

KOMENTÁŘ K ČLÁNKU Dr. ŽELÍZKA

Jiří Ceral

I. interní klinika, FN Hradec Králové a LF UK v Hradci Králové

Komentář k práci Želízko M, Janek B, Hrnčárek M, Pořízka V, Karmazín V, Riedlbauchová L. Stenóza reálních tepen u nemocných s ischemickou chorobou srdeční a možnosti katetrizačního řešení. Interv Akut Kardiolog 2006; 5: 12–18.

Interv Akut Kardiolog 2006;5:110

Stenóza renální artérie je doposud bohužel často opomíjenou příčinou sekundární hypertenze. Ze dvou v klinické praxi nečastějších příčin, tedy fibromuskulární dysplazie (FMD) a aterosklerotického postižení, je FMD velmi dobře léčitelná angioplastikou. V případě aterosklerotických postižení je však situace podstatně méně jasná. Technická úspěšnost, která je při používání stentů téměř absolutní, se zdaleka nekryje s úspěchem klinickým. Z literatury i našich vlastních zkušeností je zřejmé, že pouze asi 50 % pacientů zareaguje příznivě poklesem krevního tlaku na provedenou intervenci. Úplné vyléčení umožňující vysazení antihypertenzní medikace je raritní. Stran ovlivnění renálních funkcí je efekt PTRa ještě spornější. U většiny pacientů nedochází po třech měsících od výkonu ke změně ledvinových funkcí a někdy tento efekt vydáváme za „stabilizaci“ stavu, u kterého bychom jinak předpokládali funkční pokles. U malé části pacientů pozorujeme zlepšení renálních funkcí, které je však vyváženo zhruba stejným množstvím dokumentovaných zhoršení.

Přes limitované množství dat nepochybujeme o prospěšnosti intervenčních výkonů na ledvinových tepnách. Nevyřešenou otázkou však zůstává, jak rozpoznat před výkonem pacienty, kteří budou z PTRa profitovat.

Práce Želízka a kol. je nepochybně přínosná v tom, že ukazuje nutnost systematického vyhledávání pacientů s často opomíjeným postižením renálních tepen. U pacientů postupujících invazivní vyšetření koronárního řečiště by v případě současné těžké, nově vzniklé či zhoršené hypertenze a nebo nejasného postižení funkce ledvin měl být proveden diagnostický nástřik renálních tepen.

Jinou otázkou je, zda je optimální provádět PTRa pouze na základě angiografického obrazu. Je třeba zdůraznit, že u části nemocných i angiograficky těsná stenóza nevede k funkčnímu postižení ledviny, stejně tak nemusí vést k hypertenzi. Sami máme ve sledování pacienty s angiograficky významnými bi-

laterálními stenózami, u kterých není klinický důvod k intervenci. Na druhou stranu v některých případech, kdy stenóza nepřesahuje konvenčně stanovených 60 % pozorujeme nepochybné funkční postižení ledviny za stenózou, vzestup plazmatické reninové aktivity a následné zlepšení po PTRa. Bohužel ani měření gradientu na stenóze není v těchto případech definitivně spolehlivé.

Na našem pracovišti vždy pacienty před event. zákrokem na ledvinových tepnách podrobně vyšetřujeme. Na prvním místě je třeba odlišit jiná postižení ledvin a dále mít solidně popsán stav před intervencí, abychom mohli sledovat efekt intervence při dalším sledování. Série takto provedených vyšetření v čase nám pomáhá i odhalit klinicky významné restenózy. Součástí vyšetření prováděných všem pacientům před event. PTRa je kromě běžných biochemických stanovení i podrobné vyšetření moči. Ultrazvukové vyšetření ledvin nám přináší informaci o velikosti ledvin a tloušťce parenchymu, navíc dopplerovsky měřený index rezistence je dnes jedním ze základních indikačních kritérií PTRa. Do standardních vyšetření patří i vyšetření dynamickou scintigrafií ledvin, které ukazuje funkční postižení ledviny za stenózou a v případě unilaterálního postižení je prakticky jediným běžně dostupným vyšetřením, které nám pomůže zhodnotit efekt intervence na ledvinu.

Tato vyšetření poprvé opakujeme u pacientů s odstupem 3 měsíců po intervenci. Tento časový odstup je nutný i pro zhodnocení efektu na hypertenzi (Rundback JH, Sacks D, Kent KC et al. Guidelines for the Reporting of Renal Artery Revascularization in Clinical Trials. Circulation 2002;106: 1572–1585). Dále tato vyšetření opakujeme vždy s odstupem roku a při změně klinického stavu.

Odpověď na otázku zda provádět u vybraných pacientů při invazivním vyšetření srdce současně nástřik renálních tepen je ano. Současné provedení PTRa při jednom výkonu bez podrobného předchozího vyšetření však nepovažuji za optimální postup.

MUDr. Jiří Ceral, Ph.D.

I. interní klinika, FN Hradec Králové a LF UK v Hradci Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
e-mail: ceral.jiri@fnhk.cz