

## Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Autorzy komentowanego *Angiogramu miesiąca* bardzo wyczerpująco przedstawili problem restenozy w stencie (ang. *in-stent restenosis*, ISR) i właściwie niewiele pozostaje mi do dodania. Jednak jak zwykle nie odmówię sobie przysługującego mi komentarza.

Zacznę od faktu kwalifikacji omawianej chorej do zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PCI). Wszystko wskazuje na to, że pień główny lewej tętnicy wieńcowej (LMS) oraz gałąź przednia zstępująca (LAD) były istotnie zwężone już w trakcie pierwszego zabiegu PCI na prawej tętnicy wieńcowej (RCA). Znając całkiem dobrze ośrodek w Bydgoszczy, przypuszczam, że chora nie wyraziła zgody na zabieg CABG, a pierwszy zabieg PCI na RCA był niejako przygotowujący do drugiego etapu zabiegu na lewej tętnicy wieńcowej. Warto tutaj jednak wspomnieć, iż coraz głośniejsze podkreśla się, że w LMS powinien być implantowany stent uwalniający lek (DES). Rozumiem, iż kłopoty „ze współpracą” z chorą były powodem podjęcia decyzji o użyciu w LMS klasycznego stentu metalowego (BMS). Należy w tym miejscu podkreślić, jak ważna jest wczesna kontrola angiograficzna (2–3 miesiące po PCI) w takich przypadkach, proponowana zresztą omawianej chorej.

Fakt wystąpienia ogniskowej restenozy, opóźnionej prawie 4-krotnie w stosunku do występującej pomiędzy 6.–9. miesiącem po implantacji BMS, rzeczywiście budzi zdziwienie, ale jak wielokrotnie pisałem, koronarografia potrafi zaskoczyć każdego. W moim przekonaniu czas

wystąpienia szczytu procesu regeneracyjnego naczynia, czego wyrazem jest ISR, zależy od jego dynamiki i jest osobniczo zmienny. Najprościej jest przyjąć, iż u części chorych (w tym u opisanej chorej) jest bardzo powolny, co zresztą w jej przypadku było wręcz zbawienne. Przecież z 3 implantowanych stentów tylko jeden odpowiedział restenozą, i to ogniskową. Ogromna szkoda, iż koledzy w trakcie kontrolnej koronarografii nie wykonali wewnątrzwieńcowego badania ultrasonograficznego, co pozwoliłoby na określenie mechanizmu restenozy (suboptimalny wynik stentowania – niedopięnięcie stentu, brak pełnej apozycji). Warto w tym miejscu wspomnieć, iż w praktyce klinicznej spotykamy również sytuacje odwrotne, tzw. przyspieszonej restenozy, występującej w okresie 3–4 miesięcy po PCI.

Angioplastyka balonowa (POBA) jest dobrą i sprawdzoną metodą leczenia ogniskowej ISR, bardzo często niedocenianą z powodu swojej prostoty. Aczkolwiek ze względu na właściwości neointymy nierzadko obserwuje się „wyptywanie balonika” ze stentu w trakcie jego inflacji. Przy dużej dynamice może się to skończyć dysekcją naczynia poza stentem. Taka sytuacja miała miejsce u omawianej chorej. Właśnie dlatego konstruuje się cewniki balonowe przeznaczone do leczenia ISR. Charakteryzują się one mniej śliską powierzchnią balonika lub mają na niej elementy trące (ostrza lub drucik). Dzięki temu zabieg jest bardziej efektywny. Na zakończenie pozwolę sobie jeszcze przypomnieć, iż po zabiegu POBA w naczyniu z ISR należy choremu zalecić podwójną terapię przeciwplatekową na takich samych zasadach jak po pierwszorazowej implantacji stentu.