

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Niewątpliwie zakrzepica w naczyniu odpowiedzialnym za ostry zespól wieńcowy (OZW) poddawanym leczeniu przezskórnemu (PCI) z racji potencjalnych jej następstw (w tym zgon chorego) jest powodem dużej frustracji operatora. Ponieważ taka sytuacja może się zdarzyć w trakcie całodobowego dyżuru, może się stać wręcz jego „koszmarem nocnym”.

W ramach leczenia takiego powikłania obowiązuje oczywiście jak najszybsze odtworzenie światła naczynia i pełnego przepływu krwi, jednak od dłuższego czasu już wiemy, że samo mechaniczne udrożnienie zamknięcia cewnikiem balonikowym grozi dystalną embolizacją, dlatego obecnie preferuje się w takich przypadkach trombektomię ssącą oraz wspomagającą farmakoterapię. Nie bez znaczenia w takiej sytuacji jest podanie inhibitora receptora płytkowego GP IIb/IIIa, z których najrzadziej stosuje się tirofiban, jednak według autorów niniejszego „Angiogramu miesiąca” właśnie jego dowiewcove podanie spowodowało rozpuszczenie się zakrzepu związanego z implantacją stentu.

Już choćby z tego ostatniego powodu — bo przecież nie zawsze dysponujemy abciximabem czy eptifibatidem — należy zapamiętać ten „Angiogram miesiąca”. Tak na marginesie, to w mojej opinii sytuacja, która miała miejsce u opisy-

wanego chorego, dowodzi niejako roli tromboaspiracji oraz protekcyjnego działania odpowiednio wcześniej (*up front*) podanego inhibitora GP IIb/IIIa u chorych z OZW. Jest wielce prawdopodobne, że zastosowanie przed implantacją stentu stosunkowo taniego trombektomu ssącego uchroniłoby chorego przed migracją zakrzepu z pękniętej blaszki miażdżycowej. Podobny efekt można by przewidywać w sytuacji podania pacjentowi tego samego tirofibanu jeszcze przed rozpoczęciem zabiegu pierwotnej angioplastyki.

Warto jednak pamiętać, że PCI w zmianie odpowiedzialnej za OZW wiąże się sytuacją tak zwanego podwyższonego pogotowia zakrzepowego. Przecież stent jest ciałem obcym, mającym właściwości trombogenne. Dlatego z jednej strony ogromnie ważne jest stosowanie odpowiedniej podwójnej terapii przeciwplatekowej, a z drugiej — dobranie właściwej wielkości stentu (średnica i długość) oraz jego poprawne implantowanie. Należy zdawać sobie sprawę, że nawet zalecana w przypadkach OZW dawka wstępna kłopidogrelu (tj. 600 mg) osiąga odpowiedni poziom blokady płytek w 2 godziny po podaniu, a działanie kwasu acetylosalicylowego jest jeszcze wolniejsze. Jak uczy praktyka kliniczna, nie zawsze mamy taki margines czasowy i — kłopoty gotowe. W moim przekonaniu, dlatego właśnie w aktualnych Zaleceniach zamieszczono taką „łatwość” profilaktycznego podawania inhibitorów receptora płytkowego GP IIb/IIIa.