

Doniesienie z IV Zjazdu EACTS/ESTS – Barcelona

Paweł Litwiński

II Klinika Kardiologii i Transplantologii, Instytut Kardiologii, Warszawa

Kardiologia i Torakochirurgia Polska 2005; 2 (4): 99–100



Gospodarzem IV Zjazdu EACTS/ESTS była Barcelona, dynamicznie rozwijająca się hiszpańska metropolia, słynąca ze wspaniałych budowli w stylu gotyckim i *art nouveau*. Ze stolicą Katalonii kojarzy się przede wszystkim *Sagrada Família*, jeden z najbardziej nieprawdopodobnych kościołów, jakie zbudowano na świecie. To ostatnie – i niestety, nieukończony – dzieło Antonio Gaudiego, wybitnego i niezwykle kontrowersyjnego architekta modernistycznego, który nadał wielu miejscom Barcelony niepowtarzalny charakter. Gaudí i współcześni mu architekci, autorzy projektów secesyjnych kamienic w dzielnicy Eixample, są inspiracją dla wszystkich starających się wyprowadzić dzisiejsze budownictwo ze ślepego zaułka pudełkowatych brył, z królującym kątem prostym.

We wrześniu 2005 r. Barcelona, niegdyś będąca świadkiem doniosłego wydarzenia w dziejach ludzkości – sprawozdania Krzysztofa Kolumba z jego pierwszej wyprawy do Indii Zachodnich – gościła uczestników spotkania EACTS/ESTS, którego przełomowym nazwać chyba nie można. Był to zjazd bardziej ewolucyjny, służący ugruntowaniu pewnych trendów i kierunku rozwoju współczesnej kardiologii niż rewolucyjny.

Akcent historyczny stanowiła prezentacja D. Rassouli, dotycząca 40-letniej obserwacji pacjentów z wszczepioną w pozycję mitralną zastawką Starr-Edwardsa, implantowaną po raz pierwszy na świecie 25 sierpnia 1960 r. Zastawka ta, odchodząca od ówczesnie panujących trendów naśladowania budowy zastawek natywnych serca, stała się nadzieją dla tysięcy ludzi z wadami zastawkowymi, głównie na tle gorączki reumatycznej. Według różnych baz danych, zastosowano ją łącznie (zarówno w pozycji mitralnej, jak i aortalnej oraz trójdzielnej) u ponad 175 tys. chorych. Wyniki analizy, jakiej zespół z Monachium poddał grupę 130 pacjentów wskazują, że przeżywalność (wykluczając śmiertelność okołoperacyjną) 10-, 20-, 30- i 40-letnia wyniosła odpowiednio 75, 36,5, 18,8 i 12%, natomiast brak powikłań związanych z protezą, reoperacji i zgonów

zależnych od zastawki stwierdzono u 73,4, 35,4, 17 i 8%. Wyniki te pozwalają, zdaniem autorów, uznać zastawkę Starr-Edwardsa za punkt odniesienia w ocenie innych mechanicznych protez mitralnych.

