

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



W licznych publikacjach naukowych i doniesieniach zjazdowych podkreśla się, że bezpośrednią przyczyną ostrych zespołów wieńcowych (OZW) jest pęknięcie (albo owrzodzenie) blaszki miażdżycowej. Ponadto około 50% takich przypadków ma miejsce w tętnicach wieńcowych bez ciasnych zwężeń. W tej grupie około 5% stanowią

naczynia, które na podstawie koronarografii opisano jako angiograficznie prawidłowe (!). I właśnie takie tętnice wieńcowe stwierdzono u opisywanej chorej.

Jednak w odróżnieniu od sytuacji, w której w wyniku endogennej fibrynolizy i/lub wszczętego leczenia koronarografia ujawnia drożne naczynia epikardialne o gładkich obrzaskach ścian, u opisywanej chorej prawa tętnica wieńcowa była „zablokowana” zakrzepem. Musiał się on uformować na pękniętej blaszce, której lokalizacja pozostaje kwestią otwartą. Tutaj pomogłoby zapewne tylko wewnątrzwieńcowe badanie obrazowe (ultrasonograficzne — IVUS, lub optycznej koherentnej tomografii — OCT) poprzez identyfikację blaszki odpowiedzialnej za OZW. Oczywiście w omawianym przypadku można mówić o angiograficznie prawidłowej tętnicy tylko dlatego, że operator skorzystał z najnowszych zaleceń dotyczących przypadków z obecnością zakrzepu o dużej objętości (*thrombus rich lesion*). W uproszczeniu, zalecenia te podkreślają potencjalne prewencyjne działanie tromboaspiracji w stosunku do embolizacji obwodowej. I właśnie to według mnie jest najważniejszą informacją płynącą z niniejszego „Angiogramu miesiąca”, choć jak opisują Autorzy, i ta metoda nie jest pozbawiona niedoskonałości (daleko jej do

100-procentowej efektywności). Dowodzi tego widoczna w angiografii po użyciu trombektomu aspiracyjnego embolizacja obwodowych gałązek tętnicy zstępującej tylnej. Stąd kolejna nauka — co najmniej równie ważna jak mechaniczne udrożnienie jest odpowiednia farmakoterapia. Jeszcze 3, a nawet 2 lata temu w przypadkach STEMI zalecano używanie cewnika balonowego, najlepiej w „obstawie” inhibitora receptora płytkowego IIb/IIIa. Jednak obecnie panuje przekonanie, że trombektomia aspiracyjna jest bardziej efektywna i zmniejsza embolizację obwodową, a tym samym poprawia rokowanie chorego. Coraz częściej uważa się, że w przypadkach OZW z widocznymi cechami masywnego zakrzepu najlepsze wyniki zapewnia PCI z użyciem biwalirudyny (rzadza potrzeba użycia inhibitora IIb/IIIa, mniej powikłań kwrotocznych) oraz trombektomia ssąca. W Polsce powyższy lek ze względu na wysoką cenę nie jest powszechnie stosowany, dlatego operator skorzystał z abciximabu.

Na zakończenie chcę zwrócić uwagę jeszcze na jedną kwestię. Chodzi mi o prawdziwy dylemat operatora, który po takim „oczyszczeniu” naczynia w wyniku tromboaspiracji i zastosowaniu inhibitora IIb/IIIa nie znajduje w kontrolnym angiogramie widocznego zwężenia. Według mnie ewentualne wszczępienie stentu może mieć miejsce pod warunkiem identyfikacji blaszki odpowiedzialnej za OZW i celowanej implantacji. Jednak życie pokazuje, że nierzadko obraz IVUS czy OCT ujawnia obecność więcej niż jednej takiej blaszki, a do tego dotychczas nie ma potwierdzenia dość popularnej na początku XXI wieku teorii „pasywacji blaszki ranliwej” (*vulnerable plaque sealing*). Zatem pozostaje uznać, że postępowanie operatora w opisywanym przypadku może służyć jako wzorzec dla podobnych sytuacji.