Komentarz

prof. dr hab. n. med. Bohdan Maruszewski
kierownik Kliniki Kardiochirurgii IP CZD

Pragnę pogratulować Autorom podjęcia decyzji o operacji koarktacji aorty z towarzyszącą hipoplazją łuku aorty u wcześniaka urodzonego w 30. tygodniu ciąży ze skrajnie niską masą ciała 1200 g.

Jest to operacja z zakresu mikrochirurgii naczyniowej, stawiająca duże wyzwanie przed kardiochirurgiem i wymagająca perfekcyjnej techniki chirurgicznej. Nie mniejsze wyzwania stoją przed zespołem intensywistów w całym okresie okołooperacyjnym, zwłaszcza u noworodka z wielowadziem, obciążonego dodatkowo niedrożnością przełyku z przetoką przełykowo-tchawiczą. Niezależnie od dobrego doraźnego wyniku rekonstrukcji łuku aorty, o ostatecznym niepomyślnym zakończeniu leczenia zdecydowały w tym przypadku wszystkie dodatkowe czynniki ryzyka, takie jak wcześniactwo, skrajnie niska masa ciała, 3-krotna interwencja chirurgiczna, nawrót przetoki przełykowo-tchawiczej i łączny czas intensywnej terapii oraz powikłania zapalne. Tak niestety zdarza się w podobnych sytuacjach pomimo perfekcji technicznej kardiochirurga.

Decyzję o wykonaniu aortografii pomimo małego kalibru naczyń uważam za absolutnie słuszną. Dokładne obrazowanie łuku aorty jest niezbędne dla wyboru optymalnej techniki chirurgicznej. Przedłużone zespolenie aorty (ang. *extended end-to-end anastomosis* – EEE) jest leczeniem z wyboru u noworodków z przewodozależną koarktacją aorty, zwłaszcza u tych z niską lub skrajnie niską masą ciała. Zapewnia ono skuteczność poszerzenia hypoplastycznego łuku aorty i zmniejsza ryzyko rekoarktacji. Ta technika chi-

rurgiczna powinna być popularyzowana i zalecana jako metoda zapewniająca obecnie najlepsze wyniki leczenia w tej niezwykle trudnej grupie wcześniaków i noworodków.

Dyskusja na temat interwencyjnego leczenia kardiologicznego przy pomocy plastyki balonowej trwa, choć zastosowanie tej metody przy tak niskiej masie ciała obciążone jest istotnym ryzykiem powikłań, w tym w zakresie obwodowego dostępu naczyniowego.

Osobiście uważam, że leczenie noworodkowej przewodozależnej CoA powinno być chirurgiczne, co umożliwia całkowite usunięcie tkanki przewodu tętniczego i hypoplastycznej cieśni aorty, zapewnia szerokie zespolenie z poszerzeniem hypoplastycznych segmentów łuku aorty i w ogromnej większości przypadków jest leczeniem definitywnym.

Gratuluję Autorom decyzji o opublikowaniu tego trudnego i ostatecznie zakończonego niepomyślnym wynikiem przypadku. Stanowi on bowiem przyczynek do przesuwania granicy możliwości chirurgicznych i zachęca nas wszystkich do podejmowania trudnych wyzwań w kardiochirurgii dziecięcej.