W tematyce chirurgicznego leczenia wad zastawkowych kilka prezentacji poświęcono wpływowi efektywnej (*valve effective orifice area*, EOA) i geometrycznej (*geometric prosthesis internal orifice area*, GOA) powierzchni otworu wszczepionej zastawki aortalnej w odniesieniu do BSA (*body surface area-cm²/m²*), na wyniki krótko-, średnio- i długoterminowe. Dr Howell z Uniwersyteckiego Szpitala w Birmingham wraz z zespołem poddał analizie wpływ ciężkiego PPM (*patient prosthesis mismatch*) na przeżywalność po AVR (*aortic valve replacement*). Jako ciężki PPM rozumiano $GOAi < 1,1$ i $EOAi < 0,6$. U 6% spośród 1 119 pacjentów $GOAi$ był poniżej 1,1, a u 10% $EOAi < 0,6$. Łącznie zanotowano 52 zgony (całkowita śmiertelność 4,65%), nie wykazując różnicy między grupą z i bez istotnego PPM. Szacunkowe 5-letnie przeżycie było również zbliżone dla obu grup. Podsumowując powyższe wyniki uznano, iż PPM występuje w niewielkim odsetku przypadków i nie ma istotnego wpływu na śmiertelność okołoperacyjną oraz średnioterminowe przeżycie. Do całkowitej odmiennych konkluzji doszedł dr Walther z *Heart Centre* w Lipsku, który ocenił wpływ PPM i dodatkowych czynników ryzyka leczenia operacyjnego na wyniki AVR. Analizą objęto grupę 4 131 chorych operowanych od maja 1996 r. do kwietnia 2004 r. 1 856 pacjentom wszczepiono dwupłatkową zastawkę mechaniczną, a 2 275 stentowany ksenograft. PPM uznano za ciężkie, gdy EOA/BSA był $< 0,65$; a umiarkowany, gdy wynosił od 0,65 do 0,85. W analizie uwzględniono także wiek operowanego, płeć, tryb zabiegu, *Euroscore* oraz procedury dodatkowe. Ciężki PPM rozpoznano u 2,4% chorych, umiarkowany zaś u 26,7%! PPM był częstszy w przypadku ksenograftów aortalnych. Opierając się na uzyskanych wynikach (śmiertelność w poszczególnych grupach odpowiednio 5,2, 10,6 i 6,9%), uznano PPM za istotny czynnik wpływający na śmiertelność krótko- i długoterminową.

Adres do korespondencji: Paweł Litwiński, II Klinika Kardiologii i Transplantologii, Instytut Kardiologii, 04-628 Warszawa-Anin, ul. Alpejska 42, tel. +48 22 34-34-610, e-mail: plmedico@mp.pl

Niezwykle ciekawa była prezentacja pracy dr. J. Puvimanasinghe'a z Centrum Medycznego Erasmus z Rotterdamu. Oceniał on wpływ rodzaju implantowanej biologicznej protezy aortalnej na wyniki leczenia operacyjnego wady lewego ujścia tętniczego. Porównał wyniki, jakie uzyskiwano w zależności od typu stosowanych zastawek osierdziowych i nadpierścieniowych (zastawki osierdziowe Carpentiera Edwardsa: *Carpentier-Edwards Perimount Magna Aortic heart valve*; zastawki nadpierścieniowe *Carpentier-Edwardsa – Carpentier-Edwards S.A.V. Bioprosthesis*; zastawki typu Freestyle oraz allografty). Korzystając z modelu mikrosymulacji do obliczenia przeżywalności i oczekiwanej długości życia oraz przyjmując jednorodność poszczególnych grup pacjentów, dr. J. Puvimanasinghe doszedł do wniosku, że różnice między 4 rodzajami ocenianych zastawek biologicznych wydają się mniej zaznaczone i bardziej zależne od doboru pacjentów i czasu przeprowadzenia operacji.

Dr R. Seitelberger z Oddziału Kardiorakochirurgii Uniwersytetu Medycznego w Wiedniu przeanalizował pooperacyjny stan hemodynamiczny oraz stopień regresji masy lewej komory (*left ventricular mass regression, LVMR*) u pacjentów z tą samą średnicą pierścienia aortalnego po implantacji biologicznych, biologicznych bezstentowych oraz mechanicznych zastawek aortalnych. Retrospektywną analizą objęto 1 064 chorych ze stenozą aortalną. 363 z nich wszczepiono stentową zastawkę biologiczną, 138 zastawkę bezstentową, a 563 protezę mechaniczną. Gradient zastawkowy oraz stopień LVMR oceniono po roku od operacji. Nie stwierdzono różnic w zakresie gradientu zastawkowego i stopnia LVMR między biologicznymi zastawkami stentowymi i bezstentowymi, natomiast udokumentowano, iż gradienty były wyższe, a LVMR mniejszy u pacjentów z pierścieniem aortalnym 19, 21 i 23 mm, którym wszczepiono protezy mechaniczne. W wypadku pacjentów z pierścieniem aortalnym 23 mm lub mniejszym implantacja zastawki biologicznej zarówno stentowej, jak i bezstentowej owocuje więc uzyskaniem niższych gradientów AV oraz bardziej zaznaczoną regresją masy lewej komory w porównaniu z zastawkami mechanicznymi.

