

## Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Nie ma sensu ukrywać, że dzięki takim chorym jak opisywany w niniejszym *Angiogramie miesiąca* wiemy coraz więcej o naturalnym rozwoju miażdżycy w tętnicach wieńcowych. Analizując ich kolejne angiogramy oraz dane kliniczne, nieraz zadaję sobie pytanie, czy kiedyś u wszystkich chorych będziemy w stanie doprowadzić cho-

ciaż do zahamowania progresji miażdżycy (jej regresja pozostaje odległym marzeniem). Niestety, przedstawiany chory pomimo wdrożonej terapii (statyny, stenty) sukcesywnie prezentował kolejne skutki rozwijającej się miażdżycy. I tak – zaczynał z jednonaczyniową chorobą wieńcową, a dotarł do trójnaczyniowej. Co więcej, w stencie pokrytym lekiem (DES) implantowanym w tętnicy przedniej zstępującej „doro- bił się” jeszcze restenozy (!).

Szczegółowa analiza powyższego przypadku klinicznego rodzi kilka pytań. W moim przekonaniu komentarza wymaga etap związany z leczeniem zmian pośrednich w tętnicy przedniej zstępującej oraz wybór terapii w chwili stwierdzenia restenozy w DES.

Co do pierwszej sprawy, to teoretycznie na podstawie danych klinicznych (dodatnia próba wysiłkowa nad dolną, boczną ścianą) decyzja o leczeniu przezskórnym prawej tętnicy wieńcowej nie powinna stanowić problemu. Jednak niejednokrotnie ocena istotności zwężenia ostialnego sprawia wiele kłopotów. IVUS doskonale ten problem rozstrzyga, dostarczając dodatkowo danych o charakterystyce blaszki miażdżycowej oraz pozwala na optymalizację implantacji stentu. Jest to szczególnie ważne w przypadku stentu metalowego (BMS), bo zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia restenozy. Wiem skądinąd, iż operator pierwotnie zamierzał użyć sondy IVUS również do oceny zmiany w tętnicy przedniej zstępującej, jednak ze względu na niezależne od niego fakty (duża ilość użytego kontrastu, brak współpracy ze strony chorego) musiał z tego pomysłu zrezygnować. Zalecenie wykonania u omawianego chorego echokardiograficznej próby dobu-

taminowej dowodzi, że operator miał świadomość konieczności oceny czynnościowego znaczenia pośredniego zwężenia w ww. naczyniu. Decyzja o zabiegu angioplastycznym w obrębie mostka mięśniowego (MB) nie należy do łatwych. Wiąże się to z wysokim odsetkiem restenozy oraz następstwami mechanicznymi implantacji stentów w MB (perforacja naczyń, pęknięcie ogniw – stentów). Dodatkowo u chorego tuż przed MB występowało istotne hemodynamicznie zwężenie pochodzenia miażdżycowego i operator musiał podjąć decyzję co do długości stentu i stopnia pokrycia MB. Nie ma wątpliwości, że IVUS bardzo by mu się przydał. Niestety, brak refundacji wymusza ograniczenie stosowania tej metody w codziennej praktyce. Nie ukrywam, że ja również użyłbym stentu z grupy DES i bez kontroli IVUS też pokryłbym nim całą długość MB. Za bardzo utkwiły mi w pamięci obrazy brzeżnych dysekcji oraz restenoz po implantacji krótkich stentów w takich sytuacjach.

Niestety, pomimo zastosowania stentu typu DES u chorego po ok. 2 latach wystąpiła w nim restenoz (ISR). Zwraca uwagę niejako przesunięcie jej w czasie w porównaniu ze stentami BMS (średnio o 9 miesięcy). Jest wielce prawdopodobne, iż stent nie był implantowany w optymalny sposób – zabrakło zapewne pełnej apozycji stentu w jednej jego części. Pośrednio dowodzi tego punktowy typ ISR. W takich przypadkach zalecane jest zastosowanie balonika angioplastycznego, najlepiej typu niepodatnego (*non-compliant*). I znowu szkoda, że przy zabiegu zabrakło sondy IVUS – stąd brak pewności co do mechanizmu restenozy oraz co do optymalizacji zabiegu. Warto wspomnieć w tym miejscu, iż dostępne są obecnie na rynku cewniki balonowe pokryte paklitakselem (Dior, Eurocor), co ma skutkować miejscowym działaniem antymitotycznym, a tym samym zmniejszeniem prawdopodobieństwa kolejnej ISR. Już chociażby ten fakt pozwala wierzyć, iż w razie nawrotu ISR chory nie będzie skazany na zabieg kardiochirurgiczny, polegający na wszczępieniu tętnicy piersiowej wewnętrznej lewej do tętnicy przedniej zstępującej.