

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



Trzeba przyznać, że prezentowany w powyższym „Angiogramie miesiąca” przypadek kliniczny należy zaliczyć do bardzo interesujących. Nie ukrywam, że jego lektura wzbudziła we mnie „mieszane uczucia”, co wiązało się z faktem, iż na miejscu operatora przyjąłbym nieco inną strategię działania. Nie oznacza to, że zaprezentowane

przez Autorów postępowanie było złe. W sytuacji, kiedy mamy do czynienia z przypadkami stosunkowo rzadko występującymi, a do takich należy zaliczyć koincydencję mostka mięśniowego (MB) z zakrzepem w tętnicy odpowiedzialnej za ostry zespół wieńcowy (IRA), to okazuje się, że w piśmiennictwie fachowym nie ma jednoznacznych wytycznych, co zmusza do działań „intuicyjnych”.

Tak się składa, że moje zainteresowanie MB trwa już kilka lat, a to pozwala mi odnosić się do roli i znaczenia tej anomalii w historii naturalnej choroby wieńcowej w szerokiej perspektywie. Należy pamiętać, że MB generalnie nie obciąża rokowania osób z chorobą wieńcową. Ściana naczynia, uciskana przez pasma mięśniowe serca, nie jest zajęta blaszką miażdżycową, która jeżeli już występuje, to lokalizuje się proksymalnie do niego. Jeśli do tego dodać, że stentowanie MB jest obciążone istotnym odsetkiem restenozy (m.in. ze względu na mechaniczne uszkodzenia stentu) oraz możliwością dyssekcji, wynikającej z dysproporcji

średnic naczyńia dystalnie do stentu, a objaw nasilania się objawów MB po implantacji stentu proksymalnie do niego odzwierciedla skuteczność takiego zabiegu, to proponowana przeze mnie strategia nie powinna nikogo dziwić. Dla mnie znacznie większym problemem byłby duży zakrzep, którego migracja zawsze kończy się dystalną embolizacją mikrokrążenia wieńcowego, a co się z tym wiąże — realnym uszkodzeniem mięśnia sercowego, co ma istotny negatywny wpływ nie tylko na odległe rokowanie chorego poddawanego pierwotnej angioplastyce wieńcowej.

Uwzględniając powyższe fakty, na początku zabiegu starałbym się wykonać skuteczną trombektomię aspiracyjną i dopiero po tym oceniłbym wielkość tętnicy i długość blaszki podlegającej pokryciu stentem. Oczywiście idealnie byłoby wykorzystać do tego celu ultrasonografię wewnątrznacyniową, ale zdając sobie sprawę z realiów, tylko o tym wspominać... Generalnie starałbym się jak najbardziej skrócić długość implantowanego stentu, który oczywiście powinien być z grupy tzw. lekowych (DES). Z całą pewnością nie pokrywałbym całego MB. Jestem przekonany, że przy takim protokole zabiegowym wzrost markerów martwicy mięśnia sercowego u chorej byłby znacznie mniejszy (skuteczna trombektomia!) i nie byłoby potrzeby doszczepiania drugiego stentu (brak brzeżnej dyssekcji).

Oczywiście moje uwagi pozostają tylko w sferze dywagacji. Najważniejsze jest, że chorej udrożniono IRA, zdecydowanie poprawiając jej rokowanie.

Konflikt interesów: nie zgłoszono