

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Niewątpliwie przez ostatnie 10 lat powszechna dostępność stentów oraz rozwój ich nowych generacji związany z nowoczesnymi technologiami spowodowały, iż postronnemu obserwatorowi trudno sobie wyobrazić, iż komuś „spadł” stent z „balonika doprowadzającego”. Autorzy powyższego *Angiogramu miesiąca* właśnie taką sytuację opisali. Niewątpliwie opis tego przypadku dobrze wpisuje się w proces kształcenia kardiologa interwencyjnego. Tym bardziej, że jak uczy życie: „nigdy nie wiesz, kiedy coś takiego może spotkać ciebie samego”. Zapewne dla wszystkich jest oczywiste, że pozostawienie takiego „zguzionego” stentu nie jest obojętne dla chorego. Dlatego warto się uczyć na doświadczeniach tych, którzy mieli już okazję zmierzyć się z takim problemem.

Jak wiadomo, podstawowym warunkiem uniknięcia kolejnych powikłań jest wyciąganie odpowiednich wniosków z analizy tych, które miały już miejsce. Moje doświadczenie pozwala mi twierdzić, iż firma produkująca sprzęt (najczęściej winiona przez operatora!) bardzo rzadko ponosi winę za „spadnięcie” stentu z balonika doprowadzającego. Wiemy od lat, że ścisłe przestrzeganie norm technologicznych oraz produkcyjnych, uzupełniane wyróbkową kontrolą techniczną seryjnie produkowanych elementów, wystarcza, aby tego problemu uniknąć. A warto podkreślić, że takie procedury są warunkiem dopuszczenia do sprzedaży wszystkich urządzeń używanych w zabiegach endowaskularnych.

W moim głębokim przekonaniu winę za takie sytuacje w 95, a nawet 99% przypadków ponosimy my, kardiologowie interwencyjni. Wstyd się przyznać, iż najczęściej po kolejnym już zabiegu wykonywanym z powodzeniem lekceważymy ostre kąty odejścia naczyń (najczęściej w przypadku gałęzi okalającej lewej) oraz zwapnienia (nie

zawsze masywne!) naczyń epikardialnych. Niestety, angiografia kontrastowa nie jest idealna w wykrywaniu ww. zwapnień, a przecież wystarczy jeden dobrze zwapniony „ząb” blaszki na krętym przebiegu czy ostrym odejściu bocznic i nieszczęście gotowe. Co wobec tego robić, aby takiego powikłania, jak „spadnięcie” stentu z balonika angioplastycznego, uniknąć? Odpowiedź wbrew pozorom jest dość łatwa. Po pierwsze, należy dobrze przemyśleć każdy zabieg PCI przed jego wykonaniem, w tym użycie dodatkowych przewodników (technika *buddy wire*) oraz sposobów uzyskania dobrego podparcia cewnikiem prowadzącym (wybór tzw. agresywnych: typu Amplatz czy EBU). Po drugie, bezpośrednie stentowanie ma swoje przewagi (skraca czas zabiegu, wymaga mniej kontrastu), ale dla jego osiągnięcia „niejeden już stent zgubił”, dlatego pamiętajmy o predylatacji z analizą wypełnienia balonika (obecności tzw. talii) i odpowiedniej (nie za małej) jego średnicy. W razie utrzymywania się niepełnego rozprężenia należy myśleć o lepszym przygotowaniu zmiany (stosując balon tnący czy szybkoobrotową rotablację – HSRA), bo nawet jeśli stent nie spadnie, to jest wielkie prawdopodobieństwo nieuzyskania jego pełnego otwarcia ze wszystkimi tego konsekwencjami (restenoza, zakrzepica wewnątrzstentowa).

Umiejętność usuwania stentów z tętnic wieńcowych jest raczej niezbyt powszechna, ale mała liczba takich powikłań utrudnia nabycie wprawy. Tym bardziej warto pamiętać, iż stent, który „spadł”, w razie niemożności jego usunięcia (specjalne pętle, bioptom), można zgnieść drugim stentem implantowanym z zachowaniem zasad wyniku optymalnego (uzyskania odpowiedniej wielkości światła naczynia), chociaż zdecydowanie lepszą opcją jest postąpić tak jak autorzy komentowanego doniesienia, tj. przejść przewodnikiem przez całą długość takiego stentu z jego następczą implantacją przy użyciu nowych baloników angioplastycznych o stopniowo rosnącej średnicy.