

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med Robert J. Gil

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Zakrzepica w stencie (IST, *intra-stent thrombosis*) to ciężkie powikłanie przezskórnej rewaskularyzacji (PCI) związane niestety z bardzo obciążającym rokowaniem dla chorego. W zależności od czasu, jaki upływa od implantacji stentu do jego wystąpienia wyróżnia się: ostrą (w trakcie 24 h), podostrą (do 30. dnia), późną (do 12 miesięcy) oraz bardzo późną (ponad rok) IST. Z prak-

tyki klinicznej wiadomo również, że to rokowanie jest paradoksalnie tym gorsze, im mija dłuższy czas od PCI. Sprzyja temu poczucie zdrowia chorego, brak skojarzenia objawów z wcześniejszym zabiegiem, zazwyczaj duża odległość od ośrodka wykonującego koronarografię i PCI. Zgodnie z tym podziałem przedstawiony w niniejszym „Angiogramie miesiąca” przypadek to rzeczywiście podostra zakrzepica w stencie. I pewnie nic specjalnego w nim byśmy nie znaleźli (przecież IST przedstawiano już niejednokrotnie), gdyby nie fakt jej jednoczesnego wystąpienia w dwóch wcześniej implantowanych stentach. Takiego przypadku w tym dziale *Kardiologii Polskiej* jeszcze nie było (!).

Jednak lektura powyższego „Angiogramu miesiąca” wzbudziła we mnie kilka wątpliwości, z którymi pragnę się podzielić z Czytelnikami *Kardiologii Polskiej*. Nie ukrywam przy tym, że osią mojego rozumowania jest próba uniknięcia IST w podobnej sytuacji klinicznej. Wierzę, że inne niż podjęte decyzje mogłyby uchronić chorego przed tym ciężkim powikłaniem.

Pierwsza z nich to kwestia pierwotnej kwalifikacji chorej do pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG). Osobiście nie zakwalifikowałbym omawianej chorej do CABG, zwłaszcza w przypadku konieczności 3-tygodniowego oczekiwania na zabieg operacyjny. Warto uzmysłowić sobie, że w badaniach porównujących wyniki CABG z PCI w chorobie wielonaczyniowej część zgonów w grupie CABG nastąpiła jeszcze przed operacją (!). Moja taktyka byłaby zatem następująca: albo zabieg CABG w trakcie pierwotnej hospitalizacji (podkreślał brak podwyższonej aktywności enzymów martwiczych przy zwiększonym prawdopodobieństwie nawrotu dolegliwości i rozwoju cięższej postaci ostrego zespołu wieńcowego) albo zabieg PCI z próbą identyfikacji zwężenia odpowiadającego za zaostrzenie kliniczne, czyli z użyciem jednego możliwie jak najkrótszego stentu metalowego (BMS).

Niewątpliwie po opublikowaniu wyników badania SYN-TAX kwalifikacja pacjentów z wielonaczyniową chorobą wieńcową do PCI stała się łatwiejsza, zwłaszcza jeśli można skorzystać z tak zwanego *Syntax score* (punktowa ocena charakterystyki angiograficznej zwężeń podlegających leczeniu). Oczywiście dwa zdjęcie drzewa wieńcowego nie pozwalają na wiarygodne wyliczenie powyższego wskaźnika (jego wartość do 22 pkt = przewaga PCI, do 32 pkt = równocenne PCI i CABG, powyżej 33 pkt = przewaga CABG w leczeniu wielonaczyniowej choroby wieńcowej), jednak jeśli uwzględnimy się fakt, że recesywna gałąź okalająca nie wymaga rewaskularyzacji, to mamy do czynienia z tak zwaną chorobą dwóch naczyń, którą można leczyć dwoma stentami (!). Tak zresztą postąpili w końcu Autorzy, tyle że w celu uzyskania dobrego rokowania powinny to być stenty lekowe (!).

