

## Przezskórna angioplastyka tętnic dogłowych – metoda skuteczna i bezpieczna w doświadczonych rękach

doc. dr hab. n. med. Adam Witkowski

Instytut Kardiologii, Warszawa



Praca P. Buszmana i wsp. [1] jest rejestrem zabiegów przezskórnej angioplastyki tętnic dogłowych (szyjnych i kręgowych oraz pnia ramienno-głowego), interesującym przede wszystkim z uwagi na dość długi okres obserwacji (średnio 4 lata) oraz fakt, że u 16% chorych były to zabiegi łączone w jednej sesji z angioplastyką tętnic wieńcowych. Przy tym należy zauważyć, że 30-dniowa częstość poważnych zdarzeń niepożądanych w tej grupie pacjentów nie różniła się istotnie od opisanej u chorych, którym wykonywano wyłącznie zabiegi angioplastyki tętnic dogłowych. Jest to dowód na to, że przeprowadzone przez doświadczonego operatora zabiegi łączone, o ile istnieje uzasadniona konieczność wykonania ich w jednej sesji, nie zwiększają ryzyka wystąpienia poważnych powikłań.

Są jeszcze dwa zagadnienia, do których warto się odnieść przy okazji omawianej pracy:

- Chorzy wysokiego ryzyka – zostali wyodrębnieni przez Autorów w sposób arbitralny, ale odpowiadający powszechnie stosowanym definicjom. Są to zwykle chorzy oczekujący na leczenie kardiologiczne (pomostowanie i/lub wymiana zastawki), z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory lub po przebytych już incydentach niedokrwienia mózgu. Kardiolodzy interwencyjni w codziennej praktyce wykonują często zabiegi właśnie w tej grupie pacjentów, co jest zgodne z zaleceniami [2]. Zabiegi poszerzania tętnic dogłowych u tych chorych mają przede wszystkim zmniejszyć ryzyko operacji kardiologicznej. Przeprowadza się je także dlatego, że pacjenci o takiej charakterystyce klinicznej i angiograficznej nie są poddawani endarterektomii chirurgicznej tętnic szyjnych z uwagi na zbyt wysokie ryzyko operacyjne przy współistniejącej chorobie serca. Wskazania do zabiegów angioplastyki tętnic szyjnych i kręgowych w grupie chorych wysokiego ryzyka należy jednak ustalać ze szczególną starannością, po-

nieważ ryzyko wystąpienia poważnego powikłania jest u nich znacznie większe, co stwierdzili także Autorzy komentowanego rejestru.

- Systemy neuroprotektoryjne – zostały użyte w tym rejestrze tylko u 51,5% chorych, co wpłynęło na częstość okołozabiegowych udarów mózgu. Jeszcze wyraźniej wykazano skuteczność systemów neuroprotektoryjnych w rejestrze zabiegów angioplastyki szyjnej z implantacją stentów obejmującym 12 392 procedury [3]. U chorych poddanych zabiegowi bez systemu protekcji 30-dniowa częstość udarów i zgonów wyniosła 5,29%, a u tych, u których zastosowano system protekcji – 2,23% ( $p < 0,0001$ ). Ciekawa jest obserwacja Autorów dotycząca rodzaju użytego systemu protekcji dystalnej – starszy typ tego urządzenia gorzej zabezpieczał przed wystąpieniem okołozabiegowego zdarzenia niepożądanego. Należy żałować, że operatorzy w ogóle nie posługiwali się systemami protekcji proksymalnej, które w pewnych sytuacjach mogą być lepsze i bardziej skuteczne niż filtry dystalne [4].

### Piśmiennictwo

1. Buszman P, Dębiński M, Gruszka A, et al. Early and late outcomes of percutaneous transluminal angioplasty of cephalad arteries. *Kardiol Pol* 2008; 66: 233-42.
2. Bates ER, Babb JD, Casey DE Jr, et al. ACCF/SCAI/SVMB/SIR/ASITN 2007 clinical expert consensus document on carotid stenting: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents (ACCF/SCAI/SVMB/SIR/ASITN Clinical Expert Consensus Document Committee on Carotid Stenting). *J Am Coll Cardiol* 2007; 49: 126-70.
3. Wholey MH, Al-Mubarek N, Wholey MH. Updated review of the global carotid artery stent registry. *Catheter Cardiovasc Interv* 2003; 60: 259-66.
4. Reimers B, Coppi G, Moratto R, et al. Applicability and clinical performance of carotid stenting with proximal flow blockage cerebral protection in a real world population of 416 patients. Results from the PRIAMUS Registry. *Am J Cardiol* 2005; 96 (Suppl 7A): 87H.