

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Nie ukrywam, iż bardzo ucieszyłem się z informacji, że do redakcji nadszedł z Turcji ciekawy artykuł do działu *Angiogram miesiąca*. Powody były dwa.

Pierwszy tyczy się z przekonaniem, nie tylko zresztą moim, że dla dalszego rozwoju *Kardiologii Polskiej* ważne jest, aby publikowali w niej kardiolodzy nie tylko z Polski.

Drugi powód jest bardziej przyziemny. Wynika z pozornie znanej przez wszystkich prawdy, iż podstawą skutecznej diagnozy i leczenia opartego na wynikach koronarografii jest staranne jej wykonywanie (!). W moim przekonaniu zasadę tę należy realizować poprzez natychmiastową (ang. *on-line*) analizę uzyskanych obrazów, co pozwala na ograniczenie liczby wstrzyknięć oraz szybką korekcję zastosowanych projekcji. Jest to szczególnie potrzebne w przypadku anomalii tętnic wieńcowych, które do zbyt częstych co prawda nie należą, nie chronią jednak chorych przed rozwojem miażdżycy i wystąpieniem ostrego zespołu wieńcowego.

Co do pierwszej kwestii, to zapewne dla wszystkich jest jasne, iż poszerzenie grona autorów o zagranicznych sprzyja popularyzacji *Kardiologii Polskiej*, a tym samym ułatwia uzyskanie wyższego miejsca w rankingu międzynarodowym.

Drugi problem też nie powinien budzić kontrowersji, ale życie uczy, iż wcale nierzadko zdarza się, że po wykonaniu kilku wstrzyknięć kontrastu w klasycznych projekcjach operator godzi się z faktem „braku” którejs z tętnic wieńcowych. Myślę, że wszyscy zgodzą się ze mną, iż w dzisiejszych czasach nie jest wystarczające w takiej sytuacji stwierdzenie „brak możliwości selektywnej angiografii”. Należy pamiętać o możliwości wykonania chociażby aortografii lub jeszcze lepiej tzw. *angio-CT*, czyli badania wielorzędowym (najlepiej 64-rzędowym) tomografem komputerowym (ang. *multi slice computed tomography*, MSCT).

Oczywiście oba ww. badania mają również swoje wady, do których należą konieczność podania dodatkowej ilości środków kontrastujących oraz zastosowania dodatkowej dawki promieniowania rentgenowskiego. Spośród nich

zdecydowanie więcej informacji dostarcza MSCT, a jeśli jeszcze uwzględnić bardzo dynamiczny rozwój tej metody, to należy wierzyć, iż już niedługo ww. ograniczenia staną się praktycznie nieistotne. W trakcie wykonywania koronarografii cały czas należy pamiętać, iż nierzadko uzyskany obraz diametralnie zmienia pierwotnie planowane postępowanie terapeutyczne. Przeciwnie w zależności od odnalezienia naczynia o nietypowym odgałęzieniu i/lub przebiegu, ale dotkniętego zaawansowaną miażdżycą, zabieg rewaskularyzacji (PCI lub CABG np. w przypadku wielonaczyniowej choroby wieńcowej) będzie lub nie będzie wykonywany.

Wracając do konkretnego przypadku zaprezentowanego przez kolegów z Turcji, pragnąłbym zwrócić uwagę na dwie sprawy. Po pierwsze, można by oczywiście polemizować, czy to typowy przypadek podwójnej prawej tętnicy wieńcowej, zwłaszcza że obie gałęzie wydają się mieć wspólne ujście, ale według mnie nie to jest prawdziwym problemem. Wydaje mi się, iż na przykładzie omawianego przypadku warto sobie przypomnieć, jakie są wskazania do wykonania PCI na naczyniu o niewielkiej średnicy (tzw. angiograficznie małe, tj. < 2,5 mm). Należą do nich w różnych konstelacjach m.in.: dolegliwości kliniczne (spoczynkowe lub wysiłkowe), dodatni wynik próby obciążeniowej (np. EKG wysiłkowe czy UKG dobutaminowe) oraz ewentualnie podwyższona aktywność markerów sercowych (m.in. troponiny T i I) w przypadku ostrego zespołu wieńcowego. Ze względu na efekty odległe należy również wziąć pod uwagę wielkość naczynia odpowiedzialnego za objawy kliniczne. Powszechnie przyjętym limitem dla działań przezskórnych jest średnica < 2,0 mm, przy czym należy pamiętać, iż pozornie małe naczynie po zniesieniu ciasnego zwężenia oraz podaniu wazodylatorów może zaskoczyć swoją średnicą (!). Trzeba pamiętać, iż właśnie w przedziale wielkości średnicy naczynia 2–2,5 mm jednoznacznie wykazano przewagę stentów uwalniających leki (DES) nad klasycznymi (BMS).

Analiza opisu przypadku nie pozostawia wątpliwości, iż zabiegowi angioplastyki wieńcowej słusznie poddano prawą tętnicę wieńcową. Szkoda, że autorzy nie przedstawili nam protokołu samego zabiegu oraz rodzaju użytego stentu. W mojej opinii powinien to być stent typu DES.