

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



Opisywany przypadek różni się nieco od typowych przedstawianych w „Angiogramie miesiąca” — przede wszystkim ze względu na nieskuteczność klasycznego cewnika balonowego „w walce” z istotnym zwężeniem wieńcowym. Operator mimo stopniowego zwiększania średnicy kolejnych cewników balonowych i aplikacji co-

raz wyższych ciśnień nie uzyskał jego pełnego rozprężenia, a tym samym istotnej redukcji zwężenia będącego powodem dolegliwości stenokardialnych.

Takie zmiany zaliczane do tzw. twardych lub opornych (*rigid lesions*) stanowią spory (ok. 5% poddawanych PCI) problem nie tylko przez fakt nieskuteczności PCI, ale i częstej koincydencji mechanicznego uszkodzenia ściany naczynia, do perforacji włącznie. Zmiany takie ze zrozumiałych względów występują częściej u chorych w podeszłym wieku, a ich badanie w IVUS ujawnia liczne zwapnienia, obecność tkanki włóknistej albo mieszany charakter blaszki miażdżycowej.

Kardiolog interwencyjny na szczęście nie jest dzisiaj bezbronny w takiej sytuacji. Wśród urządzeń, które są pomocne w leczeniu „twardych”, a tym samym niepodatnych na klasyczny cewnik balonowy, zwężeń są przede wszystkim szybkoobrotowa aterektomia wieńcowa (poprawnie zwana rotablacją — ROTA) oraz cewniki balonowe posiadające na swojej powierzchni elementy metalowe ułatwiające „pokonanie” takiej zmiany. W tym ostatnim przypadku niejako klasykiem jest tzw. balon tnący (CB, *cutting balloon*), posiadający stalowe ostrza (2–3 w zależności od średnicy balonika). Urządzenie to teoretycznie zapewnia najlepsze rezultaty (działa po-

zez nacięcia blaszki, sprzyjające tzw. kontrolowanym dysekcjom), jednak jego sztywność nie zawsze pozwala go dostarczyć do zwężenia wymagającego leczenia. Inne podobnego typu cewniki są łatwiej dostarczane do zwężenia bez względu na to, jakiego typu „zbrojenie” posiadają (wtopione druciki lub wzmocnione szorstkie pasma powierzchni balonika), ale trudno w ich przypadku mówić o „kontrolowanych dysekcjach”, a tym samym przewidywalności wyniku.

Wspomniana ROTA obecnie jest stosowana raczej w sytuacjach, w których widoczne są masywne zwapnienia. Sama metoda wymaga użycia specjalnego stalowego przewodnika i stosunkowo drogiego osprzętu (m.in. *advancer*, cewnik z wiertelkiem i jednostka napędowa). Wykonanie takiego zabiegu (będącego przygotowaniem zwężenia do końcowej implantacji stentu) wymaga sporo czasu i wiąże się z potencjalnymi zaburzeniami przepływu (w tym zjawisko *no-reflow*) ze względu na działanie mikrozasorowe drobnych cząstek z ablowanej blaszki miażdżycowej.

Na szczęście u opisywanej chorej operatorowi udało się z pomocą CB wykonać stosunkowo szybko skuteczny klinicznie zabieg PCI. Ponadto, mimo pierwotnej charakterystyki zwężenia, dzięki zastosowanej strategii była możliwa optymalna implantacja stentu (dobra apozycja, duży zysk w przyroście światła) istotnie zwiększająca szansę na dobry wynik odległy. Nie ma co ukrywać, że chociażby ze względów ekonomicznych zabieg z użyciem CB nie powinny być wykonywane zbyt często, jednak warto w magazynach sprzętowych posiadać i to urządzenie. Jak pokazuje powyższy przykład, może on ułatwić znacznie pracę dyżurnego kardiologa interwencyjnego zmagającego się z kolejnym przypadkiem, w tym zakwalifikowanym do grupy ostrych zespołów wieńcowych.

Konflikt interesów: nie zgłoszono