

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Prowadnik angioplastyczny jest uważany przez sporą część kardiologów interwencyjnych za narzędzie w największym stopniu odpowiedzialne za skuteczne przeprowadzenie zabiegu angioplastyki wieńcowej (PCI). Przypnę, że i ja zaliczam się do tej grupy. Ogromny postęp technologiczny, który osiągnięto w tym zakresie, skutkuje znacznym poszerzeniem wskazań do PCI (w tym o przypadki jeszcze do niedawna dyskwalifikowane z tej formy leczenia choroby wieńcowej) oraz skrócenia czasu ich trwania.

Dzisiaj kardiolog interwencyjny ma do dyspozycji najczęściej 4–6 prowadników, nie licząc tych zaprojektowanych do rekanalizacji przewlekle zamkniętych tętnic wieńcowych (CTO, *chronic total occlusion*). Różnią się one parametrami fizycznymi, dlatego powinny być niejako dobierane do określonych sytuacji anatomicznych i klinicznych. Zapewne dla każdego będzie zrozumiałe, że w przypadku dystalnej lokalizacji zwężenia w naczyniu o bardzo krętym przebiegu należy dobrać prowadnik bardziej zaawansowany technologicznie niż w przypadku zmiany dotyczącej proksymalnego segmentu pierwszorzędowej tętnicy wieńcowej.

Koledzy z Turcji nie podali niestety, jaki prowadnik był używany w trakcie omawianego zabiegu PCI. Nie wiadomo też, czy było to jego pierwsze użycie, czy też po ewentualnej resterylizacji. Nieznane są również trudności z pasażowaniem tego prowadnika, poza zwężeniami zaplanowanymi do leczenia przeszłornego. Z doświadczenia własnego i z piśmiennictwa fachowego wiem, że w powyższych sytuacjach może dochodzić do nadłamania rdzenia prowadnika, co może skutkować jego zerwaniem przy wycofywaniu z naczynia. Tego typu powikłanie najczęściej zdarza się przy jednoczesnym stosowaniu 2 prowadników (np. przy bifurkacjach), z których jeden zostaje „przytrzaśnięty” implantowanym stentem. Dużo

rzadziej ma to miejsce przy używaniu 1 prowadnika. Naprawdę trzeba się bardzo postarać, aby taki prowadnik „wkręcić” w ścianę naczynia tak mocno, że jego wycofanie jest niemożliwe. Jednak warto pamiętać, iż prowadnikami tzw. nowych generacji (np. hydrofilne) można dojść właściwie wszędzie, w tym i poza prawdziwe światło. Łatwość osiągnięcia takiej pozycji, praktycznie bez użycia siły, powoduje, że operator uznaje ją za bezpieczną i kontynuuje zabieg PCI. W takiej sytuacji o finale siłowych manewrów (tj. o zerwaniu prowadnika) decyduje fakt, czy jest to prowadnik używany po raz pierwszy, czy nie został „po drodze” do zwężenia uszkodzony. Warto pamiętać, że większość prowadników ma swój słaby punkt, w którym łączą się jego części decydujące o właściwościach (dystalna ułatwiająca nawigowanie z proksymalną dającą podparcie), dlatego warto przy trudnościach z ich usunięciem posiłkować się odpowiednimi mikrocewnikami, które doprowadza się jak najbliżej uwięzionego miejsca, skracając nieco „ramię dźwigni” pojawiającej się przy manewrach wycofywania prowadnika.

Podsumowując ten interesujący przypadek stosunkowo rzadkiego powikłania PCI, mam dwie sugestie. Po pierwsze, należy zwracać właściwą uwagę na zachowanie się dystalnej końcówki prowadnika angioplastycznego przez cały czas trwania PCI, od chwili jego pozycjonowania do implantacji stentu. Z całą pewnością ten rodzaj prewencji jest bardzo efektywny. Po drugie, rzeczywiście opcja zachowawcza leczenia chorego w sytuacji zerwania się prowadnika powinna być brana pod uwagę jako alternatywna do zabiegowej (pętla lub zabieg chirurgiczny). Według mnie o tym wyborze powinna decydować długość prowadnika pozostającego w naczyniu. Jeśli jest to krótki odcinek (2–3 cm), to po niepowodzeniu usunięcia tzw. pętli nie miałbym wątpliwości co do jego pozostawienia, natomiast w przypadku dłuższego odcinka rozważyłbym użycie krótkiego stentu do ustabilizowania balotującego w naczyniu prowadnika. Wierzę, że taki zabieg zmniejsza możliwość utworzenia skrzepliny na jego powierzchni.