I tutaj dochodzimy do drugiej uwagi, która wiąże się z rodzajem użytych stentów oraz ich długością i średnicami. Nie ma co ukrywać, że Narodowy Fundusz Zdrowia poprzez swój katalog procedur niejako promuje użycie stentów metalowych (BMS) w ostrym zespole wieńcowym. Jednak wiadomo przecież, że im dłuższy jest stent i im mniejszej średnicy, tym większe jest prawdopodobieństwo powikłań wczesnych (zakrzepica) i odległych (restenoza). To właśnie dlatego wspominałem wcześniej, że starałabym się ograniczyć PCI do naczynia odpowiedzialnego za ostry zespół wieńcowy, z użyciem możliwie krótkiego stentu. Pragnę w tym miejscu podkreślić, że nie ma jednoznacznych dowodów, iż w przypadku BMS pokrycie nim zwężenia z przystawowym nadciężaniem długości (tj. od odcinka angiograficznie prawidłowego, poprzez stenozę, po odcinek angiograficznie prawidłowy poza stentem) nie ma przewagi nad bardziej wstrzemięźliwym stentowaniem (tj. miejsca istotnie przewężonego z odpowiednim marginesem). Ta pierwsza taktyka sprawdza się w przypadku stentów z grupy DES, a takich niestety Autorzy nie zastosowali. Ponadto trzeba zdać sobie sprawę, że w przypadku stentów o znacznych długościach trudno mówić o tak zwanej optymalizacji implantacji, nie wspominając o tym, że takowa nie jest ani łatwa, ani do końca zalecana w ostrych zespołach wieńcowych.

Trzecia uwaga dotyczy zbyt pochopnego, moim zdaniem, stwierdzenia braku u omawianej chorej oporności na leki antyagregacyjne. Zgadza się, że trudno o niej mówić w przypadku kwasu acetylosalicylowego, natomiast pragnę zwrócić uwagę, że w przypadku kłopidogrelu Autorzy stwierdzili gra-

niczny wynik (33%, przy normie > 30%). Praktyka kliniczna nauczyła mnie sporej pokory, jeśli chodzi o tak zwane wartości graniczne (*cut-off criteria*). W literaturze specjalistycznej najczęściej mówi się o strefie przejściowej lub wartościach pośrednich, niejako uciekając od pojedynczych wartości liczbowych. Niewłaściwa odpowiedź na kłopidogrel jest stosunkowo częsta w populacji ludzkiej (śr. 40%) i jest powodem poszukiwania optymalnych dawek kłopidogrelu (podwajanie — badanie *Current Oasis 7*) oraz nowych leków przeciwplatek (np. prasugrel — *Triton TIMI 38*).

Dlatego, według mnie, u omawianej chorej nie można jednoznacznie wykluczyć upośledzonej odpowiedzi na kłopidogrel, a wystąpienie IST 3 dni po PCI wiązało się z wcześniejszym użyciem inhibitora receptora płytkowego IIb/IIIa. Takie podejście jest bardzo ważne, gdyż w zdecydowanej większości przypadków zwiększona dawka kłopidogrelu jest w stanie przełamać tę tak zwaną oporność, zabezpieczając

chorego przed następnymi epizodami IST. Interesujące jest to, czy Autorzy rzeczywiście uwierzyli w prawidłową odpowiedź na kłopidogrel i nie zwiększyli dawki do 2 razy 75 mg/d., co jest rekomendowane właśnie ze względu na wspomniane powyżej fakty.

Na zakończenie jeszcze jedno. Do niedawna panowało przekonanie, że dostępne testy laboratoryjne nie mają „przełożenia” na wyniki kliniczne. Nieco więcej optymizmu wnoszą wyniki badania POPULAR (*Do Point-of-care Platelet Function Assays Predict Clinical Outcomes in Clopidogrel Pre-treated Patients Undergoing Elective PCI*), które jako pierwsze dowodzą, że przydatność kliniczna, jeśli chodzi o ocenę odpowiedzi na leczenie kłopidogrelem, zależy od użytego testu (!). Tylko 3 z 6 dostępnych obecnie na rynku urządzeń nadają się do takich dywagacji. Wśród tych „właściwych” testów znajduje się również ten zastosowany przez Autorów (oceniający aktywność receptora P2Y12).