

W lipcowym numerze *Kardiologii Polskiej* omyłkowo nie wydrukowano części dyskusji w pracy A. Dziewierza i wsp. pt. *Czy odroczenie zabiegu chirurgicznego w przypadku zawału mięśnia sercowego powikłanego pęknięciem przegrody międzykomorowej jest możliwe? Opis dwóch przypadków* (Kardiol Pol 2005; 63: 58).

W imieniu poprzedniego wydawcy, firmy Makopress, przepraszamy autorów i czytelników. Poniżej zamieszczamy brakujący fragment tekstu.

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi ESC i ACC/AHA dotyczącymi leczenia zawału mięśnia sercowego, leczeniem z wyboru w przypadku pozawałowego VSR pozostaje pilna operacja kardiochirurgiczna (13, 14). Wykonanie zabiegu operacyjnego wiąże się z poprawą rokowania klinicznego. W badaniu GUSTO I śmiertelność 30-dniowa wśród pacjentów z AMI powikłanym VSR poddanych leczeniu operacyjnemu była istotnie niższa niż w grupie pacjentów leczonych zachowawczo (odpowiednio 47% versus 94%) (3). Jednak mimo zastosowania leczenia kardiochirurgicznego śmiertelność utrzymuje się na wysokim poziomie (20–50%) w zależności od charakterystyki wyjściowej badanej populacji, stosowanej techniki zabiegowej i doświadczenia zespołu operatorów [3, 12, 15–18]. Czynniki pogarszającymi rokowanie są: obniżona czynność skurczowa lewej komory serca, lokalizacja zawału w zakresie ściany dolnej, zawał prawej komory serca, rozwijający się wstrząs kardiogeny oraz konieczność stosowania amin presyjnych przed zabiegiem [16, 19].

Niezależnym czynnikiem wpływającym na kliniczny wynik leczenia operacyjnego jest czas od wystąpienia VSR do zabiegu kardiochirurgicznego. Odroczenie zabiegu powyżej 3 tyg. może wiązać się z korzystniejszym przebiegiem klinicznym. Śmiertelność w grupie pacjentów z AMI powikłanym VSR poddanych zabiegowi chirurgicznemu powyżej 3 tyg. była istotnie niższa niż w grupie pacjentów leczonych przed tym okresem (odpowiednio 16,6% vs 75%) (17). Wynika to głównie z konieczności wykonania pilnego zabiegu kardiochirurgicznego w grupie pacjentów z rozwijającą się ostrą niewydolnością lewokomorową i wstrząsem kardiogenym. Opóźnienie zabiegu może pozwolić jednak na formowanie zwłókniałego obszaru blizny pozawałowej i tym samym ułatwienie resekcji obszarów martwicy i chirurgicznej naprawy przegrody międzykomorowej. Rutynowe odracanie zabiegu kardiochirurgicznego nie znajduje jednak uzasadnienia, gdyż niespełna 15–25% pacjentów dożywa wspomnianego okresu 3–4 tyg. Decyzja o wykonaniu lub też możliwości odroczenia zabiegu kardio-

chirurgicznego, jak w przedstawionych powyżej przypadkach powinna więc opierać się na całościowej ocenie stanu klinicznego pacjenta przez kardiochirurga, kardiologa lub kardiologa interwencyjnego.

Uzasadnione wydaje się zastosowanie kontraktacji wewnątrzaoortalnej, również w przypadku stabilnych hemodynamicznie pacjentów, celem bezpośredniej, a także długoterminowej poprawy warunków hemodynamicznych przez zmniejszenie obciążenia następczego, redukcję przecieku lewo-prawego, zwiększenie efektywnego rzutu serca i poprawę przepływu wieńcowego (20). Może ono pozwolić na zmniejszenie ryzyka wystąpienia nagłego pogorszenia stanu hemodynamicznego, będącego następstwem powiększenia się ubytku przegrody międzykomorowej w wyniku działania sił ścinających przepływu krwi i resorpcję obszarów martwicy przez komórki żerne. W tej grupie pacjentów konieczne wydaje się również inwazyjne monitorowanie hemodynamiczne oraz oparta na nim optymalizacja leczenia farmakologicznego przez zastosowanie amin presyjnych, leków zmniejszających obciążenie następcze (nitroprusydek sodu) lub diuretyków.

