

OCENA

pracy lek. med. Jacka Wacławskiego pt. „Wyniki leczenia przezskórna walwuloplastyką balonową chorych z ciężką stenozą zastawki aortalnej” na stopień doktora nauk medycznych

W wytycznych postępowania w zastawkowych wadach serca z 2012r. (ECS/EACST) jest zapis: „walwuloplastykę balonową zastawki aortalnej (BAV) można rozważyć u niestabilnych hemodynamicznie chorych z wysokim ryzykiem operacyjnym jako zabieg pomostowy przed planowaną operacją (AVR) lub TAVI, bądź u chorych z ciężką objawową AS, którzy wymagają pilnej, rozległej operacji niekardiologicznej (zalecenie klasy IIb poziom wiarygodności C). Walwuloplastykę balonową można też rozważyć jako leczenie paliatywne w indywidualnych przypadkach, kiedy ze względu na ciężkie choroby współistniejące zabieg chirurgiczny jest przeciwwskazany a wykonanie TAVI jest niemożliwe”

Podjęcie do walwuloplastyki balonowej w ciężkiej SA zmieniło się zasadniczo po wprowadzeniu w 2002r. przez A. Cribier'a implantacji przezskórnej zastawki aortalnej u człowieka. W 2010r. na łamach New Eng. J. Med. opublikowano badanie PARTNER porównujące wyniki TAVI z leczeniem standardowym. Główne wnioski z badania PARTNER to wykazanie, iż leczenie standardowe (84% chorych poddana była zabiegowi BAV) nie wpływa istotnie na rokowanie odległe u pacjentów z ciężką SA i zdyskwalifikowanych od zabiegu kardiologicznego ($\approx 50\%$ śmiertelność roczna).

Jak ważnym przeto staje się problem, uwarunkowany między innymi epidemiologią SA, zabezpieczenia chorych z grupą wysokiego ryzyka operacyjnego do czasu definitywnego leczenia (TAVI lub AVR). I ten problem stał się istotą rozprawy doktorskiej lek. med. Jacka Wacławskiego, a cel główny oraz cele szczegółowe dobrze zdefiniowane.

Dla realizacji celu badawczego analizie poddano 47 chorych z ciężką objawową stenozą aortalną u których w latach 2008-2013 wykonano zabieg walwuloplastyki zastawki aortalnej w III Katedrze i Oddziale Klinicznym ŚAM. Zabieg BAV był wykonany przez

Zespół Ośrodka o wiodącej referencyjności w Polsce i wysokiej fachowości co nie jest bez znaczenia w ocenie obiektywizmu metody i wyników leczenia.

Oceną stopnia zaawansowania hemodynamicznego wady określono wielkością powierzchni ujścia aortalnego wg wzoru Gorlina (u chorych z założonym cewnikiem Swana-Ganza) lub echokardiograficzne reguły ciągłości (średnia powierzchnia ujścia $0,54 \text{ cm}^2$). Analizowani chorzy mieli znacznego stopnia obniżoną wartość frakcji wyrzutowej lewej komory (śr. EF 35,9%) i znajdowali się w III i IV stopniu niewydolności NYHA. Wyjściowo w stanie wstrząsu kardiologicznego było 5 chorych (10,6% badanych). Ryzyko operacyjne wynosiło Euro SCORE 10,6%, Logistic SCORE 22,8%.

