

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Powyższy przypadek kliniczny jest kolejnym dowodem na to, że kardiolog inwazyjny powinien mieć prawo (a właściwie obowiązek!) wykonywania arteriografii oraz angioplastyki tętnic obwodowych. Analizując ten przypadek, nietrudno sobie wyobrazić, co działoby się dalej z chorym, gdyby przyjmujący go na dyżurze kardiolog nie mógł prak-

tycznie wykorzystać swojej wiedzy oraz umiejętności. W najlepszym razie rozpoznanie przyczyn nadciśnienia tętniczego odsunęłoby się w czasie.

Zwężenie tętnicy nerkowej jest jedną z najczęstszych przyczyn wtórnego nadciśnienia tętniczego. Występuje u ok. 1–2% całej populacji chorych na nadciśnienie tętnicze. Do jego głównych przyczyn należą miażdżycy – występująca głównie u ludzi starszych, stanowiąca ok. 75% przypadków, oraz dysplazja włóknisto-mięśniowa tętnicy nerkowej – spotykana u osób młodszych, odpowiadająca za ok. 25% przypadków.

Zwężenia pochodzenia miażdżycowego zlokalizowane są głównie w ujściu lub w proksymalnym odcinku tętnicy nerkowej, dysplazja włóknisto-mięśniowa dotyczy głównie odcinka środkowego oraz dystalnego.

Typowy chory na nadciśnienie tętnicze naczynionerkowe o podłożu miażdżycowym to mężczyzna w wieku ponad 50 lat, z wysokimi wartościami ciśnienia pomimo intensywnego leczenia hipotensyjnego, z niewydolnością nerek niejasnego pochodzenia oraz z epizodami gwałtownie pojawiającej się ostrej lewokomorowej niewydolności serca przy zazwyczaj nieupośledzonej frakcji wyrzutowej lewej komory.

Wcale nierzadko zdarza się, że chory w stanie ciężkim, z rozwiniętym obrzękiem płuc, zwłaszcza jeśli trafi do ośrodka pozbawionego pracowni kardioangiograficznej, zostaje z niego wyprowadzony i na tym kończy się działanie diagnostyczne. Opisany przez kolegów z Siedlec przykład dowodzi, że u chorych z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego przy braku istotnych zmian w naczyniach wieńcowych warto zebrać dokładny wywiad oraz przeanalizować wyniki badań laboratoryjnych. Takie podejście niejako narzuca konieczność wykonania po koronarografii arteriografii tętnic nerkowych (ang. *drive-by angiography*) i w razie potwierdzenia istotnego zwężenia – zabiegu angioplastycznego. Za takim postępowaniem przemawia stosunkowo małe ryzyko selektywnej arteriografii nerkowej przy dużych korzyściach związanych ze skutecznym zabiegiem przezskórnej rewaskularyzacji, w tym przede wszystkim poprawa kontroli nadciśnienia tętniczego.

Oczywiście nie każde podejrzenie zwężenia tętnicy nerkowej należy potwierdzać arteriografią i wykonywać rewaskularyzację. Stosowne zalecenia zawierają względne przeciwwskazania do jej wykonania. Zalicza się do nich dobrze kontrolowane nadciśnienie tętnicze przy wydolnych nerkach. Ponadto podkreśla się, że chory z wysokim wskaźnikiem oporu nerkowego (RI >0,8) albo z wymiarem nerki poniżej 7 cm ma małe szanse na odniesienie korzyści z rewaskularyzacji.

Obecnie istnieją dwa sposoby przezskórnego leczenia istotnego zwężenia tętnicy nerkowej: angioplastyka z implantacją stentu lub bez implantacji stentu. Uznaje się, że przy zmianach ostialnych metodą z wyboru jest angioplastyka z wszczepieniem stentu. Za takim podejściem przemawia fakt, iż po wykonaniu samej angioplastyki balonowej u 60–70% chorych dochodzi do restenozy, podczas gdy po zastosowaniu stentu ma to miejsce u 10–16%. Wydaje się, że jeśli jest to możliwe, należy stosować metodę bezpośredniego wszczepienia stentu, bez tzw. predylatacji. Takie podejście ogranicza mikroembolizację dystalną, która ma być odpowiedzialna za brak poprawy funkcji nerki. Dlatego coraz częściej podkreśla się możliwości prewencyjne systemów protekcji przeciwwatorowej, wykorzystywane już przy zabiegach na tętnicach wieńcowych oraz szczylnych.

Przy zmianach w odcinku proksymalnym tętnicy nerkowej, ale bez zajęcia ujścia, optymalny sposób postępowania nie jest jednoznacznie określony. Część badaczy uważa, że zwężenie tętnic nerkowych o średnicach mniejszych niż 5 mm powinno być leczone angioplastyką balonową (m.in. ze względu na wysoki odsetek restenozy), a implantację stentu powinno się zarezerwować dla leczenia powikłań.

Dobry efekt angioplastyki balonowej obserwuje się u chorych z dysplazją włóknisto-mięśniową. Także w tym wypadku jest to metoda z wyboru, a implantacja stentu wykonywana jest w razie wystąpienia powikłań lub utrzymywania się istotnego gradientu ciśnień.

Skuteczny zabieg angioplastyki tętnicy nerkowej wpływa pozytywnie na wydolność nerek, poprawia kontrolę ciśnienia tętniczego, pozwalając na redukcję leków hipotensyjnych. Szczęśliwie taka właśnie sytuacja miała miejsce u przedstawianego wyżej chorego.

Po zabiegu chory powinien otrzymywać na stałe kwas acetylosalicylowy i co najmniej przez 4 tygodnie kłopotorel. W piśmiennictwie nie ma jednoznacznych zaleceń co do oceny odległej skuteczności zabiegu. Zwykle zaleca się choremu kontrolę klirensu kreatyniny oraz okresowe wykonywanie kontrolnego badania ultrasonograficznego (co 12 miesięcy).