proLékaře.cz | 7.11.2026

Komentář k článku Krajíčková et al

Periprocedurální komplikace a dlouhodobý efekt karotických angioplastik – výsledky z praxe

✉
doc. MUDr. Vladimír Přibáň, Ph.D.
Neurochirurgická klinika
LF UK a FN Plzeň
e-mail: v.priban@centrum.cz

Autoři Krajíčková et al se v článku Periprocedurální komplikace a dlouhodobý efekt karotických angioplastik – výsledky z praxe zabývají velmi aktuální problematikou. V této oblasti proběhly v nedávné době významné multicentrické studie (ICSS, CREST) a další jsou v běhu nebo na startu (ACST 2, CREST 2, SPACE 2). To potvrzuje „horkost" tématu. Tyto studie srovnávají výsledky karotické endarterektomie (CEA) a karotického stentingu (CAS). Kromě aktuálnosti je dalším důvodem pro publikaci fakt, že pracoviště je předním týmem intervenční radiologie a zpracované zkušenosti pokrývají reprezentativně dlouhé období. Začátek angioplastik spadá do 90. let minulého století. Zpracování rozsáhlého souboru 450 karotických angioplastik je proto velmi žádoucí. Jen lituji, že nebyly paralelně v článku publikovány výsledky CEA za stejné období.

Periprocedurální výsledky autorů jsou mimořádně dobré, a to i v kontextu velkých studií: morbitida + mortalita 1,5 %. Všechny ischemické CMP byly navíc v kategorii minor stroke. Tranzitorních atak bylo 2,4 %. K tomu je třeba blahopřát. Pro srovnání: periprocedurální komplikace ICSS 8,4 %, EVA-3S 9,4 %, CREST 5,2 % (zde zahrnuty infarkty myokardu).

Autoři potvrdili zkušenost posledních studií, že vyšší věk je rizikovým faktorem pro CAS. U žen měli vyšší výskyt TIA (3,3 vs. 0 %) i morbidity/mortality 2,7 vs. 1,7 %. I to je v souladu se současnými zkušenostmi. Dobře je dokumentována „learning curve" intervenčních radiologů. Současné výsledky jsou logicky lepší ve srovnání s časem zavádění techniky CAS. Dlouhodobě bylo kontrolováno 315 pacientů s průměrnou dobou 32 měsíců. Velmi dobře je za toto období zpracován výskyt restenóz, kterých bylo méně než 5 %. To je dokonce poněkud nižší frekvence, než udávají ICSS a CREST. V obou studiích je však hodnoceno roční a pětileté období, takže přesně srovnávat nelze.

Současná doporučení AHA/ASA a zejména ESO jsou, pokud jde o asymptomatické stenózy karotidy, poměrně striktní. Proto mě překvapuje převaha asymptomatických pacientů v souboru. Nemám pro to jasné vysvětlení. Mohu se pouze domnívat, že je to dáno spoluprací autorů s pracovištěm vaskulární chirurgie a nikoliv neurochirurgie. Osa neurolog–neurochirurg (v ČR až na výjimku jednoho pracoviště) produkuje jednoznačnou majoritu symptomatických ošetřených pacientů bez ohledu na to, zda CEA nebo CAS technikou. V souladu se současnými poznatky jsem přesvědčen, že je to správná politika. Number need to treat je obecně u asymptomatických pacientů 85, v případě žen je číslo ještě mnohem vyšší. Indikace pro CAS v našem zařízení jsou ve shodě s AHA/ASA doporučeními tato: restenózy, radiačně indukované stenózy, obtížná anatomická situace na krku (hlavohruď, vysoko uložená bifurkace karotidy, předchozí operace na krku, monstrózní struma…) a polymorbidní pacienti. Stáří naopak mluví ve prospěch CEA.

Periprocedurální ischemické komplikace obecně jsou jednoznačně četnější u CAS než CEA. Pokud ponecháme stranou kliniku a hodnotíme nález nové léze na MR, „způsobí" CAS trojnásobný počet lézí než CEA. Nicméně tyto léze nemají dopad na dlouhodobý klinický „outcome". Otázka vlivu těchto lézí na kognitivní funkce není zatím vyřešena, závěry jednotlivých prací jsou dosud nejednoznačné.

Recentní práce nicméně ukazují, že dlouhodobá efektivita CAS je srovnatelná s CEA. To platí pro ischemické příhody stejně jako pro výskyt restenóz. Lze předpokládat, že se to projeví již v příštích „guidelines", která nebudou vůči CAS tak přísná. Otázkou do budoucna zůstává, jak obě metody (CEA a CAS) obstojí ve srovnání se stále se zlepšující konzervativní terapií (např. právě u asymptomatických stenóz). To bude jistě předmětem výzkumu budoucích studií.