Długoterminowe rokowanie kliniczne pacjentów, którzy przeżyli zabieg operacyjny jest względnie dobre. Davies i wsp. stwierdzili przeżycie 5-letnie na poziomie 69%, 10-letnie ok. 50% i 14-letnie ok. 37% dla tej grupy pacjentów (21). Ponadto 95% spośród tych pacjentów znajduje się w I lub II klasie NYHA (22). Poprawa rokowania długoterminowego może być osiągnięta przez jednoczesowe wykonanie zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego, co jest zgodne z aktualnymi wytycznymi ESC i ACC/AHA dotyczącymi leczenia zawału mięśnia sercowego (13,14,23). Zabiegowi zaszycia ubytku przegrody międzykomorowej powinno towarzyszyć również rozległe wycięcie obszaru martwicy, z następowym przywróceniem geometrii lewej komory serca, co może wiązać się z lepszym zachowaniem czynności skurczowej lewej komory serca w obserwacji odległej.

Problemem pozostaje jednak nadal możliwość wystąpienia ponownego ubytku przegrody między-

komorowej. Jego obecność stwierdza się u ok. 10–25% pacjentów poddanych leczeniu operacyjnemu (16). Może być ono następstwem wystąpienia nawrotu przecieku w miejscu uprzednio poddawanym zaszcyciu, przeoczenia współistniejących innych ubytków w zakresie przegrody międzykomorowej lub wystąpienia w okresie pooperacyjnym VSR o innej lokalizacji. Ponowny zabieg operacyjny lub przeszskórne zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej powinno być rozważane u pacjentów objawowych, z zaostrzeniem niewydolności krążenia i istotnym przeciekiem lewo-prawym. W przypadku pacjentów bezobjawowych uzasadnione pozostaje leczenie zachowawcze, gdyż często obserwowane są samoistne zamknięcia VSR w tej grupie chorych (16).

Sprawą dyskusyjną pozostaje nadal możliwość przeszskórnego zamknięcia pozawałowego ubytku przegrody międzykomorowej przy użyciu systemów okluzyjnych. Dotychczas dostępne dane dotyczą głównie pacjentów, u których zabieg wykonano kilka tygodni od momentu wystąpienia VSR lub w związku z nawrotem przecieku po wcześniejszym zabiegu kardiochirurgicznym (24–26). Potencjalnym ograniczeniem tej metody, szczególnie w przypadku krótkiego okresu od wystąpienia VSR do zabiegu, jest ryzyko powiększenia ubytku przegrody międzykomorowej przy przeprowadzeniu systemu okluzyjnego przez podatny na rozwarstwienie obszar nekrotycznego miokardium. Lokalizacja przykoniuszkowa lub blisko podstawy serca może uniemożli-

wić implantację systemu okluzyjnego bez wpływu na kształt lewej i/lub prawej komory serca. W niektórych przypadkach pozycjonowanie i implantacja systemu okluzyjnego może prowadzić do wystąpienia ostrej niedomykalności zastawki mitralnej i/lub trójdzielnej. Ponadto w dużym odsetku przypadków konieczne jest wykonanie zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego w tej grupie chorych w związku z obecnością choroby wielonaczyniowej.

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi ESC i ACC/AHA u wszystkich pacjentów z AMI powikłanym VSR konieczne jest operacyjne zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej z jednoczesnym wykonaniem zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego (jeśli istnieją wskazania ustalone na podstawie badania koronarograficznego) (13, 14). W wyselekcjonowanej grupie pacjentów zastosowanie kontrapulsacji wewnątrzortalnej i optymalizacja leczenia farmakologicznego może pozwolić na ich stabilizację hemodynamiczną i wykonanie zabiegu w trybie odroczonego, co może wiązać się z poprawą rokowania klinicznego. Jednak decyzja o odroczeniu zabiegu kardiochirurgicznego powinna opierać się na całościowej ocenie stanu klinicznego pacjenta. W tym przypadku ścisła współpraca kardiochirurga i kardiologa, przy możliwości natychmiastowego wykonania zabiegu kardiochirurgicznego w przypadku nagłego pogorszenia się stanu klinicznego pacjenta, może pozwolić na wybór optymalnego modelu leczenia dla chorych z VSR.

**W lipcowym numerze *Kardiologii Polskiej* niedokładnie podaliśmy nazwę kongresu, który odbył się w Gdańsku. Za to uchybienie przepraszamy autora sprawozdania, prof. R. Piotrowicza. Poniżej podajemy właściwą nazwę kongresu:**

11 Congress of International Society for Holter and Non-invasive Electrocardiology (ISHNE)

32 Congress of International Society of Electrocardiology (ISE)

Konferencja Sekcji Elektrokardiografii Nieinwazyjnej i Telemedycyny PTK

*Kolegium redakcyjne Kardiologii Polskiej*