

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



W bieżącym „Angiogramie miesiąca” przedstawiono bardzo interesujący przypadek. Z jednej strony jest on dowodem na to, ile potrafi współczesna kardiologia, a z drugiej świadczy o tym, że każdej metodzie terapeutycznej towarzyszą powikłania. Jak wynika z opisu w 2007 roku z powodu infekcyjnego zapalenia pierwotnie implantowanej zastawki aortalnej, po jej chirurgicznym usunięciu, choremu wszczepiono nową zastawkę wraz z protezą aorty wstępującej. Prawą i lewą tętnicę wieńcową połączono z powyższą protezą wstawkami żylnymi. Jednak omawianemu choremu nie dopisywało szczęście, gdyż z powodu progresji zwężeń wymagał on kolejnych zabiegów angioplastycznych.

Pierwszy problem pojawił się już 4 miesiące po drugiej operacji kardiologicznej. W wielorzędowej tomografii komputerowej (MSCT) wykazano obecność ciasnych zwężeń w miejscu wszycia wstawek żylnych, łączących prawą i lewą tętnicę wieńcową do protezy aortalnej. Zaplanowana metoda leczenia, tj. implantacja stentu pokrytego lekiem (DES), nie powiodła się ze względu na problemy anatomiczne w przypadku prawej tętnicy wieńcowej, natomiast zakończyła się sukcesem w przypadku lewej tętnicy wieńcowej. Niestety 14 miesięcy później ze względu na nawrót zwężeń konieczne było przeprowadzenie kolejnej przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI), która zakończyła się, co prawda, sukcesem, jednak trzeba było użyć kolejnego DES.

Niewątpliwie złożoność omawianego przypadku klinicznego skłania do przeprowadzenia wnikliwej analizy, a w jej trakcie powstaje wiele pytań, takich jak: rola MSCT, dławcego PCI z DES oraz czy należy rekanalizować prawą tętnicę wieńcową?

Na przykładzie opisywanego przypadku warto zauważyć przydatność MSCT, skracającej drogę do skutecznej rewaskularyzacji, oraz atrakcyjność PCI w przypadku rutynowo

poddawanych leczeniu kardiologicznemu (choć ta ostatnia decyzja została niejako wymuszona wyborem chorego).

W kwestii pierwszego zabiegu PCI uderza uzyskane stosunkowo małe światło w miejscu pierwotnego zwężenia (MLA). Warto sobie uświadomić, że uzyskane przez Autorów powyższego *Angiogramu miesiąca* pole $7,2 \text{ mm}^2$, w jak by nie było odpowiedniku proksymalnego segmentu tętnicy przedniej zstępującej, stanowi około 80% wartości MLA zalecanej po badaniu MUSIC. Oczywiście ktoś może twierdzić, że w przypadku stentu typu DES powinno wystarczyć pole $\geq 5,5 \text{ mm}^2$. Jednak ta wartość dotyczy naczynia natywnego, natomiast u opisanego pacjenta zabieg dotyczył wstawki żyłnej, w przypadku której nie ma jednoznacznej przewagi DES nad BMS i do tego w miejscu szwów chirurgicznych. Z tych powodów kwestia optymalizacji zabiegu na pomoście żylnym jest szczególnie istotna. Zatem pierwszy zabieg PCI nie zapewniał optymalnego wyniku, natomiast w drugim zabiegu przynajmniej częściowo skorygowano ten problem, używając stentu umieszczonego na większym baloniku (3,5 m), co teoretycznie powinno pozwolić na uzyskanie MLA nieco powyżej 9 mm^2 (jak wykazano w badaniu MUSIC). Oczywiście bez kontroli ultrasonografii wewnątrznaczyniowej jest to trudne do potwierdzenia, tym bardziej że zaistniała konieczność poszerzenia stentu w stencie. Z kolei pierwszy stent nie był przerośnięty neointimą, a podatność niezdegenerowanej żyły jest całkiem dobra. Należy też pochwalić wybór stentu pokrytego analogiem rapamycyny, który jest bardziej efektywny w zwalczaniu proliferacji neointimy (mniejszy w stosunku do paklitakselu, tzw. *late lumen loss*).

Dobry stan chorego 4 miesiące po ostatnim zabiegu PCI potwierdza pośrednio słuszność zastosowanego leczenia i daje nadzieję na utrzymanie dobrego wyniku w czasie. Wiele wskazuje, że krążenie oboczne zabezpiecza wystarczające ukrwienie dorzecza prawej tętnicy wieńcowej, dlatego też rekanalizacja tego naczynia nie wydaje się konieczna.