

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Mam nadzieję, że Czytelnicy *Kardiologii Polskiej* podzielają mój pogląd, że w dziale *Angiogram miesiąca* pojawiają się coraz bardziej złożone i trudne przypadki, których analiza może pomóc w praktyce klinicznej każdemu lekarzowi zaangażowanemu w szeroko pojętą kardiologię inwazyjną.

Niewątpliwie powyższy *Angiogram miesiąca* można śmiało zaliczyć do edukacyjnych. Przedstawia on historię stosunkowo młodego chorego leczonego metodą pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG) 6 lat wcześniej, który trafił do szpitala z objawami ostrego zespołu wieńcowego (OZW). Chory ten zgodnie z zasadami został poddany koronarografii, której obraz nie tłumaczył przyczyn dolegliwości. Oczywiście doświadczony kardiolog interwencyjny, pamiętając o przebytych przez chorego zabiegach CABG, kontynuował badanie, usiłując skontrolować oba pomosty i w przypadku tętnicy piersiowej lewej odkrył niedrożność tętnicy podobojczykowej lewej (TPL). I tutaj pozwolę sobie na pierwszą uwagę.

Z moich obserwacji wynika, iż specyfika budowy ściany tętnicy piersiowej wewnętrznej (tzw. typ elastyczny) odpowiedzialna za niepodatność na rozwój miażdżycy, tak często podkreślana przez kardiochirurgów, skutecznie usypia czujność lekarzy w uznawaniu jej za naczynie odpowiedzialne za OZW (zwłaszcza u chorych po CABG z użyciem tej tętnicy). Według mnie właśnie z tego powodu w takich przypadkach najpierw myślimy o tętnicach epikardialnych, a dopiero później innych przyczynach wystąpienia OZW. Nie zamierzam oczywiście „zakłamywać” potwierdzonych w sprawie tętnicy piersiowej wewnętrznej faktów, jednak myśląc o jej długowieczności (najczęściej używana jest lewa tętnica piersiowa wewnętrzna – LIMA), zapominamy, iż do prawidłowej jej funkcji niezbędna jest jeszcze drożność tętnicy podobojczykowej lewej (TPL). Tętnica ta ma stosunkowo dużą średnicę, ale daleko jej do niepodatności miażdżycowej tętnicy piersiowej wewnętrznej. Między innymi z tego powodu w wielu ośrodkach (głównie niemieckich) przed wykonaniem CABG obowiązuje wykonanie arteriografii TPL. Z pewnością takie podejście pozwala na wykrycie istotnych zwężeń oraz na ich leczenie przedoperacyjne. Problemem jest oczywiście stwierdzenie u takich pacjentów tzw. zwężeń pośrednich, których znaczenie czynnościowe, a tym samym ewentualne leczenie (przede wszystkim

z wykorzystaniem stentów) powinno się opierać na pomiarach wielkości gradientu przezświetniowego (np. w *duplex doppler*) czy wewnątrznaczyniowym badaniu ultrasonograficznym (IVUS). W rzeczywistości klinicznej końcowa decyzja opiera się najczęściej na ocenie wzrokowej, a ta raczej skłania do odstępowania od zabiegu rewaskularyzacji. Następstwa takiego podejścia zależą od dynamiki progresji procesu miażdżycowego, który jak wiadomo, jest osobniczo zmienny.

Okres 6 lat, które minęły od operacji CABG u omawianego chorego, dowodzi raczej procesu miażdżycowego *de novo*, czego na podstawie dostępnych narzędzi diagnostycznych nie można było w 100% przewidzieć w momencie kwalifikacji do CABG. Między innymi z tego względu u chorego bez objawów kwalifikowanego do rewaskularyzacji kardiologicznej arteriografia TPL nie jest obowiązkowa. Pozwolę sobie niejako na marginesie wspomnieć, iż w kierowanej przeze mnie Klinice podczas koronarografii preferujemy dostęp promieniowy lewy, dzięki czemu bardzo szybko orientujemy się w problemach z drożnością TPL.

Sam zabieg rekanalizacji TPL został bardzo dobrze opisany, a w dyskusji autorzy zawarli większość interesujących i ważnych aspektów tej procedury. Na podkreślenie zasługuje jednak fakt, że w przypadku zabiegów na TPL ważna jest lokalizacja zwężenia czy okluzji w stosunku do tętnicy kręgowej. Wiąże się to przede wszystkim ze stopniem zagrożenia embolizacją mózgową podczas zabiegu rewaskularyzacyjnego. Jest ono większe w przypadku lokalizacji przed tętnicą kręgową, dlatego panuje przekonanie o słuszności stosowania protekcji dystalnej (stosowne filtry). Istotne zwężenie tętnicy kręgowej lewej działa jednak niejako protekcyjnie, minimalizując prawdopodobieństwo ewentualnego zatoru mózgowego, tak jak to miało miejsce u omawianego chorego. Przy czym w przypadku kwalifikacji takiego zwężenia do leczenia przezskórnego zaleca się stosowanie ww. protekcji dystalnej. Warto jednocześnie podkreślić, iż coraz częściej spotyka się opinię, że do leczenia istotnie przewężonej tętnicy kręgowej powinno się używać stentów z grupy uwalniających lek antyproliferacyjny (DES), które zapewniają lepsze wyniki odległe.

Na zakończenie chciałbym się podzielić drugą swoją uwagą. Otóż w moim przekonaniu omawiany przypadek jednoznacznie pokazuje, że kardiologowie inwazyjni powinni mieć prawo i możliwości wykonywania zabiegów na tętnicach obwodowych. Wręcz nie wyobrażam sobie sytu-

acji, kiedy to po stwierdzeniu przyczyny OZW zaprezentowanej w powyższym opisie przypadku mielibyśmy wstrzymać się z zabiegiem angioplastycznym i poszukiwać chirurga naczyniowego oraz radiologa inwazyjnego, czyli tych specjalistów, którzy są uprawnieni (!) do wykonywania zabiegów na tętnicach obwodowych. Jeśli jeszcze założymy sytuację (wcale nierzadką), iż taki chory trafia do kardiologa interwencyjnego nad ranem w niedzielę i do tego w szpitalu bez oddziału chirurgii naczyniowej oraz bez pracowników radiologii inwazyjnej, to właściwie nie pozostaje nic innego, jak szukać dyżurnego szpitala spełniającego wymagane przez NFZ warunki i organizować dla chorego

transport. No cóż, w takiej sytuacji czas ucieka, koszty rosną, a chory pozostaje w stanie zagrożenia życia. A przecież kardiolodzy interwencyjni swoją codzienną pracą udowadniają, że bez większych problemów radzą sobie z przeskórnym leczeniem tętnic obwodowych, a jeśli widzą problemy, to znajdują dobrze współpracujących chirurgów naczyniowych oraz radiologów inwazyjnych. Dlatego też ponownie zwracam się z apelem, aby o zgodzie NFZ na tzw. zabiegi endowaskularne decydowały umiejętności ludzi, którzy je wykonują, a nie tylko fakt posiadania lub praktykowania określonej specjalizacji!