

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Niewątpliwie lektura powyższego *Angiogramu miesiąca* dowodzi, iż nie każdy zabieg pierwotnej angioplastyki wieńcowej musi zakończyć się powodzeniem. I dotyczy to zarówno wczesnego, jak i późniejszego okresu po jego wykonaniu. Doświadczenie uczy, że analiza każdego przypadku, w którym wystąpiły powikłania, pozwala bardzo często znaleźć ich przyczynę, dając tym samym szansę na uniknięcie podobnych sytuacji u kolejnych chorych.

Dobry wynik angiograficzny uzyskany po pierwotnym zabiegu PCI w połączeniu z szybką rekonwalescencją chorej oraz pozytywnymi wynikami laboratoryjnymi (szybki powrót do normy stężeń markerów sercowych) dowodzą, że stent został prawidłowo implantowany i nie był sam w sobie przyczyną zakrzepicy, która praktycznie u połowy chorych kończy się tragicznie.

Już choćby z tego powodu warto się zastanowić nad przyczynami podostrej (bo występującej powyżej 24 godz. po PCI, a przed upływem 30 dni) zakrzepicy w stencie (SAT). Tym bardziej, iż użyty stent (MGuard, InspireMD) sam w sobie jest w jakimś stopniu nadzieją na skuteczne leczenie chorych z angiograficznie widocznym zakrzepem. Jest to stent stalowy (316 L) o konstrukcji cylindrycznej (ang. *slotted tube*), pokryty na zewnątrz siateczką z materiału plastycznego (ang. *polyethylene terephthalate*, PET) o średnicy pojedynczego włókna ok. 20 mikronów. Dzięki temu po implantacji ma on ograniczać do minimum uwalnianie się spod niego drobnych cząstek blaszki miażdżycowej oraz zakrzepu, chroniąc w ten sposób przed wystąpieniem mikroembolizacji dystalnej. Dlatego też stent ten jest zalecany zwłaszcza u chorych z OZW, u których już występują zaburzenia przepływu (TIMI 0–2) lub u których istnieje wysokie prawdopodobieństwo ich wystąpienia. Warto również wiedzieć, iż udokumentowano, że konstrukcja stentu MGuard działa na ścianę naczynia jak rakieta śnieżna (ang. *snow shoe effect*). Umożliwia to obecność wspomnianej siateczki, która sprzyja bardziej równomiernemu rozłożeniu siły (nie tylko w miejscu przylegania jego przęsełek), z jaką implantowany stent oddziałuje na ścianę naczynia. W efekcie doprowadza to do zmniejszonego w porównaniu z klasycznym stentem jej uszkodzenia, a w konsekwen-

cji sprzyja gojeniu i zmniejszeniu odczynu proliferacyjnego, co oznacza zmniejszenie odsetka restenozy.

Doświadczenia ze stentem MGuard w naszym kraju nie są wielkie, jednak w piśmiennictwie nie ma doniesień o jego zwiększonej skłonności do indukowania zakrzepicy. Oczywiście niezwykle istotną rolę odgrywa w tym względzie właściwa implantacja stentu (jego właściwa apozycja do ściany naczynia) oraz z drugiej strony skuteczna terapia przeciwplatek. I tak jak pierwszą przyczynę można właściwie odrzucić (brak objawów w trakcie hospitalizacji), tak co do drugiej rodzą się wątpliwości. Najprościej byłoby zrzucić wszystko na karb tzw. oporności na ASA i/lub kłopidogrel. Zastanawia jednak fakt tak późnego wystąpienia zakrzepicy. Dlatego osobiście skłaniam się ku przypuszczeniu, iż powikłanie to miało bezpośredni związek z nieregularnym przyjmowaniem leków przeciwplatekowych przez chorą. Warto tutaj podkreślić, iż coraz częściej spotyka się w piśmiennictwie fachowym doniesienia o bardzo dużej skali tego zjawiska (tzw. *compliance* na poziomie tylko 15–50%!!!). Oczywiście pewności nie ma, tym bardziej iż chorej nie wykonano żadnych testów agregometrycznych, oceniających odpowiedź płytek na leki przeciwplatekowe. Dlatego u takich chorych, oprócz przeprowadzenia rozmowy na temat znaczenia podwójnej terapii przeciwplatekowej, należy zwiększyć dawki ASA oraz kłopidogrelu. Analiza pracy dowodzi, iż autorzy zrealizowali to zalecenie, tj. wyjściowa dawka 75 mg dla ASA i kłopidogrelu została zwiększona do 150 mg/dobę. Należy również przypuszczać, iż chora zrozumiała, jakie zagrożenie wiąże się z odstawianiem leków przeciwplatekowych.

Dobry stan chorej (tj. brak ponownej SAT) w kilka tygodni po ostatnim zabiegu PCI niejako pośrednio dowodzi, iż takie kompleksowe działanie jest najbardziej efektywne.

Oczywiście nie jest do końca jasne, czy wykonanie ww. testów agregacyjnych byłoby u omawianej chorej klinicznie przydatne. Osobiście nie widzę potrzeby wykonywania takich badań u wszystkich osób kierowanych na zabieg angioplastyki wieńcowej, jednak w razie wystąpienia SAT są one przydatne. Przy czym prawdą jest, iż obecnie nie dysponujemy testami, których wyniki miałyby pełne przełożenie na sytuację kliniczną danego chorego.