

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Marian Zembala

Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii i Transplantologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze



Doświadczenie Autora artykułu, a zarazem mojego Szanownego Kolegi, Profesora Jerzego Lewczuka, w zakresie diagnostyki ostrej i przewlekłej zatorowości płucnej jest na tyle duże i liczące się, że zawsze czytam lub słucham Jego opinii z zainteresowaniem. To nie przypadek sprawił, że właśnie od obecnych Pro-

fesorów — Krzysztofa Wrabeca i Jerzego Lewczuka — przed 20 laty zaczęło się nasze, to jest Profesora Zbigniewa Religi i moje, zainteresowanie możliwościami skutecznego leczenia w Polsce chorych z przewlekłą zatorowością płucną. Wyjazd szkoleniowy do ośrodka referencyjnego w San Diego w Stanach Zjednoczonych, podczas którego pod kierunkiem dr. Stuarta Jamiesona poznawaliśmy tajniki i szczegóły diagnostyki, kwalifikacji i zabiegu endarterektomii płucnej oraz prowadzenia pooperacyjnego, sprawił, że rozpoczęliśmy ten program w Zabrzu w 1990 roku, kontynuując go z dobrym efektem we współpracy z kardiologami i pulmonologami z Zabrza, Warszawy, Wrocławia, Krakowa, Poznania, Łodzi i Częstochowy.

Na postawione przez Autora pytanie, czy zawsze zabieg endarterektomii płucnej powinien być uwzględniany w nowoczesnej terapii przewlekłej zatorowości płucnej, odpowiedź nie wydaje się skomplikowana. Nie zawsze, albo inaczej — tylko wtedy, kiedy istnieją wskazania do tej szczególnej operacji. Wskazania te, zdefiniowane przez Mosera i Fedullo, a rozwinięte przez Jamiesona i Thistlethwaite, są powszechnie znane. Najważniejszym argumentem przemawiającym za celowością leczenia operacyjnego jest uzyskiwany dobry wynik leczenia zarówno w okresie wczesnym, jak i odległym. Chorzy z rozwiniętą sinicą, stałą dusznością, którzy powracają po zabiegu do normalnej lub prawie normalnej wydolności i aktywnego życia. Za jaką cenę? Nie tak wysoką, ponieważ ryzyko zabiegu w ośrodku zabrzańskim w przypadku ostatnich kolejnych 36 chorych nie przekraczało 6% i jest podobnie niskie w ośrodku warszawskim.

Kiedy zatem powinniśmy wstrzymać się z kwalifikacją do operacji trombendarterektomii płucnej? Myślę, że u pa-

cjentów jeszcze skąpoobjawowych, z umiarkowanym nadciśnieniem płucnym, którzy leczeni preparatami antykoagulantyjnymi mogą pozostawać pod kilkumiesięczną obserwacją. Wobec chorych najtrudniejszych, bardzo dużego ryzyka, z lokalizacją zmian obwodowych w łożysku naczyniowym płuc (typu III/IV), ryzyko zabiegu powinno być uwzględnione w kwalifikacji do zabiegu. Takich chorych jednak nie jest zbyt wielu, a pewna ich część spełnia także kryteria do transplantacji płuc. Świadomość, że nowoczesne, chociaż wyjątkowo drogie, o czym stale należy pamiętać, leki wazodylatacyjne mogą im pomóc, daje dodatkowy argument, aby nie decydować się na operację u chorych bardzo dużego ryzyka.

Ryzyko 4–6-procentowego niepowodzenia w leczeniu w dwóch polskich ośrodkach, przy prawidłowej kwalifikacji do leczenia operacyjnego, jest stosunkowo nieduże i porównywalne z wynikami kilkunastu ośrodków na świecie, w których wykonuje się ten zabieg. Trzeba jednak pamiętać, że większość nieoperowanych chorych z przewlekłą zatorowością płucną i nadciśnieniem płucnym umiera w okresie 2–4 lat i nie ma szansy na ich wyzdrowienie. Dlatego kardiochirurg wspólnie z doświadczonym kardiologiem, pulmonologiem i anestezjologiem częściej wybiera zabieg trombendarterektomii płucnej, wierząc, że jest to najskuteczniejszy sposób leczenia i przywrócenia zdrowia. Wciąż nie znaleziono lepszego.

Piśmiennictwo

1. Zębik T, Zembala M, Przybylski R et al. Nowa klasyfikacja przewlekłej zatorowości płucnej i jej przydatność w ocenie własnych wyników leczenia 11 kolejnych chorych operowanych w latach 2002–2003. *Kardiochir Torako-chir Pol*, 2004; 1: 155–164.
2. Thistlethwaite PA, Madani M, Jamieson SW. Outcomes of pulmonary endarterectomy surgery. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*, 2006; 18: 257–264.
3. Dyk WW, Wieteska M, Szatkowski P et al. Early results of pulmonary thrombendarterectomy in patients with chronic thrombotic pulmonary hypertension and pulmonary vascular resistance above 1000 ds/cm⁵. 59th ESCVS International Congress, 15–18.04.2010, Izmir, Turkey. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery* 2010; suppl. 1: 93 (abstract).