

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Kardiologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław



Na wstępie zaznaczę, że komentowana obecnie praca z zakresu kardiologii inwazyjnej pochodzi z wyjątkowo doświadczonego w tej dziedzinie ośrodka, a dotyczy niezwykle aktualnej tematyki zakrzepic w stentach. Problem wczesnych i późnych zakrzepic w stentach metalowych (BMS), a później w stentach uwalniających leki (DES) zauważono i usiłowano rozwiązać właściwie od chwili ich wprowadzenia. Natomiast „tematem dnia” stał się od momentu podniesienia na Kongresie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Barcelonie w 2006 r. kwestii większej śmiertelności i późnych zakrzepic występujących u chorych, którym wszczepiono DES.

Tutaj nie mogę się oprzeć chęci przyrównania sytuacji, w jakiej znaleźliśmy się obecnie w związku z tą sprawą, do wyścigów psów w Anglii, w których, jak wiadomo, odpowiednio szkolone psy biegają po torze, goniąc mechanicznie poruszane sztuczne zajęcia, i nie wiedzą, że nigdy go nie dogonią, chyba że zostanie zatrzymany przez organizatorów, by zakończyć wyścig.

W nauce prawie zawsze tak jest, że chociaż po jakimś odkryciu wydaje się nam, że już prawie „złapaliśmy kota za ogon” i rozwiązanie problemu mamy na wyciągnięcie ręki, to po pewnym czasie przychodzi rozczarowanie i studzi nasze zapały.

Tak jest i ze stentami. W chwili ich wprowadzenia wydawało się, że rozwiązano raz na zawsze problem restenoz po zabiegach przezskórnej angioplastyki, a dzisiaj, gdy wiemy o problemie o tyle więcej, jakże daleko jesteśmy od jego rozwiązania. Nie oznacza to oczywiście, że powinniśmy zaprzestać stentowania. Przeciwnie, zwłaszcza że próby rozwiązania problemów z nimi związanych generują intensywne prace nad ulepszeniem stentów i poszukiwaniem leków mających zapobiec złożonemu niestety zjawisku występowania w nich restenoz.

Nie da się ukryć, że zarówno owe poszukiwania nowych generacji sprzętu i leków, jak i stosowanie „obowiązujących” obecnie leków wiążą się z dużymi kosztami – finansowymi i innymi – będącymi skutkiem występujących pod wpływem tych leków powikłań. Te ostatnie wynikają nieraz, tak jak było w komentowanym przypadku, również z samowolnego (albo i nie) zaprzestania leczenia farmakologicznego – tutaj kwasem acetylosalicylowym i klopido-grelem [1]. Żeby być uczciwym, trzeba napisać, że zdarzają

się one (np. późne, a nawet wczesne zakrzepice w prawidłowo założonych stentach) mimo najprawdopodobniejszego leczenia, choćby u chorych z prawdopodobną opornością na leki przeciwplatekcyjne. Taki przypadek opisała całkiem niedawno Anna Tomaszuk-Kazberuk z Białegostoku [2], podobny obserwowaliśmy dopiero co w Wałbrzyskim Ośrodku Kardiologii Interwencyjnej.

Jest oczywiste, że wszystkie koszty, również ponoszone przez firmy produkujące sprzęt i leki w związku z badaniami innowacyjnymi, na całym świecie ostatecznie obciążają płatników ochrony zdrowia, przyczyniając się do stałego wzrostu kosztów leczenia.