W kwestii chirurgii zastawki mitralnej warto przytoczyć prezentację dr. T.A. Folligueta z *Institut Mutualiste Montsouris* z Paryża, który dzielił się doświadczeniami w zastosowaniu systemu *da Vinci* do prostych zabiegów naprawczych zastawki mitralnej, porównując wyniki z tymi, jakie uzyskano podczas zabiegów konwencjonalnych. W obu grupach uwzględniono 25 pacjentów z patologią płotka tylnego, u których wykonano częściową jego resekcję oraz anuloplastykę z zastosowaniem pierścienia. Nie zanotowano zgonów, incydentów neurologicznych ani reoperacji. Czasy operacji, krążenia pozaustrojowego oraz zaklepowania aorty były istotnie dłuższe w grupie operowanych z za-

stosowaniem systemów telemanipulacji, natomiast drenaż pooperacyjny i pobyt w szpitalu były krótsze w tej grupie w porównaniu z pacjentami operowanymi metodą konwencjonalną z dostępu przez sternotomię pośrodkową. Wynik echokardiograficzny plastyki zastawki mitralnej był dobry w obu grupach.

Na szczególną uwagę zasłużył również zaprezentowany przez dr. F. Maisano z *San Raffaele Scientific Institute* z Mediolanu materiał filmowy, dotyczący nowej metody plastyki zastawki mitralnej z prolapsem płotka tylnego, opartej na transpozycji *in situ* drugorzędowych nici ścięgnistych do wolnego brzegu, poprzez odcięcie płotka między jego podstawą a nićmi drugorzędowymi i jego odwróceniem tak, by jego powierzchnia komorowa stała się powierzchnią przedsiónekową (*upside/down technique*). Plastyka ta uzupełniona jest zawsze anuloplastyką z zastosowaniem pierścienia. Technika ta, zdaniem autorów, może być alternatywą dla częściowej resekcji płotka tylnego, transpozycji lub wszycia sztucznych nici ścięgnistych, zwłaszcza w przypadkach, gdy konieczne byłoby rozległe wycięcie płotka tylnego lub gdy plastyka techniką *sliding* jest niemożliwa.

W trakcie IV Zjazdu EACTS/ESTS w Barcelonie ugruntowano pozycję tętnicy promieniowej w rewaskularyzacji mięśnia sercowego. Niewątpliwie ten graft przeżywa swój renesans od 1992 r., kiedy Acard opublikował bardzo dobre średnioterminowe wyniki osiągnięte dzięki jej zastosowaniu jako pomostu do rewaskularyzacji mięśnia sercowego. Bardzo interesująca była prezentacja filmowa dr. S. Bleizifera z Niemieckiego Centrum Serca z Monachium. Pokazał on technikę endoskopowego pobierania tętnicy promieniowej z dostępu przez 3-centymetrowe cięcie skórne udowadniając, iż jest to dobra alternatywa dla konwencjonalnej metody pobierania tętnicy promieniowej. Jej przewaga to mniejsza traumatyzacja tkanek oraz lepszy efekt kosmetyczny przy zbliżonym czasie procedury i jednakowej jakości uzyskanego materiału.

Na zakończenie warto przytoczyć prezentację dr. M. Gaudino z Oddziału Kardiochirurgii Katolickiego Uniwersytetu w Rzymie. Przeanalizował on przewlekłe konsekwencje pobrania tętnicy promieniowej dla krążenia w przedramieniu. Poddał badaniu dopplerowskiemu przepływ i morfologię ściany tętnic w przedramieniu u pacjentów, którym pobrano tętnicę promieniową do rewaskularyzacji. Okres obserwacji wyniósł 10 lat. Udowodnił on, iż zarówno grubość ściany tętnicy łokciowej, jak i nasilenie zmian miażdżycowych były większe w przedramieniu pozbawionym tętnicy promieniowej w porównaniu z przeciwnym przedramieniem z zachowanymi obiema tętnicami. Niewątpliwie powyższe obserwacje mogą mieć istotne implikacje w chwili podejmowania decyzji o wyborze materiału do pomostowania naczyń wieńcowych.