

# Więcej o „stentowaniu bezpośrednim”

Dariusz Dudek, Jacek Legutko

Podczas tegorocznego Kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Amsterdamie odbyła się bardzo ciekawa sesja referatowa zatytułowana: „More on direct stenting”. Poświęcona była w całości problemowi bezpośredniej implantacji stentów, bez wstępnego poszerzenia cewnikiem balonowym (DS, *direct stenting*). Bardzo duża frekwencja podczas sesji oraz ożywiona dyskusja nad prezentowanymi pracami świadczy o rosnącym zainteresowaniu kardiologów interwencyjnych tą techniką przezskórnej rewaskularyzacji serca.

W trakcie sesji zaprezentowano po raz pierwszy wyniki trzech randomizowanych badań klinicznych (DISCO, SWIBAP, BET), porównujących bezpośrednie i odległe wyniki DS z tradycyjnym stentowaniem, poprzedzonym predylatacją. W badaniach tych wykazano, iż w wypadku zwężeń o długości poniżej 20 mm, pozbawionych masywnych zwapnień, zlokalizowanych w naczyniach o wymiarze referencyjnym powyżej 2,5 mm i niezbyt krętym przebiegu, skuteczność bezpośrednia DS sięga 97%. Dodatkowo metoda ta wiąże się z mniejszym zużyciem cewników balonowych oraz kontrastu rentgenowskiego, a także krótszym czasem fluoroskopii oraz krótszym czasem trwania całego zabiegu. Co ważne, we wszystkich przypadkach niepowodzeń możliwe było bezpieczne wycofanie stentu oraz jego

skuteczna implantacja po wykonaniu predylatacji. Analiza pomiarów angiografii ilościowej (QCA) potwierdziła, iż wynik bezpośredni DS jest porównywalny ze stentowaniem poprzedzonym predylatacją. Jest to zgodne z naszymi własnymi obserwacjami z ultrasonografii wewnątrzwieńcowej, które zaprezentowaliśmy podczas tej sesji. W naszych badaniach, dzięki bardzo precyzyjnej analizie ultrasonograficznej, udowodniliśmy, iż mechanizm angioplastyki (poszerzania się naczyń, kompresji

miała być mniejsza proliferacja neointymy, a w konsekwencji mniejsza częstość restenozy w stencie. Wyniki zaprezentowanych badań nie potwierdzają jednak tego założenia, ze względu na podobną częstość nawrotów zwężenia po DS jak po stentowaniu z predylatacją. Nie potwierdziły się także nadzieje na zmniejszenie częstości zjawiska *no-reflow* po implantacji stentu, szczególnie u pacjentów z ostrymi incydentami wieńcowymi (ACS, niestabilna dusznica bolesna, zawał serca). W jedynym jak dotąd

badaniu dotyczącym tego problemu częstość *no-reflow* po implantacji stentu u pacjentów z ACS wynosiła 9,2% w grupie DS i 7,7% w grupie stentowania z predylatacją ( $p = NS$ ).

Tak więc przy zachowaniu odpowiedniej kwalifikacji chorych DS zapewnia uzyskanie porównywalnych wyników bezpośrednich i odległych jak stentowanie z predylatacją.

Niewątpliwe korzyści ekonomiczne związane z mniejszym użyciem cewników balonowych oraz kontrastu rentgenowskiego, zmniejszenie czasu napromieniania pacjenta i personelu, jak również krótszy czas trwania całego zabiegu wskazują, iż DS powinien być rozważany we wszystkich przypadkach planowanych do elekttywnej implantacji stentu.

Pracownia Hemodynamiki Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie



fol. Artur Krzywkowski

oraz redystrybucji blaszki miażdżycowej) jest taki sam dla stentowania klasycznego, jak i DS. Prawdopodobnie z tego powodu skuteczność odległa po zabiegach wykonanych różną techniką jest bardzo zbliżona.

Technika bezpośredniego stentowania bez predylatacji została pierwotnie wprowadzona w celu zminimalizowania urazu ściany naczynia oraz zmniejszenia ryzyka rozwarstwienia tętnicy. Dane eksperymentalne wskazywały, iż po DS szybciej dochodzi do regeneracji śródbłonna naczyniowego, czego następstwem