

---

## **Stentowanie tętnic szyjnych zaleceniem klasy I u pacjentów z objawowym zwężeniem tętnicy szyjnej – komentarz do nowych wytycznych dotyczących postępowania u pacjentów ze zwężeniem tętnic szyjnych i kręgowych w odcinkach pozaczaszkowych**



**dr hab. med. Krzysztof Reczuch**  
Klinika Kardiologii, Ośrodek Chorób Serca,  
4. Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław  
Klinika Chorób Serca, Wydział Nauk o Zdrowiu,  
Akademia Medyczna, Wrocław

Opracowano na podstawie:  
ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS  
Guideline on the Management of Patients With Extracranial Carotid and Vertebral Artery Disease. J Am Coll Cardiol published online Jan 31, 2011; doi:10.1016/j.jacc.2010.11.006

**A**merican Stroke Association wspólnie z American College of Cardiology, American Heart Association, Society for Vascular Surgery oraz licznymi innymi towarzystwami naukowymi, w tym m.in. radiologów interwencyjnych, neuroradiologów i neurochirurgów, opublikowało na początku roku w kilku czasopismach jednocześnie niezwykle ważny dokument. Są to nowe wytyczne postępowania u chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych i kręgowych w odcinkach pozaczaszkowych.

Dokument jest obszerny, ponad 80-stronicowy, i z wielu względów warto polecić każdemu zapoznanie się z jego pełną wersją. Chciałbym jednak skoncentrować się na zagadnieniu zwężenia w tętnicy szyjnej ze względu na interdyscyplinarność i rozpowszechnienie tego schorzenia oraz szereg nieporozumień związanych z jego właściwym leczeniem. Jest to temat leżący w sferze zainteresowania lekarzy kilku specjalności:

- lekarzy rodzinnych i internistów, do których zwykle zwraca się pacjent z rozpoznaniem ultrasonograficznym bezobjawowego zwężenia tętnicy szyjnej
- radiologów, którzy najczęściej schorzenie rozpoznają
- neurologów, którzy najczęściej decydują o dalszym postępowaniu u chorych ze zwężeniem objawowym
- chirurgów naczyniowych, wykonujących endarterektomię
- kardiologów i kardiologów interwencyjnych, którzy zwężenie bardzo często rozpoznają, często w czasie angiografii, i w wielu przypadkach wykonują zabiegi stentowania tętnic szyjnych
- radiologów interwencyjnych, którzy podobnie jak kardiolodzy mogą wykonywać zabiegi stentowania.

Co najmniej kilka zaleceń dotyczących postępowania u pacjentów ze zwężeniem tętnic szyjnych jest bardzo ciekawych i wymagałoby komentarza, skoncentruję się jednak przede wszystkim na zagadnieniu, które przyciąga szczególną uwagę le-

karzy, bardzo zmienia nasze postępowanie i prawdopodobnie wymagać będzie zmian logistycznych i organizacyjnych. Zagadnieniem tym jest zrównanie roli stentowania tętnicy szyjnej z leczeniem chirurgicznym przy pomocy endarterektomii u chorych objawowych.

Trudno oceniać wzajemne relacje rewaskularyzacji endowaskularnej i chirurgicznej w obszarze tętnic szyjnych w oderwaniu od podobnych relacji w przypadku zwężenia tętnic wieńcowych lub zwężenia zastawki aortalnej. We wszystkich trzech stanach następuje bardzo wyraźne przesunięcie w stronę zabiegów mniej inwazyjnych, czyli endowaskularnych, i trudno się temu dziwić. Im mniej inwazyjna jest interwencja, tym krótszy czas unieruchomienia, mniej powikłań i krótszy pobyt w szpitalu. W przypadku izolowanej choroby wieńcowej w wielu ośrodkach na świecie ponad 90% pacjentów leczonych jest już wyłącznie endowaskularnie. Nowe urządzenia, by wspomnieć tylko stenty powlekanie nowej generacji, czy nowe techniki, jak rotablacja tętnic wieńcowych lub wsteczna rekanalizacja przewlekłych okluzji, powoli wkraczają także do naszego kraju i musi to wpłynąć na dalsze wypieranie technik chirurgicznych. W przypadku zwężenia zastawki aortalnej już nie tylko chorzy niekwalifikujący się do leczenia chirurgicznego, ale także pacjenci o pośrednim ryzyku chirurgicznym są w wielu ośrodkach na świecie leczeni przezcewnikowo, bez otwierania klatki piersiowej. W wiodących ośrodkach na świecie już 50-60% wszystkich pacjentów ze zwężeniem zastawki aortalnej jest leczonych endowaskularnie. To, że w Polsce jest inaczej, związane jest tylko i wyłącznie z kwestią braku wystarczającego finansowania tej procedury.

