

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 po zapoznaniu się z powyższym tekstem wcale nie byłem przekonany, że powinien on zagościć w tym dziale. Jednak bardzo szybko zmieniłem zdanie. I wcale nie miał na to wpływu fakt, tak dobitnie podkreślany przez Autorów, że „to pierwszy tego typu przypadek opisany w literaturze fachowej” (!). Zdecydowało przekonanie, że każdy chory, choćby nie wiadomo z jaką anomalią budowy ciała, powinien być leczony optymalną metodą, jaką w opisywanym przypadku była pierwotna angioplastyka wieńcowa (pPCI). Oczywiście, aby taka terapia była skuteczna, potrzebny jest specjalista z odpowiednim doświadczeniem i dobrze zaopatrzony magazyn sprzętowy. Jak widać z opisu przypadku, oba z powyższych warunków zostały spełnione, dlatego chory został wyprowadzony ze stanu bezpośredniego zagrożenia życia i wypisany do domu w dobrym stanie ogólnym. Nie pozostaje zatem nic innego, jak tylko pogratulować operatorowi osiągnięcia dobrego rezultatu i zachęcić lekarzy czynnie zajmujących się kardiologią inwazyjną do niepoddawania się tego typu przeciwnościom (!).

Co do samego protokołu zabiegu pPCI, mam tylko dwie uwagi, które warto uwzględnić w podobnych przypadkach. Otóż, trzeba zdawać sobie sprawę, że w sytuacji rozwijają-

cego się wstrząsu kardiogennego spadek ciśnienia tętniczego wiąże się ze zmniejszeniem perfuzji wieńcowej, co oczywiście sprzyja wykrzepianiu wewnątrznaczyniowemu, a tym samym niepowodzeniu zabiegów rewaskularyzacyjnych. Dlatego warto przed przystąpieniem do właściwego zabiegu PCI zadbać o podwyższenie ciśnienia tętniczego wlewami amin presyjnych, a przy ich nieskuteczności, zakładając balon do kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej (IABP). Zapewniam, że skuteczność PCI w takich sytuacjach znacznie wzrasta. Druga uwaga dotyczy użytego stentu. W obowiązujących zaleceniach, dotyczących rewaskularyzacji mięśnia sercowego, lokalizacja zwężenia w segmencie proksymalnym gałęzi przedniej zstępującej u osób ze stabilną chorobą wieńcową uzyskała preferencje dla leczenia kardiochirurgicznego za pomocą wszczepienia tętnicy piersiowej wewnętrznej lewej. Wiąże się to z faktem dużej skłonności do restenozy po implantacji stentu, która w przypadku BMS przekracza 40%. Zastosowanie stentu lekowego (DES), i to zwłaszcza z grupy olimus, drastycznie obniża (nawet do wyniku jednocyfrowego) ten odsetek. Pozostaje mi tylko domyślać się, że ze względu na ciężki stan chorego, w tym tzw. „mały rzut” zwiększający ryzyko zakrzepicy w stencie (zdecydowanie większe w przypadku DES) operator myślał przede wszystkim o efekcie bezpośrednim. Kto wie, czy jednak użycie IABP skutkujące wzrostem ciśnienia tętniczego nie zmieniłoby decyzji operatora w tej kwestii.

Konflikt interesów: nie zgłoszono