

Komentarz

prof. dr hab. n. med. Jerzy Sadowski
jsadowski@szpitaljp2.krakow.pl



Współistnienie miażdżycy obwodowej, zwłaszcza w obrębie tętnic szyjnych, zwiększa znacznie ryzyko okołozabiegowe zgonu czy też udaru mózgu u pacjentów operowanych z powodu choroby wieńcowej. Ryzyko udaru rośnie, gdy w przeszłości wystąpił już epizod udaru lub jedna z tętnic jest zamknięta. Decyzję o sposobie leczenia zwężonych tętnic szyjnych (chirurgiczne lub stentowanie) każdorazowo podejmuje zespół specjalistów na podstawie stanu klinicznego pacjenta oraz dodatkowych badań obrazowych.

Chirurgiczna endarterektomia może być wykonana jednoczasowo, tzn. podczas jednego zabiegu wraz z pomostowaniem aortalno-wieńcowym (ang. *coronary artery bypass graft* – CABG), co zmniejsza koszty i obciążenia dla chorego, lub dwuetapowo: w pierwszym etapie endarterektomia tętnicy szyjnej, a w drugim etapie CABG. Wykonanie endarterektomii szyjnej po CABG wiąże się z większym ryzykiem udaru w okresie po operacji CABG. W dużym badaniu, obejmującym ponad 20 tys. pacjentów, nie wykazano natomiast różnic statystycznych dotyczących śmiertelności czy też powikłań neurologicznych pomiędzy pacjentami, którzy mieli wykonaną endarterektomię szyjną oraz CABG w ten sam dzień, a chorymi, u których te dwa zabiegi były wykonane w odstępie czasowym. Doświadczenia własne dotyczą istotnego tematu protekcji mózgowej zastosowanej podczas endarterektomii.

Według niektórych doniesień zastosowanie shuntów w celu protekcji mózgowej podczas wykonywania endarterektomii korzystnie wpływa na zmniejszenie liczby udarów pooperacyjnych. W naszym odczuciu przy zwężeniu jednej tętnicy szyjnej wewnętrznej i wydolnych pozostałych – szyjnych i kręgowych zastosowanie shuntu nie jest potrzebne, a komplikuje technikę operacyjną. Wszystkie operacje

w badanym materiale wykonywane było jednoczasowo u pacjentów z niestabilną chorobą wieńcową. Dren przepływowy (shunt) był użyty tylko w jednej grupie chorych. Grupa ta nie była niejednorodna, gdyż znaleźli się tam również chorzy ze zmianami w obu tętnicach szyjnych. Również sposób operacji tętnic szyjnych różnił się w badanej populacji, najczęściej plastykę tętnicy wykonywano za pomocą szwu prostego. Technika ta jest metodą prostą skracającą czas zabiegu, jednak dość kontrowersyjną i przez wielu chirurgów krytykowaną z uwagi na większe ryzyko restenozy w miejscu szycia.

Liczba powikłań neurologicznych różniła się znacznie pomiędzy grupami i wyniosła dla chorych, u których zastosowano shunt 8,33%, podczas gdy w grupie bez shuntu 4,88%. Różnica ta wynikać może z dużej różnorodności grupy drugiej. Obok pacjentów z jednostronnym zwężeniem tętnicy szyjnej w grupie drugiej, 75% pacjentów miało istotne zmiany (istotne zwężenia lub okluzje) w obu tętnicach szyjnych.

Ciekawym wydaje się fakt, że tylko u 23% pacjentów plastykę tętnicy szyjnej wykonano metodą ewersyjną. W dużej metaanalizie badań dotyczących sposobu endarterektomii autorzy podkreślają, że technika ewersyjna może być związana ze zmniejszoną liczbą incydentów i to zarówno w krótko-, jak i długoterminowej obserwacji. Metoda ewersyjna pozwala na dokładne usunięcie zmian miażdżycowych i wykonanie szerokiego zespolenia tętnicy szyjnej wewnętrznej z tętnicą szyjną wspólną. Sposób wykonania endarterektomii zależy od doświadczenia i preferencji operującego chirurga i z tego wynika pewnie duży odsetek plastyk za pomocą szwu prostego.