Komentowana praca Chyrchela i wsp. [2] jest doskonale napisana, szczególnie z mojego, redaktora działu *Chorzy trudni typowi*, punktu widzenia. Przy bardzo aktualnej tematyce, oprócz szczegółowego opisu przypadku zawiera szeroką część poglądową, bardzo wartościową choćby dla przygotowujących się do egzaminu z kardiologii. Co się tyczy opisu przypadku – nasuwa mi się kilka refleksji. Otóż, mimo że chodziło o ostry zespół wieńcowy z uniesieniem odcinka ST, koronarografia wykazała tylko 60% zwężenie proksymalnego odcinka gałęzi przedniej zstępującej. Chorego prowadzono jednak pod każdym względem wzorowo. Przed zabiegiem, a nawet przed przetransportowaniem go do mogącego wykonać zabieg ośrodka, otrzymał wszystkie możliwe leki, z abciximabem włącznie. W czasie zabiegu wykonano ultrasonografię i termografię wewnątrzwieńcową, których w tym ośrodku nie stosuje się rutynowo. Następnie chorego poddawano regularnym kontrolom ambulatoryjnym. Również po stwierdzeniu późnego zakrzepu w stencie chory był leczony z wykorzystaniem najnowocześniejszych technik kardiologii inwazyjnej (ultrasonografia wewnątrzwieńcowa, przezskórna trombektomia z zastosowaniem systemu RESCUE, system dystalnej protekcji Filter-Wire). Sądzę, że korzystny łączny efekt tych zabiegów dałoby się osiągnąć również przy zastosowaniu mniej wyszukanych technik, bo przyczyną późnej trombozy stentu był prosty błąd chorego – samowolne odstawienie leków przeciwplatekcyjnych.

Do pracy załączono oczywiście wykaz najważniejszych pozycji piśmiennictwa na ten temat, wśród nich pracę Wenawesera, Reya, Meiera i wsp. z Berna [3].

Bernhard Meier z Berna to hemodynamista, który wraz z A. Grüntzigiem wykonał pierwsze przezskórne angioplastyki wieńcowe. Gościł w maju 2007 r. we Wrocławiu z okazji 5-lecia Dolnośląskiego Centrum Chorób Serca MEDINET. Miałem oka-

zję z nim rozmawiać. W marcowym numerze (2007 r.) *European Heart Journal* zamieścił artykuł wprowadzający zatytułowany „(Active) stents are no panacea, a déjà-vu” [5] będący komentarzem do opublikowanych w tym samym numerze wyników badania szwajcarskiej grupy Basket, w którym randomizowano w stosunku 2:1 kolejnych chorych do implantacji DES bądź BMS, a następnie obserwowano przez 18 mies. [4]. Meier zastanawia się nad przyszłością stentowania w ogóle i uważa, że przyszłość należy do stentów, również DES. Wzywa jednak do niezapominania o wielkich korzyściach wynikających ze stosowania, zależnie od warunków anatomicznych, przeszskórnej angioplastyki bez stentu bądź z BMS. Te same poglądy prezentował również w majowym wykładzie we Wrocławiu. Wydają mi się one bardzo rozsądne i wyważone, a lekturę cytowanych artykułów polecam – zwłaszcza hemodynamistom.

Piśmiennictwo

1. Chyrchel M, Rzeszutko Ł, Rakowski T, et al. Późna zakrzepica po implantacji stentu metalowego u chorego z ostrym zespołem wieńcowym. *Kardiologia Polska* 2008; 66: 316-19.
2. Tomaszuk-Kazberuk A, Sobkowicz B, Usowicz-Szaryńska M, et al. Podejrzenie oporności na kłopidogrel u chorego z nawracającą zakrzepicą w stencie. *Kardiologia Polska* 2007; 65: 810-4.
3. Wenaweser P, Rey C, Eberli FR, et al. Stent thrombosis following bare-metal stent implantation: success of emergency percutaneous coronary intervention and predictors of adverse outcome. *Eur Heart J* 2005; 26: 1180-7.
4. Brunner-La Rocca HP, Kaiser C, Pfisterer M. Targeted stent use in clinical practice based on evidence from the Basel Stent Cost Effectiveness Trial (BASKET). *Eur Heart J* 2007; 28: 719-25.
5. Meier B. (Active) stents are no panacea, a déjà-vu. *Eur Heart J* 2007; 28: 653-4.