

## 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



Niewątpliwie rozpoczęta po ogłoszeniu w 2002 r. wyników badania SAPHIRE debata na temat miejsca stentowania w leczeniu zwężonych tętnic szyjnych wewnętrznych (CAS) należała (zwłaszcza w swojej pierwszej fazie) do niełatwych i obfitowała w tzw. „gorące momenty”. Środowiska kardiologiczne, uzyskawszy po raz pierwszy argumenty

na rzecz CAS, oczekiwały, że następne badania nie tylko potwierdzą przewagę CAS nad endarterektomią szyjną (CEA) w grupie chorych wysokiego ryzyka, ale jeszcze znacznie rozszerzą wskazania do niej, ograniczając istotnie znaczenie metody chirurgicznej. Niewątpliwie „kontratak” chirurgów naczyniowych w postaci wyników badań EVA-35 i SPACE był sporym zaskoczeniem, zwłaszcza przy braku reakcji świata medycznego na ograniczenia oraz słabości metodyczne obu tych badań (słabe przygotowanie operatorów do CAS i spory odsetek przypadków bez użycia systemów protekcyjnych). Jednak kolejne badania i rejestry nie przeważały szali na korzyść leczenia przezskórnego. Wydaje się, że kwestię aktualnej pozycji CAS w leczeniu zwężonych tętnic szyjnych rozstrzyga badanie CREST, z 4-letnim okresem obserwacji. Wynika z niego, że obie metody leczenia zwężonej tętnicy szyjnej, tj. CEA i CAS stosowane przez doświadczonych operatorów są akceptowalne w kwestii trwałości efektów i odsetka powikłań. Jednak warto pamiętać, że odsetek udarów był wyższy w grupie leczonej CAS (4,1% v. 2,3%) przy wyższym odsetku zawałów w grupie leczonej CEA (2,3% v. 1,0%) Cóż, przy obecnie dostępnym sprzęcie i ograniczeniach protekcji farmakologicznej CEA wydaje się bezpieczniejsza u chorych starszych i objawowych.

Niewątpliwie wyniki badania CREST sprzyjają ogłoszonym w 2009 r. zaleceniom leczenia zwężonych tętnic szyjnych, które nie promowały zbyt CAS. Kwalifikacja przypadku przedstawionego w powyższym „Angiogramie miesiąca” do leczenia przezskórnego była jak najbardziej słuszna. Zastosowany protokół, propagujący użycie 2 rodzajów systemów protekcji (SP), tj. proksymalnego i dystalnego, wymaga jednak krótkiego komentarza. Po pierwsze oznacza, że obecnie nie istnieje jeden w pełni efektywny system protekcji, a po drugie, podkreśla potrzebę wysokich umiejętności i doświadczenia operatora wykonującego zabiegi CAS. Z całą pewnością kardiologowie interwencyjni po fazie zachłyśnięcia się CAS są obecnie świadomi faktu, że tkanka mózgową dużo gorzej niż mięsień sercowy toleruje niedotlenienie i mikroembolizację. Zapewne z tego powodu ostatnio ściślej współpracują z neurologami przy kwalifikacji do leczenia zwężonych tętnic szyjnych i ocenie wyników CAS. Niewątpliwie odbywa się to z korzyścią dla chorych.

Na koniec pozwolę sobie jeszcze podkreślić, że właśnie prawidłowa kwalifikacja pacjentów i umiejętność wykorzystania dostępnych na rynku urządzeń SP połączona z ogromnym doświadczeniem nabytym podczas dużej liczby zabiegów jest najlepszym gwarantem dobrego efektu CAS. Niewątpliwie wszystkie te elementy są spełnione w ośrodku przedstawiającym powyższy przypadek. I nie ma większego znaczenia, że zabiegi CAS są tam wykonywane przez kardiologów interwencyjnych, a nie przez radiologów naczyniowych ściślej współpracujących z chirurgami naczyniowymi. Według mnie potwierdza to znaną już powszechnie prawdę, że problemem nie jest specjalizacja operatorów, ale ich umiejętności i doświadczenie.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono