

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



Niewątpliwie niniejszy „Angiogram miesiąca” dotyczy bardzo ważnego zagadnienia, jakim jest zakrzep zamykający naczynie odpowiedzialne za zawał serca (IRA). Doświadczenie zdobyte w ciągu ostatnich lat powszechnego stosowania pierwotnej angioplastyki wieńcowej jako metody leczenia ostrego zawału serca jednoznacznie dowodzi,

że w przypadkach obecności zakrzepu o istotnej objętości (*thrombus rich lesion*) proste mechaniczne udrożnienie tętnicy wieńcowej za pomocą balonika angioplastycznego nie zapewnia optymalnego efektu. U podłoża tego faktu leży najprawdopodobniej embolizacja dystalna elementami zakrzepu i blaszki miażdżycowej, towarzysząca tym mechanicznym działaniom.

Autorzy niniejszego „Angiogramu miesiąca” przedstawili nie tylko interesujący przypadek kliniczny, ale również dyskusję dotyczącą m.in. dostępnych metod prewencji embolizacji mikrokrażenia wieńcowego. Dla mnie w tej ostatniej zabrakło tylko jednej kwestii. Otóż pozostaje nie do końca zrozumiałe, dlaczego korzystne z racjonalnego punktu widzenia działania nie zawsze przekładają się na oczekiwany efekt kliniczny. Widać to w niejednoznacznych wynikach wielu prac oceniających skuteczność prewencji zatorowości mikrokrażenia wieńcowego. Zdaję sobie sprawę, że wspomniany przeze mnie problem nie jest łatwy i zapewne upłynie jeszcze sporo czasu zanim uzyskamy satysfakcjonujące wszystkich wyjaśnienia. Osobiście jednak uważam, że niejako kluczem do zrozumienia braku jednoznacznego efektu trombektomii aspiracyjnej wspomaganą inhibitorem receptora GP IIb/IIIa oraz ewentualnie urządzeniem protekcji dystalnej (m.in. różnego rodzaju filtrów) jest z jednej strony czas zamknięcia IRA, a z drugiej związana z tym „dojrzałość” zakrzepu. Oczywiście świeży, bogatopłytkowy zakrzep udaje się usunąć zdecydowanie łatwiej niż starszy zawierający już sporo włókniaka i erytrocytów. Niewątpliwie sporą rolę w skuteczności zabiegów protekcyjnych odgrywa stopień zaawan-

sowania miażdżycy i wydolność krążenia obocznego. Dość powiedzieć, że w przypadku miękkiej blaszki w miejscu zamknięcia IRA i dobrego stanu jej obwodu aspiracja ssącą ręcznym trombektomem jest zazwyczaj łatwa i efektywna, natomiast w przypadku naczynia zmiażdżycowanego, z twardą blaszką w miejscu zamknięcia niezbędne jest przygotowanie cewnikiem balonowym (tzw. predylatacja — najczęściej balonikiem o średnicy 1,5 mm), co samo w sobie może powodować embolizację dystalną. Jeśli ponadto uwzględnimy to, że inhibitory receptora płytkowego IIb/IIIa nie są zbyt skuteczne w „dojrzałym zakrzepie”, a dostępnymi urządzeniami protekcji dystalnej daleko do idealnej efektywności (zbyt duże oczka filtru i możliwość embolizacji w trakcie ich umieszczania w IRA), to tym bardziej widać, jak trudno liczyć na jednoznaczne efekty w przypadku z góry ustalonej strategii dla wszystkich chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi leczonych przeskórną rewaskularyzacją.

Według mnie powinniśmy dążyć do dostosowywania używanych urządzeń do indywidualnej sytuacji danego chorego w myśl zasady „minimum ingerencji, ale i maksimum efektywności”. Oznacza to, że u jednych chorych może wystarczyć miejscowe podanie inhibitora płytkowego IIb/IIIa, a u drugich prosta aspiracja zakrzepu w osłonie dowieńcowej powyższego inhibitora. Z kolei jeszcze u innych niezbędne będzie nie tylko założenie urządzenia do dystalnej lub proksymalnej protekcji zatorowej, ale wykorzystanie również trombektomu ssącego. Istnieją przesłanki, że przydatny w walce z mikroembolizacją krążenia wieńcowego jest stent pokryty siateczką, nazywany też protekcyjnym (MGuard, InspireMD).

Bardzo mnie cieszy fakt, że Autorzy niniejszego „Angiogramu miesiąca” zaprezentowali skuteczne działanie kliniczne, które można wpisać w ramy proponowanej przeze mnie strategii walki z zakrzepem w IRA. Tym bardziej wierzę, że już niedługo stosowne zalecenia pojawią się w oficjalnych dokumentach towarzystw naukowych. Abstrahując od kosztów, tylko takie postępowanie (tj. stopniowe wprowadzanie kolejnych urządzeń) może zapewnić maksymalną efektywność prewencji mikrozatorowości wieńcowej.