

## „Heart team” w kardiologii dziecięcej od zawsze

prof. dr hab. n. med. Grażyna Brzezińska-Rajszyś

Pracownia Cewnikowania Serca i Angiografii, Instytut „Pomnik — Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa



W środowisku kardiologicznym ostatnio stało się popularne mówienie/tworzenie tzw. „heart team” — zespołów lekarzy różnych specjalności, przede wszystkim kardiologów interwencyjnych i kardiochirurgów, podejmujących decyzje dotyczące strategii leczenia dorosłych pacjentów kardiologicznych. Natomiast kardiologia dzie-

cięca, w jej pełnym wymiarze diagnostyczno-terapeutycznym, nie istnieje i nigdy nie istniała bez realnej, codziennej współpracy wszystkich zespołów medycznych uczestniczących w procesie diagnostyczno-terapeutycznym pacjentów. Może to wynikać z wielu czynników, z których istotne w mojej ocenie są: różnorodność wad wrodzonych układu sercowo-naczyniowego, konieczność ich leczenia u pacjentów w różnym wieku oraz coraz szersze i lepsze możliwości leczenia chirurgicznego i/lub interwencyjnego. Jak widać z bieżącej praktyki, życie nakazuje znajdowanie nowych, niestandardowych na dzisiaj rozwiązań terapeutycznych. Wynika to m.in. ze stale obniżającego się wieku pacjentów i analizy wyników dotychczas stosowanego leczenia. Opis interesującego przypadku opracowany przez Dryżka i wsp. [1] jest najlepszym przykładem takiego wielospecjalistycznego, ale jednocześnie zespołowego działania w niestandardowej sytuacji klinicznej.

Leczenie interwencyjne większości form anatomicznych koarktacji aorty u starszych dzieci i dorosłych stanowi uznaną terapię z wyboru [2]. Natomiast leczenie chirurgiczne jest standardem u najmłodszych dzieci. Należy jednak podkreślić, że złożone zwężenia aorty obejmujące często jej łuk i cieśń oraz mała masa ciała pacjenta (< 2500 g) podnoszą ryzyko operacji i częstość pooperacyjnych zwężeń mimo stosowania nowych technik operacyjnych [3]. W takich sytuacjach implantacja stentu umożliwiającego zabezpieczenie przepływu przez aortę, poprawę stanu klinicznego i ostatecznie odłożenie nawet o kilka miesięcy zabiegu operacyjnego jest uzasadniona i staje się interesującą opcją, najczęściej etapowego (na poziomie aktualnej technologii) leczenia.

Od kilku lat w niektórych ośrodkach kardiologii dziecięcej u wcześniaków, pacjentów z małą masą ciała i w złożonych formach koarktacji aorty stosuje się takie leczenie etapowe [4, 5]. Implantacja stentu, najczęściej stentu wieńcowego, umożliwia przeprowadzenie wcześniaka/novorodka przez trudny okres adaptacji poporodowej, poprawę warun-

ków anatomicznych i zaplanowanie zabiegu operacyjnego w optymalnym czasie.

Ta sama taktyka dotyczy najmłodszych pacjentów z objawami wczesnego nawrotu pooperacyjnego zwężenia aorty, u których powtórna operacja może się wiązać z wysokim ryzykiem [4, 5]. Warto zaznaczyć, że dotyczy to najczęściej noworodków leczonych z powodu złożonej koarktacji aorty, po operacji przerwanego łuku aorty i po pierwszym etapie leczenia zespołu hipoplazji lewego serca (HLHS) [6]. Praktycznie każda z tych podgrup ma swoje odrębności, ale szczególnie uwagę należy zwrócić na pacjentów z HLHS. Obciążenie następcze w tych przypadkach pojedynczej prawej komory ma istotny wpływ na dalsze rokowanie, dlatego leczenie zwężeń aorty u tych niemowląt powinno być bardzo intensywne.

Postępowanie we wszystkich wspomnianych powyżej sytuacjach musi być wynikiem wspólnego podejmowania i akceptowania decyzji zespołów kardiologicznego i kardiochirurgicznego.

Nakreślone problemy noworodków i niemowląt z wrodzoną i pozabiegową koarktacją aorty są jedynie przykładem konieczności bieżącej adaptacji możliwości terapeutycznych do nowych wyzwań, a jednocześnie uzasadniają konieczność funkcjonowania kardiologii dziecięcej w systemie „heart team” od zawsze i na zawsze.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

### Piśmiennictwo

1. Dryżek P, Ostrowska K, Góreczny S, Moszura T, Politowska B, Sysa A. Wykorzystanie stentu w leczeniu wtórnego zwężenia łuku aorty w okresie niemowlęcym. *Kardiologia Polska*, 2012; 70: 60–62.
2. Baumgartner H, Bonhoeffer P, De Groot NM et al. ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease (new version 2010). *Eur Heart J*, 2010; 31: 2915–2957.
3. Karamlou T, Bernasconi A, Jaeggi E et al. Factors associated with arch reintervention and growth of the aortic arch after coarctation repair in neonates weighing less than 2.5 kg. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2009; 137: 1163–1167.
4. Gorenflo M, Boshoff DE, Heying R et al. Bailout stenting for critical coarctation in premature/critical/complex/early recoarcted neonates. *Catheter Cardiovasc Interv*, 2010; 75: 553–561.
5. Bentham J, Shettihalli N, Orchard E, Westaby S, Wilson N. Endovascular stent placement is an acceptable alternative to reoperation in selected infants with residual or recurrent aortic arch obstruction. *Catheter Cardiovasc Interv*, 2010; 76: 852–859.
6. Holzer RJ, Chisolm JL, Hill SL, Cheatham JP. Stenting complex aortic arch obstructions. *Catheter Cardiovasc Interv*, 2008; 71: 375–382.