Komentarz

Andrzej Biederman
Szpital Praski
abiederman@poczta.onet.pl

Komentując ten artykuł, należy przede wszystkim pogratulować autorom – decyzji i sukcesu udanej operacji. Embolektomia chirurgiczna jest operacją wysokiego ryzyka, które w dużej części zależy od przedoperacyjnego stanu chorego. Śmiertelność u chorych po przebytej reanimacji dochodzi do 60–80%. W przypadku pacjentów w lepszym stanie ogólnym śmiertelność okołooperacyjna jest mniejsza i w ośrodkach o dużym doświadczeniu wynosi ok. 7%.

Autorzy zastosowali technikę szybkiego usunięcia zatoru bez zakleszczania aorty i to okazało się skutecznym zabiegiem. Osobiście stosuję technikę głębokiej hipotermii i okresowego (5–7 min) zatrzymania krążenia w celu bardzo dokładnej inspekcji i usunięcia materiału z tętnic segmentarnych.

Niestety, z własnego doświadczenia [37 operowanych pacjentów z zatorowością płucną (ang. *pulmonary embolism* – PE)] wiem, że pozostawienie materiału zatorowego w drobnych gałęziach tętnic płucnych jest główną przyczyną dysfunkcji prawej komory po operacji i niepomyślnego wyniku operacji. Taka technika nie zwiększa ryzyka operacji, krótkie zatrzymanie krążenia nie powoduje zaburzeń ze strony centralnego układu nerwowego (CUN), a efekty operacji są bardzo dobre. Zachęcam do stosowania tej metody. Dokładne usunięcie skrzeplin z gałęzi segmentalnych ma również znaczenie zapobiegawcze przed powstaniem przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (ang. *chronic thromboembolic pulmonary hypertension* – CTEPH). W kwalifikacji do zabiegu operacyjnego zwracam szczególną uwagę na ocenę czynności prawej komory w badaniu echokardiograficznym i dynamikę desaturacji. W podjęciu decyzji większe znaczenie ma stan hemodynamiczny niż sama wielkość proksymalnego zatoru, która nie jest czynnikiem decydującym.

Autorzy artykułu postawili sobie ambitne pytanie dotyczące roli embolektomii chirurgicznej w leczeniu ostrego zatoru tętnicy płucnej w świetle nowych wytycznych, co na podstawie jednego przypadku jest dość trudne. Z wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ang. *European Society of Cardiology* – ESC) wynika, że embolektomia ma bardzo ograniczone miejsce w leczeniu zatorowości płucnej – może być rozważana u pacjentów wysokiego ryzyka (> 15%), u których tromboliza jest przeciwwskazana lub była nieskuteczna.

W moim przekonaniu wskazania do embolektomii chirurgicznej można rozszerzyć o grupę pacjentów z ruchomymi skrzeplinami w prawym sercu, a szczególnie z zaklinowanymi w otworze owalnym (ang. *foramen ovale*).

Rezerwa w kwalifikacji do embolektomii wynika w dużej mierze z historycznie złych wyników tej operacji. Obecnie w wielu ośrodkach stosuje się bardzo agresywne chirurgiczne podejście do pacjentów z masywnym zatorem tętnicy płucnej z bardzo dobrymi wynikami [1].

Kwalifikacja do tego typu operacji powinna być jednak bardzo ostrożna, z indywidualną oceną dodatkowych obciążeń, wieku i rokowania pacjenta w zależności od przyczyny zatoru.

Dla większości pacjentów z ostrym zatorem tętnic płucnych pierwszym leczeniem pozostaje nadal antykoagulacja i ewentualnie tromboliza, a leczenie chirurgiczne jest opcją bardzo korzystną w szczególnych sytuacjach. Nie można jednak dopuścić do traktowania embolektomii chirurgicznej jako ostatniej deski ratunku, gdyż wtedy wyniki leczenia chirurgicznego będą znacznie gorsze.

Piśmiennictwo

1. Sareyyupoglu B, Greason KL, Suri RM, Keegan MT, Dearani JA, Sundt TM 3rd. A more aggressive approach to emergency embolectomy for acute pulmonary embolism. Mayo Clin Proc 2010; 85: 785-790.