Jeszcze rok temu wydawało się, że zwężenie tętnic szyjnych w jakiś cudowny sposób jest odporne na postęp technik endowaskularnych, bowiem stentowanie było w zasadzie dopuszczalne tylko w przypadku, gdy leczenie chirurgiczne wiązało się z wysokim ryzykiem. W dużej mierze (a może wyłącznie?) było to pokłosiem dwóch badań, które wykazały wyższość leczenia chirurgicznego.<sup>1,2</sup> Metodologia tych badań wzbudziła jednak rzadko spotykaną falę zarzutów.

Zgodnie z najnowszymi wytycznymi stentowanie jest zalecane jako alternatywa dla leczenia chirurgicznego u pacjentów objawowych. Jest to zalecenie klasy I z poziomem dowodów B, czyli takie samo jak w przypadku leczenia chirurgicznego. W odniesieniu do obu metod leczenia warunkiem kwalifikacji pacjenta do zabiegu rewaskularyzacji jest jednak niska częstość występowania najgroźniejszych powikłań okołozabiegowych, tj. zgonu i udaru, w danym ośrodku w wykonaniu danego operatora – nie może ona przekraczać 6%. Kiedy pacjent powinien być zakwalifikowany do zabiegu? Tekst wymienia tylko trzy takie sytuacje: udar mózgu u pacjenta z wynikiem  $\leq 2$  punktów według zmodyfikowanej skali Rankina, przemijające niedokrwienie mózgowie (TIA – *transient ischemic attack*) oraz zator siatkówki. U pacjentów po świeżym udarze mózgu lub TIA zabieg rewaskularyzacji powinien zostać przeprowadzony do 2 tygodni od incydentu nie-

dokrwiennego (zalecenie klasy IIa, poziom dowodów B). Ze względu na wstrzemięźliwość chirurgów w kwalifikacji do operacji tak szybko po incydencie niedokrwinnym, spowodowaną wyższym ryzykiem wystąpienia powikłań po endarterektomii w tej grupie pacjentów, zalecenie to faworyzuje leczenie endowaskularne.

Wytyczne nie uległy zmianie w odniesieniu do rewaskularyzacji u pacjentów ze zwężeniem bezobjawowym. Można ją rozważyć po starannej ocenie korzyści i ryzyka związanych z zabiegiem (częstość zgonów i udarów okołozabiegowych w danym ośrodku nie może przekraczać 3%), spodziewanej długości życia oraz schorzeń dodatkowych, zwłaszcza w zakresie układu krążenia.

Na zakończenie warto przypomnieć, że pacjenci z bezobjawowym zwężeniem tętnicy szyjnej rzadziej doznają udaru mózgu po stronie zwężenia niż zawału mięśnia sercowego lub zgonu z przyczyn kardiologicznych. Zawsze należy też przypominać, że liczba pacjentów ze zwężeniem objawowym, których należy leczyć rewaskularyzacją, by uniknąć jednego udaru, (NNT – *number needed to treat*), wynosi 8-20, podczas gdy w przypadku pacjentów ze zwężeniem bezobjawowym liczba ta wynosi według bardziej optymistycznych danych 50, a według bardziej pesymistycznych aż 200.<sup>3</sup>

#### Piśmiennictwo:

1. Ringleb PA, Allenberg J, Bruckmann H, et al. 30 day results from the SPACE trial of stent-protected angioplasty versus carotid endarterectomy in symptomatic patients: a randomised non-inferiority trial. *Lancet* 2006;368(9543):1239-1247.
2. Mas JL, Trinquart L, Leys D, et al. Endarterectomy Versus Angioplasty in Patients with Symptomatic Severe Carotid Stenosis (EVA-3S) trial: results up to 4 years from a randomised, multicentre trial. *Lancet Neurol* 2008;7(10):885-892.
3. Perkins WJ, Lanzino G, Brott TG. Carotid Stenting vs. Endarterectomy: New Results in Perspective. *Mayo Clin Proc* 2010;85(12):1101-1108