W ocenie skuteczności zabiegu zastosowane dość ostre kryteria, ale przyjęte w większości opracowań, tj. zwiększenie powierzchni wyjścia o 40% lub do wartości 1 cm^2 oraz obniżenie gradientu o 40% lub do wartości gradientu średniego $<40 \text{ mmHg}$. Przy takich kryteriach uzyskano skuteczność zabiegu u 85% chorych. Według badań Autora powierzchnia ujścia z $0,54 \text{ cm}^2$ uległo zwiększeniu do $0,8 \text{ cm}^2$ a uzyskany wynik jest bardzo dobry porównywalnie z wynikami innych rejestrów (drobna uwaga techniczna: wynik cytowany na str. 45 rozprawy, ale w tabeli VI AVA przed zabiegiem $0,61 \pm 0,22$ po zabiegu $0,93 \pm 0,39 \text{ cm}^2$). Śmiertelność wewnątrzszpitalna wyniosła w całej grupie 6,4%, duże powikłania 10,6% (głównie powikłania naczyniowe 17% oraz krwawienia 14,9%). Po zabiegu BAV u 31% nasiliła się umiarkowana niedomykalność zastawki aortalnej, u żadnego nie wystąpiła istotnie hemodynamicznie IA wymagająca pilnego zabiegu AVR. W badanej grupie incydent zatorowy wystąpił u jednego pacjenta pod postacią jednoczasowego udaru mózgu i okluzji tętnic wieńcowych przez materiał zatorowy wymagający pilnego zabiegu AVR + CABR.

Śmiertelność 1-rocza w grupie leczonych zachowawczo po BAV wynosiła 56,2%, w grupie leczonych docelowo TAVI/AVR 13,3%. Prawdopodobieństwo przeżycia 1-rocznego określono krzywą Kaplana-Meiera wynosiło dla chorych leczonych docelowo TAVI/AVR 86,7%, dla leczonych docelowo zachowawczo 43,7%. Czynnikiem rokowniczym w analizie porównawczej były: nadeśnienie tętnicze, EF przed zabiegiem, w analizie wieloczynnikowej: średni gradient przed zastawką, płeć żeńska, skuteczność procedury, miażdżyca tętnic obwodowych, zaburzenia neurologiczne.

Uzyskane wyniki poddał rzetelnemu i merytorycznemu omówieniu w części Dyskusja świadczącym o głębokiej wiedzy Kandydata w zakresie badanego problemu. Piśmiennictwo w liczbie 96 pozycji jest dobrze dobrane a cytowanie 1 pozycji polskiej pośrednio świadczy o wartości pracy w skali ogólnopolskiej. Wnioski w liczbie 4 odpowiadają na założone cele badawcze i mają pełne uzasadnienie w uzyskanych wynikach.

Całość opracowania świadczy o dojrzałości naukowej lek. med. Jacka Waclawskiego, umiejętność podjęcia ważnego problemu klinicznego oraz w pewnych obszarach należnego krytycyzmu.

Nie mam istotnych uwag merytorycznych recenzowanej Rozprawy, którą uważam za ważną i wartościową. Nasuwają mi się jedynie refleksje osobiste w odniesieniu do gigantycznego postępu kardiologii interwencyjnej w leczeniu strukturalnych chorób serca. W 1988r. miałem zaszczyt uczestniczyć w zabiegu walwuloplastyki aortalnej wykonywanej w Szpitalu im. L. Pasteura w Tuluzie przez Prof. J. Marco. Podczas zabiegu doszło do istotnej niedomykalności zastawki aortalnej co wykonujący zabieg dość sceptycznie komentował jako zabieg docelowy. Inne czasy, inny sprzęt.

Materiał opracowany przez Autora obejmuje lata 2008-2015, a więc w pierwszym okresie przed opublikowaniem rejestru PARTNER, co świadczy o tym jak ośrodki polskie nie pozostają w tyle od ośrodków światowych.

Rozprawa doktorska lek. med. Jacka Waclawskiego pt.: „Wyniki leczenia przezskórna walwuloplastyką balonową chorych z ciężką stenozą zastawki aortalnej” spełnia warunki określone w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 2003r o stopniach naukowych oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki /Dz. U. Nr 65 poz. 595, z późn. zm.:

Stąd wnoszę do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze ŚUM w Katowicach wniosek o dopuszczenie lek. med. Jacka Waclawskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

30.10.2015

Prof. dr hab. n. med.

Jack S. Dubiel