

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa;  
Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej, Polska Akademia Nauk, Warszawa



Powszechnie wiadomo, że skuteczny zabieg ablacji prądem o wysokiej częstotliwości (RF) szlaku dodatkowego potrafi całkowicie uwolnić chorego od kolejnych napadów uciążliwego częstoskurczu i przymusu przyjmowania leków antyarytmicznych, które nie są pozbawione działań niepożądanych. Z całą pewnością z tych powodów ablacja RF

jest chętnie wykonywana u chorych z zespołem WPW, którzy wyrażają zgodę na jego przeprowadzenie.

Mam nadzieję, że z powyższym „Angiogramem miesiąca” zapoznają się nie tylko kardiologowie interwencyjni, ale także elektrofizjologowie wykonujący zabiegi ablacyjne. Warto sobie uświadomić, że przy wyborze dostępu lewokomorowego, oprócz możliwości perforacji ściany komory, może również dojść do uszkodzeń pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej. Niestety elektrody ablacyjne są dużo sztywniejsze od cewników angiograficznych czy nawet prowadzących, wykorzystywanych do zabiegów angioplastycznych.

Chcę zwrócić uwagę, że u opisanej chorej objawy okluzji lewej tętnicy wieńcowej wystąpiły sporo czasu od przejścia elektrodą przez zastawkę aortalną. Sugeruje to, że początkowy uraz nie był wielki, jednak ze względu na pracę serca z czasem się pogłębiał. Nie jest wykluczone, że u tej młodej chorej występowała jakaś odmiana elastopatii, co ułatwia wystąpienie takiego powikłania.

Cóż, powikłania są nierozłącznie związane z zabiegami interwencyjnymi, dlatego najważniejsze są umiejętność ich szybkiego zdiagnozowania i wybór efektywnej metody ich leczenia. W opisanym powyżej przypadku tak właśnie się stało. Elektrofizjolog odstąpił od kontynuowania zabiegu ablacji, mając już zmapowaną lewą komorę. Doświadczony kardiolog interwencyjny w porozumieniu z kardiochirurgiem podjął się próby udrożnienia lewej tętnicy wieńcowej. Zabieg przeprowadził w osłonie inhibitora receptora płytkowego IIb/IIIa, sprawdzając przed tym, czy nie ma rozwarstwienia aorty i płynu w worku osierdziowym. Ze względu na wiek chorej i lokalizację uszkodzeń zastosował stenty lekowe, kończąc zabieg w rekomendowanej dla zmian bifurkacyjnych technice *kissing balloons*. W efekcie chora nie tylko przeżyła ostry okres powikłania, ale zachowała drożność leczonych tętnic i mogła być poddana ponownej próbie ablacji z wykorzystaniem innego dostępu. Tak na marginesie, wymagającego jeszcze większej wprawy i doświadczenia ze strony elektrofizjologa.

Podsumowując, pozwolę sobie podkreślić, że mimo iż powikłania ablacji RF nie należą do częstych, to jednak w pewnych sytuacjach klinicznych (a właściwie w określonych lokalizacjach miejsc poddawanych ablacji) lepiej wykonywać je w miejscach dysponujących co najmniej działającą 24 godziny na dobę Pracownią Kardioangiograficzną, że nie wspomnę o możliwości współpracy z dobrym echokardiografistą i kardiochirurgiem.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono