

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Lektura powyższego *Angiogramu miesiąca* jeszcze raz udowadnia, że uzyskany w wyniku koronarografii obraz tętnic wieńcowych potrafi zaskoczyć nawet najbardziej doświadczonego kardiologa interwencyjnego. Przy tak szerokim dostępie do diagnostyki inwazyjnej tętnic wieńcowych w Polsce nikogo nie powinno dziwić, że takie „nietypowe” znaleziska sprzyjają powstawaniu kolejnych, ciekawych *Angiogramów miesiąca*. Pozwolę sobie przypomnieć, iż prezentowaliśmy już w tym dziale *Kardiologii Polskiej* chorych z bogatą „kliniką wieńcową”, a jednocześnie z angiograficznie prawidłowymi tętnicami nasierdziowymi, mostkami mięśniowymi, przetokami i tętniakami wieńcowymi oraz z nieprawidłowościami rozwojowymi (anomaliami) tętnic wieńcowych. O takich możliwościach wspominają zresztą Autorzy komentowanego *Angiogramu miesiąca*, przedstawiającego przypadek chorej z ostrym zespołem wieńcowym, u której koronarografia ujawniła pojedynczą tętnicą wieńcową.

Jak zawsze, tak i tym razem analiza *Angiogramu miesiąca* wywołała u mnie wiele przemyśleń, spośród których kilka wydaje się ważnych nie tylko dla kardiologów interwencyjnych. A oto one.

U chorych z dolegliwościami „stenokardialnymi” przed kwalifikacją do badania koronarograficznego należy bardzo dokładnie zebrać wywiad oraz wykonać komplet dostępnych badań diagnostycznych (EKG, echokardiografia oraz parametry laboratoryjne). Oczywiście ten proces nie powinien wydłużać czasu do przeskórnej interwencji wieńcowej (PCI) w przypadkach oczywistych (np. w STE-MI). Takie podejście jest niezbędne dla właściwej stratyfikacji chorych oraz wyboru optymalnej terapii nie tylko w razie stwierdzenia w koronarografii tzw. zmian pośrednich czy bardzo zaawansowanej choroby wieńcowej, ale również w razie „nietypowego znaleziska” (np. przetoka pomiędzy tętnicą wieńcową a tętnicą płucną).

To prawda, że wspomniana w niniejszym *Angiogramie miesiąca* wielorzędowa tomografia komputerowa (MSCT) rzeczywiście doskonale nadaje się do diagnostyki anomalii tętnic wieńcowych. Jednak warto mieć świadomość, iż to badanie, podobnie jak koronarografia, wymaga użycia jodowych środków kontrastujących oraz że wiąże się z dużo większą ekspozycją chorego na promieniowanie X w stosunku do klasycznej angiografii kontrastowej. Nie mówiąc już o tym, iż opracowanie całego badania wymaga niemało czasu (aczkolwiek wraz z rozwojem komputerów czas ten skraca się coraz bardziej) oraz obecności eksperta od interpretacji obrazów MSCT. Już choćby to powoduje, że w ostrych zachorowaniach z tłem naczynio-

wym rola koronarografii pozostaje niezagrożona. Tym bardziej, iż daje ona możliwość wykonania natychmiastowej interwencji wieńcowej, nierzadko ratującej życie chorego.

W ostatnim czasie sporo się pisze na temat tzw. nefropatii pokontrastowej (ang. *contrast induced nephropathy*, CIN). Wśród wielu działań prewencyjnych zaleca się również unikanie wykonywania kolejnych PCI w czasie 72 godz. po pierwszym. Stąd nieco dziwi wykonanie – przy dobrej formie chorej – kolejnego PCI już 6 godz. po pierwszym zabiegu. Osobiście najprawdopodobniej zabieg implantacji stentu w istotnie zwężonej lewej tętnicy wieńcowej (LCA) wykonałbym tuż po rekanalizacji prawej tętnicy wieńcowej (RCA). Tylko użycie bardzo dużej ilości środka kontrastującego (powyżej 300 ml przy tzw. niejonowych) skłoniłoby mnie do rezygnacji z takiego postępowania (tj. jednoetapowej dwunaczyniowej PCI). Zwłaszcza że z charakterystyki klinicznej nie wynikało, aby chora była szczególnie narażona na nefropatię pokontrastową (wiek <70 lat, nie stwierdzono cukrzycy ani choroby nerek).

Niejako następnym problemem dyskusyjnym jest typ stentów – klasyczne metalowe (BMS) czy uwalnijące lek (DES), które powinny zostać zastosowane u omawianej chorej. Otóż, biorąc pod uwagę tę szczególną anomalię tętnic wieńcowych (tj. pojedynczą tętnicą wieńcową), należałoby do minimum ograniczyć możliwość wystąpienia restenozy, zwłaszcza w LCA. Stąd nasuwa się myśl, aby zastosować stent typu DES, tj. uwalnijący lek antyproliferacyjny. Niestety, abstrahując od nie do końca określonych wskazań dla takich stentów w ostrych zespołach wieńcowych, Narodowy Fundusz Zdrowia nie przewiduje takiej opcji w swoim katalogu procedur medycznych (!). Z tego względu użycie przez Autorów BMS było jak najbardziej racjonalne. Jednak implantację stentu typu BMS w początkowym odcinku LCA u chorej z pojedynczą tętnicą nasierdziową należy traktować jako zabieg na pniu głównym, a tym samym trzeba pamiętać o koniecznej kontroli koronarograficznej w okresie 2–5 mies. od PCI. Jest oczywiste, iż takie postępowanie znacząco ogranicza powikłania kliniczne związane z restenozą.

Na zakończenie pozwolę sobie wspomnieć o jeszcze jednej opcji terapeutycznej. Otóż u opisywanej chorej zmiana odpowiedzialna za ostry zawał serca (*culprit lesion*) zlokalizowana była w RCA, a zmiana w LCA nie była „nowa”. Dlatego też w mojej opinii można było próbować odwlec zabieg PCI na tej drugiej tętnicy do następnej hospitalizacji (>14 dni od pierwszej, w myśl Katalogu NFZ), a wtedy nie byłoby problemu z użyciem w LCA stentu DES. Należy przypuszczać, iż dobry stan kliniczny chorej po skutecznej rekanalizacji RCA oraz zadowalający wynik testu obciążeniowego, wykonanego po pierwszym etapie PCI, dodałby odwagi lekarzowi prowadzącemu do wypisania chorej do domu.