczepienie zastawki metodą klasyczną. Warty podkreślenia jest również fakt nierozwiązanego do końca sposobu pełnej refundacji tej procedury pokrywającej rzeczywiste koszty [5]. Ogólnie uważam, że podejmowana problematyka jest bardzo istotna, szczególnie w przypadkach do tej pory wzbudzających największe kontrowersje i trudności dotyczące decyzji o kolejności postępowania np. we współistniejącej ciężkiej stenozie aortalnej i tętniaku aorty piersiowej czy brzusznej wymagającego leczenia inwazyjnego lub operacyjnego, w których procedura umożliwia jednoczesne leczenie tych dwóch ciężkich patologii drogą przeznaczyniową [6]. Podsumowując, TAVI jest zabiegiem na razie zarezerwowanym dla szczególnej grupy pacjentów, która w przyszłości powinna się poszerzyć zależnie od uzyskiwanych wyników i rozwoju infrastruktury potrzebnej w naszym kraju.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

## Piśmiennictwo

1. Zahn R, Gerckens U, Grube E et al. Transcatheter aortic valve implantation: first results from a multi-centre real-world registry. *Eur Heart J*, 2011; 32: 198–204.
2. Smith CR, Leon MB, Mack MJ et al. Transcatheter versus surgical aortic-valve replacement in high-risk patients. *N Engl J Med*, 2011; 364: 2187–2198.
3. Wilimski R, Huczek Z, Szczawiński W et al. Transcatheter aortic valve implantation using direct aortic access: first procedures in Poland. *Kardiol Pol*, 2012; 70: 486–493.
4. Soppa G, Roy D, Brecker S et al. Early experience with the transaortic approach for transcatheter aortic valve implantation. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2011 [Epub ahead of print].
5. Zembala M, Wilczek K, Przybylski et al. Raport POL-TAVIFIRST z zastosowania przez cewnikowej implantacji zastawki aortalnej typu Edwards-Sapien u pierwszych w Polsce 19 chorych z grupy bardzo dużego ryzyka, z ciężką stenozą aortalną i chorobami obciążającymi rokowanie. *Kardiol Pol*, 2009; 67: 936–940.
6. Drury-Smith M, Garnham A, Khogali S. Critical aortic stenosis in a patient with a large saccular abdominal aortic aneurysm: Simultaneous Transcatheter Aortic Valve Implantation and Drive-by Endovascular Aortic Aneurysm Repair. *Catheter Cardiovasc Interv*, 2012; doi: 10.1002/ccd.23452.