

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Opisany w *Angiogramie miesiąca* przypadek jest wielce pouczający. I to nie tylko dla kardiologów interwencyjnych oraz kardiochirurgów, ale i dla chorych.

I tak, chory poddany zabiegowi pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG) musi mieć świadomość, że operacja ta nie chroni go przed rozwo-

jem miażdżycy, co z jednej strony wiąże się z koniecznością stosowania typowego dla choroby wieńcowej leczenia farmakologicznego, a z drugiej pokazuje wagę dokumentacji kardiochirurgicznej w stanie pogorszenia klinicznego.

Kardiochirurg musi zdawać sobie sprawę, iż nawet najlepiej wszczepiony pomost żylny nie daje gwarancji utrzymania swego światła (przecież ok. 15% zamyka się tuż po zabiegu!) przez całe życie chorego. Warto przy tym pamiętać o zasadzie tzw. kompetycji przepływów, kiedy to pomost, konkurując z przepływem w naczyniu nieistotnie zwężonym, najczęściej się zamyka. Dodatkowo przypadek ten bardzo jasno wskazuje, jak istotną sprawą jest rzetelny i pełny opis zabiegu kardiochirurgicznego. Przy tak szerokiej dostępności kontrolnej koronarografii u chorych z dolegliwościami w klatce piersiowej (nie tylko z OZW) taka wiedza jest wręcz bezcenna i pozwala na szybkie podjęcie optymalnej dla chorego decyzji terapeutycznej.

Kardiochirurg interwencyjny przed rozpoczęciem zabiegu angioplastycznego u pacjenta ze stabilną chorobą wielonaczyniową musi natomiast pamiętać o konsultacji kardiochirurgicznej. Nie wolno mu zapominać, iż w świetle ostatnich wyników (w tym badania SYNTAX) nie należy każdego takiego chorego kierować automatycznie na leczenie kardiochirurgiczne. Wyniki tego badania dowodzą przecież, iż w przypadku choroby tylko pnia głównego (w tym postać dystalna!) oraz pnia LTW z towarzyszącym zwężeniem jednej z pierwszorzędowych gałęzi wieńcowych wyniki angioplastyki z wykorzystaniem stentów uwalniających lek (DES) nie tylko nie ustępują CABG, ale są wręcz lepsze. Oczywiście należy pamiętać, iż takie zabiegi mogą wykonywać jedynie najbardziej doświadczeni kardiologowie interwencyjni.

Niewątpliwie porównanie koronarogramu uzyskanego w trakcie drugiej hospitalizacji z opisem badania przedoperacyjnego sugeruje u chorej progresję miażdżycy (efekt kompetycyjnego przepływu – skutkujący przyspieszeniem

miażdżycy w naczyniach natywnych powyżej wszczepionego pomostu!). Należy tylko przypuszczać, iż zapewne anatomiczne rozejście pnia głównego na gałęzie przednią zstępującą oraz okalającą lewą nie było zbyt korzystne dla PCI i stało się powodem skierowania na zabieg CABG. Niestety u omawianej chorej nie wykorzystano do pomostowania tętnicy piersiowej wewnętrznej lewej, a zastany stan pomostów żylnych sugerował zamknięcia proksymalnej części pomostu do gałęzi marginalnej i prawej tętnicy wieńcowej oraz części dystalnej pomostu łączącego gałąź przednią zstępującą z gałęzią diagonalną pierwszą. Niestety uzyskane angiogramy nie do końca „zgadzały się” z opisem zabiegu kardiochirurgicznego, dlatego u omawianej chorej nie jest łatwo określić precyzyjnie przyczynę OZW (ang. *culprit lesion*), zwłaszcza przy braku wyjściowych angiogramów. Z jednej strony nie w pełni drożne są dwa znalezione pomosty, a z drugiej – pozostaje kwestia pogorszenia przepływu w gałęzi okalającej lewej bez zasilania wszczepionym wg opisu CABG pomostem żylnym. Nie można również wykluczyć progresji miażdżycy na wysokości połączenia gałęzi marginalnej z okalającą lewą.

W opisywanym przypadku kardiolog interwencyjny dokonał moim zdaniem najlepszego z możliwych wyborów, decydując się na stentowanie środkowego segmentu prawej tętnicy wieńcowej. Można tylko żałować, że nie był to stent typu DES, który istotnie zmniejszyłby prawdopodobieństwo powtórzonego zwężenia. Z drugiej strony nie należy zapominać o możliwości zakrzepicy w DES, dość skutecznie wstrzymującej całkowitą zamianę stentów z klasycznych na uwalniające leki, zwłaszcza w przypadkach OZW.

Na zakończenie pragnę zwrócić uwagę na dwie sprawy. Po pierwsze, na usta ciśnie się pytanie, czy chorej do pełnego funkcjonowania wystarczy zabieg jedynie na PTW. Doświadczenie podpowiada mi, że nie obejdzie się bez poprawy napływu do gałęzi okalającej lewej (stent od LMS na LCX). Oczywiście należy przy podejmowaniu tej decyzji oprzeć się na wyniku testu obciążeniowego (np. UKG dobutaminowe, scyntygrafia perfuzyjna). Drugie pytanie dotyczy tzw. zabiegów hybrydowych. Osobiście uważam, iż omawiana chora mogłaby najwięcej zyskać na zabiegu polegającym na wszczepieniu tętnicy przedniej zstępującej do gałęzi przedniej zstępującej (najlepiej techniką małoinwazyjną) oraz implantacji w kilka dni później stentów DES do pozostałych tętnic (tj. PTW oraz TOL).