

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Powyższy *Angiogram miesiąca* w doskonały sposób obrazuje możliwości współczesnej kardiologii interwencyjnej. Bez wątplenia ogromne doświadczenie operatorów połączone z coraz lepszym sprzętem angioplastycznym (m.in. specjalne przewodniki, cewniki balonowe o ultraniskim profilu czy specjalne mikrocewniki zastosowane przez autorów) pozwala na wykonywanie zabiegów, o których jeszcze niedawno „nikomu się nawet nie śniło”.

Zgodnie z obowiązującymi przez lata zasadami, po stwierdzeniu perforacji naczynia z przewlekłym zamknięciem (ang. *chronic total occlusion*, CTO) podczas zabiegu rekanalizacji należałoby go przerwać i ewentualnie próbować powtórzyć za pewien czas (oczywiście pod warunkiem skutecznego leczenia metodami dostępnymi kardiologowi interwencyjnemu, tj. podanie siarczanu protaminy, zastosowanie przedłużonej inflacji balonikiem angioplastycznym w miejscu lub powyżej perforacji oraz ewentualnie perikardiocenteza). Takie podejście opierało się na przekonaniu, że kontynuowanie zabiegu drogą klasyczną, tj. zgodnie z kierunkiem przepływu krwi (ang. *antegrade*), wiąże się z wysokim prawdopodobieństwem poszerzenia perforacji, a tym samym doprowadzenia do załamania hemodynamicznego chorego. Opisany przez naszych kolegów z Korei przypadek skutecznej rekanalizacji metodą *retrograde* (proponuję przyjąć polską nazwę – udrożnienie metodą wsteczną) pokazuje jednak, że zabezpiecza ona chorego przed skutkami perforacji, a jednocześnie przed koniecznością podjęcia kolejnej próby przezskórnej udrożnienia CTO. Oczywiście ta coraz bardziej popularna metoda wymaga posiadania w pracowni wysoce specjalistycznego sprzętu (aczkolwiek w przypadku wykorzystywania pomostów żylnych lub tętnicznych wymogi sprzętowe są dużo mniejsze niż przy wykorzystywaniu własnych naczyń obocznych, czyli tzw. kolateralii septalnych czy epikardialnych) oraz odpowiednio doświadczonych kardiologów interwencyjnych. Niewątpliwie, zwłaszcza to ostatnie nie jest łatwe do osiągnięcia, ale stosowne założenia dotyczące szkolenia lekarzy stworzył już Europejski Klub CTO (klub współpracujący z EAPCI, grupujący najbardziej doświadczonych kardiologów interwencyjnych nie tylko z Europy).

W moim przekonaniu zaprezentowany przypadek jednoznacznie dowodzi, że szkolenie kardiologa interwencyjnego jest procesem ciągłym oraz że biorąc pod uwagę rozwój nauki i technologii materiałowej, jeszcze nie raz okaże się, że granice „niemożności” w naszej dziedzinie trzeba będzie poszerzać.

Właściwie nie pozostaje mi nic innego, jak pogratulować autorom uzyskanego wyniku, a polskiemu ośrodkowi kardiologii interwencyjnej życzyć, aby jak najszybciej w każdym z nich pojawili się operatorzy potrafiący korzystać z techniki udrożnienia metodą wsteczną (i to nie tylko z wykorzystaniem pomostów przeszczepionych – niewątpliwie łatwiejszej jej formy) oraz żeby NFZ jak najszybciej stworzył odpowiednio płatną procedurę (która niestety nie należy do tanich!). Nie ulega żadnej wątpliwości, iż w ten sposób NFZ przyczyniłby się do jej upowszechnienia. Byłoby to ułatwienie dla współpracujących z nami kardiochirurgów, zwłaszcza w przypadkach powikłanych zabiegów udrożnienia.

Na zakończenie jedna uwaga – nie byłbym sobą, gdybym nie podzielił się z Czytelnikami ważną w moim przekonaniu sprawą. Otóż kwalifikacja do opisywanego zabiegu nie budzi moich emocji: obraz angiograficzny – praktyczny brak prawej tętnicy wieńcowej (RCA), słabo wydolny pomost do końcowej części lewej tętnicy okalającej (LCX) – nawet bez przedstawienia konkretnych wyników prób obciążeniowych mnie przekonuje. Jestem nawet w stanie zrozumieć, iż przy uznaniu przewagi naczyń własnych nad pomostem żylnym (niestety nie znamy jego wieku) zrezygnowano z poprawy jego drożności w pierwszym etapie przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI) na rzecz udrożnienia LCX. Muszę jednak przyznać, iż nie do końca rozumiem decyzję o implantacji stentu uwalniającego lek (DES) w końcowym odcinku ww. pomostu żylnego wykorzystywanego w trakcie zabiegu. Przecież w takiej sytuacji należało się liczyć z wystąpieniem problemu kompetycyjnego przepływu (!), a w jego konsekwencji z zamknięciem się wspomnianego pomostu lub – co jest raczej mniej prawdopodobne – udrożnionej LCX. Osobiście wstrzymałbym się z ewentualnym stentowaniem SVG do momentu oceny wyniku udrożnienia LCX. Dobry wynik tego ostatniego byłby dla mnie powodem do zakończenia zabiegu PCI.