

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Przewlekłe zamknięcie tętnicy wieńcowej (ang. *chronic total occlusion*, CTO), wcale nierzadkie znalezisko w koronarografii, wydaje się w tej chwili największym wyzwaniem dla kardiologa interwencyjnego. Zabiegi tzw. rekanalizacji CTO są w przeważającej większości czasochłonne, wymagają użycia sporej ilości sprzętu angioplastycznego, do tego obarczone są stosunkowo dużym odsetkiem niepowodzeń (50–40%) czy nawrotnego zwężenia (do 50%) oraz możliwością wystąpienia powikłań, w tym również groźnych dla życia (okluzja lub perforacja tętnicy). Atrakcyjność przeszłokrótnego odtworzenia światła tętnicy z CTO oraz ograniczenia metod chirurgicznych (np. w przypadku jednonaczyniowej choroby wieńcowej dotyczącej tętnicy okalającej lewej oraz prawej wieńcowej) powodują, iż w tej dziedzinie udało się uzyskać istotny postęp. Polega on z jednej strony na zwiększeniu efektywności klasycznych narzędzi rekanalizacyjnych (różnego typu przewodniki angioplastyczne oraz niskoprofilowe cewniki balonowe), a z drugiej na tworzeniu specjalnych urządzeń odtwarzających światło naczynia poprzez usuwanie materiału zamykającego (aterektomy, lasery).

Zagadnienie rekanalizacji CTO nie należy, jak widać, do prostych. Już choćby w przypadkach przedstawionych powyżej, szalenie istotną sprawą jest zasadność wskazań klinicznych do takiego zabiegu. Teoria „otwartej tętnicy” jest bardzo atrakcyjna, jednak wyniki badania OAT jednoznacznie wykazały, że automatyczna kwalifikacja niedrożnej tętnicy do zabiegu PCI nie przekłada się na jednoznaczny korzyść kliniczną dla chorego.

Technika *retrograde* (proponowałbym raczej polską nazwę: „rekanalizacja drogą wsteczną”) jest bardzo interesująca i przydatna przede wszystkim w przypadkach nieskuteczności zabiegów drogą klasyczną (tj. od ujścia naczynia – *antegrade*), ale również przy braku wskazań czy

możliwości wykonania zabiegu kardiologicznego. W ogromnej większości przypadków w technice *retrograde* rekanalizowana jest prawa tętnica wieńcowa, dużo rzadziej przednia zstępująca, a już zupełną rzadkością jest okalająca lewa. Decyduje o tym oczywiście anatomia krążenia wieńcowego.

Nie jest łatwo określić, jaki odsetek rekanalizacji CTO może, czy też powinien być wykonywany w omawianej powyżej technice. W obecnym stanie jej rozwoju szacuję tę wielkość na maksymalnie do 5%. Jest jednak wielkie prawdopodobieństwo, że ta metoda rekanalizacji będzie stosowana częściej, głównie ze względu na stałe doskonalenie narzędzi niezbędnych do jej wykonywania (np. nowe mikrocewniki umożliwiające wkręcenie się w zmianę – Tornus).

W moim przekonaniu omawiana technika jest bardzo obiecująca i w odróżnieniu od tych, w których usiłowano wykorzystać własne żyły sercowe chorego (m.in. *by-pass in situ*), są szanse na jej powszechne wykonywanie przez odpowiednio przeszkolonych operatorów.

Jak każda metoda leczenia, i ta ma jednak słabe strony. Należą do nich czasochłonność (średni czas przekracza 3 godz., a 6–7 godz. nie jest rzadkością), kosztochłonność (liczne przewodniki, mikrocewniki, baloniki angioplastyczne, a nierzadko i stenty), duże obciążenie środkami kontrastującymi (co sprzyja wystąpieniu niewydolności nerek) oraz promieniowaniem RTG (możliwe powikłania skórne oraz hematologiczne).

Przypadek przedstawiony w niniejszym *Angiogramie miesiąca* nie należy do tej grupy zabiegów, które nazywane są „heroicznymi”. Otóż trwał on poniżej 2 godz., użyto 600 ml kontrastu, stosunkowo niewielkiej (jak na *retrograde* CTO!) ilości sprzętu angioplastycznego i nie był powikłany żadnymi problemami klinicznymi. Należy podkreślić, iż zabieg ten jest przykładem właściwej kwalifikacji klinicznej oraz dużych umiejętności wykonującego go kardiologa interwencyjnego. Dlatego nie pozostaje mi nic innego, jak tylko mu pogratulować.