

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



Przedstawiony w powyższym „Aniogramie miesiąca” przypadek kliniczny powinien mocno zapaść w pamięć, zwłaszcza kardiochirurgom. Z opisanych faktów jednoznacznie wynika, jak ważna dla chorego poddanego zabiegowi pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG) jest precyzja i jakość pracy kardiochirurga. Wystarczy nadmienić, że w przypadku prawidłowego „oszkielestowania” tętnicy piersiowej wewnętrznej lewej (LIMA) opisywanemu choremu raczej nie przytrafiłby się zawał serca (!). Na szczęście, z mojej praktyki klinicznej (a składają się na nią tysiące ocenianych koronarografii) wynika, że tzw. błędy kardiochirurga (m.in. wszycie pomostu powyżej zwężenia czy do zatoru wieńcowej) są stosunkowo rzadkie. Z całą pewnością sprzyja temu bardzo duża dostępność koronarografii, którą można wykonać nawet tuż po CABG, w przypadku wątpliwości kardiochirurga lub ze względu na obraz kliniczny.

Na marginesie całej sprawy, kwalifikując chorego do operacji kardiochirurgicznej, trzeba mieć świadomość, jak wiele zależy od rzetelności i umiejętności chirurga. Jest to

tym bardziej ważne w dobie „heart team”, kiedy wzajemna uczciwość zawodowa powinna pomagać w wyborze optymalnej dla danego pacjenta metody leczenia w przypadku wielonaczyniowej choroby wieńcowej. Główni uczestnicy powyższego zespołu powinni pamiętać o ograniczeniach swojej metody oraz tzw. wynikach własnych (!).

Co do konkretnego problemu u opisywanego chorego, związanego z potencjalnym zamykaniem gałęzi bocznej LIMA, to było ono teoretycznie możliwe, jednak zdecydowanie łatwiejszy do wykonania, z bardziej przewidywalnymi efektami, był zabieg odtworzenia właściwego przepływu w tętnicy przedniej zstępującej poprzez implantację stentu. Autorzy zdecydowali się właśnie na taki zabieg. Wielka szkoda, że użyli oni klasycznego stentu metalowego (BMS), a nie lekowego (DES). Nie jest żadną tajemnicą, że stent typu DES zapewnia zdecydowanie lepsze wyniki odległe, jeśli chodzi o utrzymanie światła pozabiegowego. Przy czym możliwość zastosowania DES nowszych generacji oraz przedłużenie podwójnej terapii antyplatekowej zmniejszają prawdopodobieństwo wystąpienia zakrzepicy wewnątrzstentowej, i to również u chorych z ostrym zespołem wieńcowym.

Konflikt interesów: nie zgłoszono