

## Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Powyższy przypadek opisany przez tureckich kolegów zasługuje na szczególną uwagę z co najmniej dwóch względów, tj. decyzji terapeutycznej podjętej po pierwszej koronarografii oraz wyboru sposobu leczenia po kontrolnej koronarografii wykonywanej 5 miesięcy po implantacji stentu do ujścia gałęzi przedniej zstępującej (GPZ).

Dywagacje te są tym bardziej uprawnione, że od niedawna obowiązują nowe wytyczne dotyczące rewaskularyzacji mięśnia sercowego, które wręcz zmuszają do drobiazgowego rozważania „za i przeciw” dostępnych metod leczenia. I tak, według wspomnianych wytycznych ze względu na objawy kliniczne, tj. ostry zespół wieńcowy (OZW), zabieg przeszłonny typu *ad hoc* był jak najbardziej uprawniony. Pozostaje jedynie kwestia, jaki stent został wówczas implantowany u opisanej chorej. Przez stosunkowo długi czas pokutowało przeświadczenie, że klasyczny stent metalowy (BMS) jest bardziej bezpieczny niż lekowy (DES), zwłaszcza jeśli chodzi o zakrzepicę w stencie. Z kolei w piśmiennictwie fachowym nie ma wiarygodnych doniesień, które podważałyby przewagę tętnicy pierwszej wewnętrznej nad implantacją BMS w tej pozycji, tj. ujściu GPZ. Przypuszczam jednak, że chorej wszczepiono stent typu BMS. Uwzględniając nowe wytyczne, nieco wątpliwości budzi jednoczesne implantowanie stentu do prawej tętnicy wieńcowej (PTW). Z wielu względów (w tym czas zabiegu, radiacja, objętość kontrastu) jest preferowane ograniczenie się do naczynia odpowiedzialnego za OZW oraz odraczenie rewaskularyzacji kolejnego naczynia w ramach drugiej sesji przeszłonnej interwencji wieńcowej (PCI). Oczywiście zasada taka może być złamana w sytuacji trudności w identyfikacji naczynia odpowiedzialnego za OZW. Przypuszczam, że w opisanym przypadku operator uznał zmianę w PTW za ciasną, co przy rezerwie w objętości użytego kontrastu i czasu radiacji dało mu prawo do podjęcia jej leczenia.

Planowy zabieg na tętnicy okalającej praktycznie nie zasługuje na uwagę. Został on dobrze wykonany, a jedynym pytaniem bez odpowiedzi pozostaje typ zastosowanego stentu. Według mnie ze względu na długość zmiany lepsze rokowanie zapewnia stent typu DES. Do tego momentu mamy zatem do czynienia z usprawiedliwionym i słusznym z wielu względów przeszłonny leczeniem wielonaczyniowej choroby wieńcowej.

Niestety u opisanego 67-letniego pacjenta w kontrolnej koronarografii wykazano subtotalne zwężenie początkowego odcinka stentu implantowanego do GPZ, a dodatkową zmianą była jeszcze kolejna dyssekcja pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej (LTW). W rezultacie chorego skierowano do kardiochirurga, który wszczepił mu pomost tętniczy do GPZ, a żylny do gałęzi diagonalnej. I właściwie na tym można by skończyć, dodając, że oto najlepszy przykład, czym się kończy ingerencja kardiologa interwencyjnego w obrębie proksymalnej GPZ. Jednak byłoby to znaczne uproszczenie. Trzeba pamiętać, że zabieg był wykonywany u chorego, u którego właśnie ta tętnica była odpowiedzialna za rozwijający się zawał serca. Zabieg należał do ratujących życie. Zakładając, że implantowano wówczas BMS, można podkreślić, że przy pierwotnym zabiegu należało pomyśleć o zwiększeniu jego efektywności poprzez zastosowanie stentu typu DES.

Osobnym tematem jest mechanizm, w jakim doszło do okluzji GPZ. Istnieje wątpliwość, czy ta według Autorów „samoistna dyssekcja” pnia głównego LTW nie była jednak spowodowana cewnikiem angiograficznym czy prowadzącym oraz czy okluzja GPZ miała tło restenotyczne czy też zakrzepowe. Autorzy nie piszą o podwyższonych stężeniach enzymów martwiczych. Samo zwężenie należało do tzw. przepuszczających przepływ krwi. Ponadto chory przed hospitalizacją był w stanie znieść test wysiłkowy, a dolegliwości stenokardialne narastały od miesiąca. Wszystkie te fakty przekonują mnie, że była to szybka restenoza, na którą nałożyła się dyssekcja pnia głównego LTW (jatrogena lub samoistna).

W żadnym razie nie podważam decyzji terapeutycznej Autorów polegającej na odesłaniu chorego do kardiochirurga. Jednak osobiście wykonałbym zabieg (zwłaszcza mając pewność, że pierwotnie w GPZ implantowano stent typu BMS), w czasie którego użyłbym ultrasonografii wewnątrzwieńcowej (IVUS) do zobrazowania mechanizmu zamknięcia GPZ w celu oceny sytuacji w pniu głównym LTW oraz ewentualnie do przeprowadzenia zabiegu PCI pod jego kontrolą. Biorąc pod uwagę fakt, że dwie inne tętnice u tego chorego skutecznie leczono stentami, raczej starałbym się odwlec ingerencję kardiochirurgiczną. Warto podkreślić, że w nowych wytycznych dotyczących rewaskularyzacji wieńcowej zezwala się na leczenie pnia głównego LTW za pomocą stentów. Jeśli użyje się stentu typu DES i będzie się kontrolować zabieg za pomocą IVUS, można spodziewać się naprawdę dobrego wyniku bezpośredniego oraz odległego.