

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa;
Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej, Polska Akademia Nauk, Warszawa



Cóż można powiedzieć o wyżej opisanym przypadku? Otóż same dobre rzeczy. I tak, chociaż tego typu powikłanie, jakim jest sformowanie się tętniaka po implantacji stentu do tętnicy wieńcowej jest stosunkowo rzadkie, to opis diagnostyki i omówienie zagadnienia mogą być potraktowane jako wy-

tyczne do właściwego postępowania w takich przypadkach.

Niejako przy okazji pragnę zauważyć, że pewnie jeszcze więcej informacji niż dzięki ultrasonografii wewnątrznacyniowej z opcją przepływową (tzw. *chrome flow*) wniosłoby zapewne badanie optycznej koherentnej tomografii. Dzięki tej ostatniej metodzie, jeszcze stosunkowo rzadko nie tylko w polskich pracowniach kardioangiograficznych, można dokonać identyfikacji zakrzepu i ocenić stosunek poszczególnych przęsłek stentu (*struts*) do ściany naczynia. Warto również zauważyć, jak pomocna w monitorowaniu następstw zabiegu angioplastycznego może być komputerowa tomografia wielorzędowa.

Analiza tego przypadku skłania także do zastanowienia się nad stentami samorozprężalnymi (*selfexpanding stents*), które wg sporej grupy kardiologów interwencyjnych w określonych wypadkach miałyby stać się konkurencyjnymi dla stentów dostarczanych na balonach (*balloon expandable stents*). Otóż stenty

samorozprężalne (skonstruowane najczęściej z nitinolu), dzięki swoim właściwościom pozostają w ścisłej interakcji ze ścianą naczynia, nie tylko w momencie implantacji, ale dostosowując się z czasem do prawdziwej jego wielkości, zmniejszają szansę złej apozycji (tj. niepełnego przylegania do ściany naczynia) i eliminują tym samym co najmniej jeden z mechanizmów tworzenia się tętniaków pozabiegowych. Warto jednak pamiętać, że rzetelna ocena każdego urządzenia stosowanego w kardiologii interwencyjnej wymaga czasu. Przecież dopiero niedawno niezbyt ciekawe doświadczenia z poprzednich lat (np. stent Radius, Boston Scientific) zostały „niejako przykryte” przez zachęcające wyniki uzyskane ze stentem samorozprężalnym najnowszej generacji (Stentys, Stentys Comp.).

Na koniec jeszcze ostatnia uwaga do użytego przez Autorów stentu. Otóż stent ten (Genous™, OrbusNeich Medical Technologies, Fort Lauderdale, FL, USA) jest pokryty przeciwciałami anti-CD34, co w założeniu ma sprzyjać osadzeniu się na nim komórek progenitorowych śródbłonna, a tym samym umożliwiać skrócenie czasu trwania podwójnej terapii przeciwplatek. Nie ulega wątpliwości, że taki stent, „lepszy” niż klasyczny stent metalowy (BMS) konkurujący ze stentami lekowymi (DES), jest bardzo potrzebny w praktyce klinicznej. Jednak dotychczasowe doświadczenia nie do końca potwierdzają powyższe oczekiwania.

Konflikt interesów: nie zgłoszono