

# Kilka uwag dotyczących stentowania przegrody międzyprzedsionkowej

prof. dr hab. n. med. Jacek Białkowski

Kliniczny Oddział Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze



Przeżycie dzieci z hemodynamicznie jednokomorowym sercem [np. z atrezią zastawki trójdzielnej czy hipoplazją lewego serca (HLHS)] zależy od swobodnej komunikacji w przegrodzie międzyprzedsionkowej (IAS). W przypadku HLHS będzie od tego zależne odbarczenie lewego przedsionka, którego podwyższone ciśnienie wynika ze

zmian obstrukcyjnych lewej komory i/lub aorty wstępującej. W późniejszym okresie, już po operacjach naprawczych HLHS, od szerokości połączenia międzyprzedsionkowego będzie zależało swobodne napełnianie prawej komory.

Gratuluje Autorom determinacji we wprowadzaniu do praktyki klinicznej nowych metod leczenia dzieci z sercem jednokomorowym związanym z różnymi postaciami HLHS [1]. Praca powstała w ośrodku od lat zajmującym się leczeniem tej najtrudniejszej grupy pacjentów. Umożliwienie tym dzieciom przeżycia najwcześniejszego okresu niemowlęcego daje szansę na wykonanie w okresie późniejszym dalszych etapów paliatywnego leczenia kardiochirurgicznego (np. całkowitego zespolenia kawopulmonarnego). Docelowo jednak chorzy ci będą w przyszłości kandydatami do przeszczepu serca. Opisana przez Autorów technika zakładania stentów w celu poszerzenia IAS, choć opublikowana ok. 10 lat temu [2], wymaga bardzo dużego doświadczenia w kardiologii interwencyjnej i jest zarezerwowana dla najlepszych zespołów. Bardzo dobre wyniki uzyskane przez Autorów potwierdzają ich wysoki kunszt i profesjonalizm.

Podczas analizy artykułu nasunęło mi się kilka refleksji. Pierwsza dotyczy szczegółów technicznych, a mianowicie konieczności wyposażenia pediatrycznych pracowni hemodynamiki w dwupłaszczyznowy system lamp rentgenowskich. Ułatwia to znacznie pracę, skraca czas zabiegu i redukuje ilość stosowanego kontrastu. Brak takiego wyposażenia w pracowni

hemodynamiki Autorów oraz w większości innych ośrodków w kraju jest niepokojącym standardem odbiegającym od norm światowych.

Wykonywanie balonowej atrioseptomii (BAS) u noworodków należy do podstawowych technik pediatrycznej kardiologii interwencyjnej. Zabiegi te mogą być przeprowadzane w sali intensywnego nadzoru, bez konieczności zastosowania fluoroskopii [3]. W piśmiennictwie udokumentowano wyższość techniki implantacji stentów w IAS nad BAS u starszych dzieci [4].

Inny poważny problem, który dotyczy dzieci z HLHS, to ciągłość IAS. Autorzy w swoim doniesieniu opisywali poszerzanie restrykcyjnego ubytku międzyprzedsionkowego. Sytuacja jest jeszcze bardziej dramatyczna w przypadku braku jakiegokolwiek komunikacji między przedsionkami. W tym przypadku najlepszą metodą wydaje się perforacja IAS za pomocą prądu o wysokiej częstotliwości [5]. Kolejnym etapem poszerzania tej przegrody będzie zastosowanie BAS lub implantacja stentów.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

## Piśmiennictwo

1. Moszura T, Dryżek P, Góreczny S et al. Stent implantation into the interatrial septum in patients with univentricular heart and a secondary restriction of internal communication. *Kardiol Pol*, 2011; 69: 1137–1141.
2. Gewelling M, Boshoff D, Mertens L. Creation with stent of unrestrictive lasting atrial communication. *Cardiol Young*, 2001; 12: 408–411.
3. Białkowski J, Nahirny R, Karwot B et al. Balloon atrial septostomy under echocardiographic control. *Klin Perinat Ginek*, 1994; suppl. VI: 67–69.
4. Iyad A-A, Petit C, Gillespie JJ. Comparison between stenting and balloon interventions for intact or restrictive atrial septum in hypoplastic left heart syndrome. *Catheter Cardiovasc Interv*, 2006; 67: 837.
5. Justino H, Benson LN, Nykanen DG. Transcatheter creation of an atrial septal defect using radiofrequency perforation. *Catheter Cardiovasc Interv*, 2001; 54: 83–87.