

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Przypuszczam, że część Czytelników *Angiogramu miesiąca* może być wielce zaskoczona z racji prezentacji przypadku, który z kardiologią nie ma zbyt wiele wspólnego. Jednak analiza aktywności polskich ośrodków kardiologii inwazyjnej dowodzi, iż zabiegi na tętnicach obwodowych są w nich wykonywane coraz częściej (kilkaset w 2006 i 2007 r.). Odpowiedź na pytanie, dlaczego tak się dzieje, nie jest prosta. Z jednej strony wiadomo, że miażdżycy jest schorzeniem, które nie ogranicza się jedynie do tętnic wieńcowych. Ten złożony proces chorobowy toczy się również w innych tętnicach – nerkowych, szyjnych, podobojczykowych czy tętnicach kończyn dolnych. Związane z nimi objawy kliniczne nie zawsze są rozpoznawane w optymalnym dla chorego czasie. Co więcej, najczęściej na tym etapie są wręcz lekceważone. Na tę sytuację nakłada się wcale nierzadka koincydencja ze zmianami obstrukcyjnymi w tętnicach wieńcowych (średnio 30%), których kliniczna manifestacja dużo częściej zmusza do działań diagnostycznych i terapeutycznych (np. ostre zespoły wieńcowe). Nie ma co ukrywać, iż już w ich trakcie często okazuje się, że miażdżycy dotyczy również tętnic obwodowych. W części przypadków pierwszym tego znakiem jest niemożność wprowadzenia stosownego cewnika do aorty (blok w tętnicy biodrowej przy nakłuciu tętnicy udowej albo w tętnicy podobojczykowej przy nakłuciu tętnic promieniowej czy ramieniowej).

Warto wspomnieć, iż prowadząc cewnik do tętnic wieńcowych, można stosunkowo łatwo skontrolować stan tętnic nerkowych czy szyjnych. Oczywiście, tego typu działanie musi mieć kliniczne uzasadnienie (odpowiednio oporne nadciśnienie lub zaburzenia neurologiczne). Należy pamiętać, iż angiografia tętnic obwodowych jest jednak badaniem inwazyjnym i wymaga zastosowania jodowych środków kontrastujących, nieobojętnych dla chorych (np. nefropatia po-kontrastowa).

Część Czytelników prowadzonego przeze mnie działu zadaje sobie zapewne pytanie, dlaczego mają to robić kardiolodzy inwazyjni – przecież naczynia obwodowe to domena chirurgów naczyniowych i radiologów inwazyjnych. No i w tym momencie dochodzimy do sedna sprawy. Cały problem w tym, że w Polsce chory z miażdżycą tętnic obwodowych praktycznie nie ma alternatywy. Chirurgi naczyniowi preferują techniki operacyjne, radiolodzy inwazyjni nie dysponują bazą łóżkową, a angiologia w naszym kraju tak naprawdę raczkuje. Natomiast kardiolog inwazyjny dysponuje i bazą łóżkową, i własną pracownią z odpowiednim angiografem naczyniowym, i jeszcze odpowiednimi umiejętnościami, pozwalający-

mi na bezpieczne oraz skuteczne wykonanie zabiegu przezskórnego na tętnicach obwodowych. Jeśli do tego dodać fakt koincydencji miażdżycy w różnych obszarach naczyniowych, to nie można się dziwić, że kardiolodzy interwencyjni sięgają coraz częściej „poza serce”.

Można przypuszczać, że w przedstawionym powyżej przypadku już w trakcie badania podmiotowego (chromanie przestankowe) oraz przedmiotowego (słabo wyczuwalne tętno) wysunięto podejrzenie ciasnego zwężenia (lub okluzji) którejs z tętnic kończyn dolnych. Po skutecznym leczeniu istotnie zwężonej prawej tętnicy wieńcowej zapewne zaplanowano badanie angio-CT, które pozwoliło zlokalizować problem.

W większości polskich ośrodków kardiolog interwencyjny zatrzymuje się z zabiegiem przezskórnej rewaskularyzacji na poziomie wiązadła pachwinowego. Jednak dobre efekty ośrodków, które jako pierwsze zaczęły łamać tę zasadę (m.in. w Krakowie, Katowicach, Ustroniu), spowodowały że ich liczba systematycznie rośnie. Trzeba uczciwie przyznać, że „sprzęt kliniczny” oraz manualna sprawność kardiologów sprzyjają uzyskiwaniu dobrych wyników. Atutem kardiologów jest również duża otwartość na nowe techniki i urządzenia, co objawia się szybkim ich wdrażaniem klinicznym. Potwierdzeniem tej opinii jest fakt zastosowania po raz pierwszy w Polsce systemu Outback właśnie przez kardiologów interwencyjnych.

Sam zabieg udrożnienia prawej tętnicy udowej powierzchownej z użyciem ww. urządzenia jest obszernie opisany i udokumentowany zdjęciami. Chciałbym jedynie podkreślić, iż jego celem jest doprowadzenie do uzyskania światła właściwego rekanalizowanego naczynia poniżej miejsca jego zamknięcia. Tylko wtedy można myśleć o skutecznym zabiegu, tj. utrzymaniu właściwego przepływu poprzez implantację stentów.

Jeszcze do niedawna wydawało się, że stentom stosowanym w tętnicach kończyn dolnych daleko do sprawności wieńcowych. Jednak dzięki uzyskanemu doświadczeniu udało się stworzyć stenty, które nie dają się łatwo zgnieść i wytrzymują pracę mięśni szkieletowych (pękają znacznie rzadziej niż dawniej). W efekcie są bardziej skuteczne klinicznie. Oczywiście, trwają poszukiwania metod, które będą jeszcze bardziej efektywne. Należą do nich urządzenia, które anihilują blaszkę miażdżycową (laser) lub umożliwiają jej usunięcie (aterekatomy, np. Silver hawk).

Na zakończenie pozostaje mi jeszcze pogratulować kolegom z Krakowa, że przy swojej bardzo szerokiej aktywności w ramach leczenia choroby wieńcowej podejmują się zabiegów, które wykonane w odpowiednim czasie zmniejszają konieczność zabiegów chirurgicznych (w tym amputacji kończyn dolnych).