

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



Muszę przyznać, że komentowany artykuł przeczytałem wielokrotnie i za każdym razem ogarniało mnie rozczarowanie. No bo jak tutaj się cieszyć.

U stosunkowo młodego chorego zastosowano leczenie pomostami tętniczymi, które miały starczyć na całe życie, a okazało się, że nic z tego. Co więcej, rokowanie chorego dalekie jest od zadowalającego.

Niestety, wg mnie przedstawiony przypadek zadaje kłam twierdzeniu, że rewaskularyzacja chirurgiczna, a dokładnie tętnicza stanowi panaceum na wielonaczyniową chorobę wieńcową. Kwalifikując, zwłaszcza młodych chorych, do zabiegów rewaskularyzacji kardiologicznej należy jednak pamiętać, że tętnica podobojczykowa podlega procesowi miażdżycowemu. Dlatego też przed wykorzystaniem prawej (RIMA) czy lewej tętnicy piersiowej wewnętrznej (LIMA) w licznych miejscach rutynowo kontroluje się przepływy stosownej tętnicy podobojczykowej. Warto przy okazji wspomnieć, że jednoczesne wykorzystanie obu z powyższych tętnic pogarsza warunki gojenia się mostka. Takie podejście nie jest zatem wskazane u otyłych starszych osób, zwłaszcza chorych na cukrzycę.

Same tętnice piersiowe wewnętrzne jako naczynia typu „elastycznego” praktycznie nie podlegają procesowi miażdżycowemu. Najłabszymi jej punktami są: ujście (przejście miażdżycowej blaszki z tętnicy podobojczykowej), zespolenie z tętnicą wieńcową i bocznicę, gdy są źle podwiązane (wiąże się to z zespołem podkradania). Dlatego bardzo istotna ze strony kardi chirurga jest wysoka jakość przygotowania („wyszkieletowania”) pomostu tętniczego i jego zespolenia z tętnicami wieńcowymi.

Analiza omawianego przypadku zmusza do zadania kilku pytań. Jako pierwsze nasuwa mi się to związane z pierwotną decyzją co do sposobu rewaskularyzacji wieńcowej. Oczywiście nie znam wszystkich faktów, jednak warto zauważyć, że w trakcie zabiegu pomostowania kardiologicznego nie zaopatrzono prawej tętnicy wieńcowej. Zakładając, że była to np. tętnica dozawałowa z obszarem braku żywotności w zakresie ściany dolnej, kwalifikujący mieli do czynienia z chorobą czynnościowo dwunaczyniową. Uważam, że w takim układzie warto zawsze, zwłaszcza u młodego chorego, rozpatrzyć opcje leczenia przezskórne ze

stentami typu DES lub hybrydowego w przypadku niepowodzenia udrożnienia tętnicy przedniej zstępującej (LIMA w MIDCAB do LAD, a stent DES do LCX + ewentualnie do gałęzi marginalnej).

Drugie pytanie wiąże się z decyzjami dotyczącymi leczenia po wykonaniu kontrolnych angiografii. Jest dla mnie zrozumiałe i racjonalne zastosowanie stentu lekowego w ujściu prawej tętnicy piersiowej wewnętrznej, natomiast nie rozumiem, dlaczego w tzw. drugim etapie implantowano stenty (i to zwykle metalowe!) do tętnicy okalającej lewej oraz do gałęzi marginalnej. No bo jeśli skutecznie udrożniono ujście RIMA, to zniesienie istotnego zwężenia w tętnicy okalającej ewidentnie spowodowało tzw. kompetycję między RIMA a naczyniami własnymi. Nie od dzisiaj wiadomo, że taka sytuacja kończy się zazwyczaj postępowaniem miażdżycy w naczyniach własnych lub progresją zmian w chirurgicznie wszczepionym pomoście. Nie ukrywam, że ja uzależniłbym decyzje o ewentualnym drugim etapie angioplastyki wieńcowej od wyniku próby obciążeniowej wykonanej po zabiegu na RIMA. Według mnie dopiero wystąpienie niedokrwienia w zakresie obszaru zaopatrywanego przez tętnicę okalającą lewą byłoby powodem do tzw. drugiego etapu przezskórnej rewaskularyzacji.

Na koniec mam jeszcze trzy krótkie uwagi. Pierwsza z nich dotyczy skonsultowania chorego pod kątem ponownej próby rekanalizacji lewej tętnicy podobojczykowej z ośrodkiem, mającym duże doświadczenia w udrażnianiu tętnic obwodowych. Trochę trudno uwierzyć, że u stosunkowo młodego chorego niezbyt długie zamknięcie tętnicy podobojczykowej jest nie do otwarcia. I im szybciej taka konsultacja się odbędzie, tym szanse na powodzenia zabiegu są większe. Druga kwestia wiąże się faktem zwrócenia większej uwagi na skuteczność terapii statynowej. To dobrze, że Autorzy do stosowanej wcześniej dawki atorwastatyny dołożyli ezetimib, jednak warto regularnie monitorować u chorego stężenie cholesterolu LDL. Trzecia z moich uwag wiąże się z coraz większą rolą, jaką w naszej codziennej praktyce odgrywa tomografia wielorzędowa. Jest ona wręcz nie do zastąpienia w przypadkach przewlekłych zamknięć tętnic rozważanych do zabiegu udrożnienia. Warto o tym pamiętać, bo skraca to czas zabiegu, ogranicza ilość zużywanego kontrastu oraz czas ekspozycji promieni RTG, a ponadto ułatwia dobór technik i sprzętu do samego zabiegu.

Konflikt interesów: nie zgłoszono