

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

Oddział Kardiologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław



Nie trzeba przypominać, jak duże znaczenie ma stwierdzenie w koronarografii krytycznego zwężenia głównego pnia lewej tętnicy wieńcowej (LTW). Dawniej, w okresie stosowania do koronarografii prawie wyłącznie wysokojonowych kontrastów jodowych, już sama koronarografia wiązała się w tych przypadkach z wyraźnie zwiększonym ryzykiem, a o leczeniu przezskórnym długo nikt nawet nie myślał. Od dawna natomiast zdawano sobie sprawę z tego, że leczenie rewaskularyzujące pacjentów ze zwężeniem głównego pnia LTW, początkowo wyłącznie kardiochirurgiczne, stwarza szanse znacznie dłuższego przeżycia niż leczenie zachowawcze. Również w dzisiaj obowiązujących wytycznych postępowania zwłaszcza tzw. „niezabezpieczone” zwężenie głównego pnia LTW stanowi domenę rewaskularyzacji kardiochirurgicznej. *Zalecenia postępowania w kardiologii inwazyjnej* Sekcji Kardiologii Inwazyjnej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) z 2005 r. mówią, że wskazania do stentowania – przede wszystkim stentami powlekanymi, czyli wydzielającymi lek antyproliferacyjny (DES) – niezabezpieczonego pnia LTW zachodzą w przypadkach nagłych, np. ostrego zamknięcia pnia LTW, przy współistniejącym zamknięciu lub nienadającym się do leczenia kardiochirurgicznego zamknięciu gałęzi przedniej zstępującej lub okalającej, a przede wszystkim przy bardzo wysokim ryzyku leczenia kardiochirurgicznego ze względu na schorzenia współistniejące [1].

Pomimo takiego stanowiska autorów wytycznych, w literaturze polskiej [2–4], lecz nie tylko [5–7], mnożą się doniesienia o skutecznym leczeniu przezskórnym stentami metalowymi i DES choroby głównego pnia, zarówno przypadków ostrych, jak i leczonych w trybie planowym.

Ciekawe, jaki wpływ na leczenie w przyszłości wywrą ostatnie doniesienia o przypadkach ostrej zakrzepicy oraz częstości zgonów u chorych z DES [8]. Ostatnio np. Sekcja Kardiologii Inwazyjnej PTK zaleciła przestrzeganie wspomnianych wyżej swoich zaleceń dotyczących DES [9]. Nie znam aktualnego stanowiska FDA (Amerykańskiej Agencji ds. Leków i Żywności).

Intencją Autorów komentowanej przeze mnie pracy [10], którzy są kardiochirurgami, było niewątpliwie przypomnienie o ryzyku wiążącym się na każdym etapie z przezskórnym leczeniem choroby głównego pnia LTW. Dlatego uznali za stosowne przypomnieć, co i ja uczyniłem powyżej, co o wskazaniach do przezskórnego leczenia tej patologii mówią aktualne wytyczne. Zgadzam się z nimi, że opisany przypadek stanowił od początku wskazanie do CABG, na którym ostatecznie się skończyło; nie zachodziły okoliczności uzasadniające interwencję przezskórną. Wydaje się, że do takiego przebiegu wydarzeń u chorej (co Autorzy już pominęli) przyczyniło się „suboptymalne” posadowienie stentu w odejściu LTW i „suboptymalne” leczenie farmakologiczne – bez kłopidogrelu i statyn (zakładam, że opisane leczenie rzeczywiście chorej zalecono i że je pobierała).

Nie jestem fanatykiem wytycznych. Nie są one swoistymi przepisami prawa. Na pewno powinny być stosowane, ale nie mogą nas zwalniać od myślenia. Bardzo możliwe, że doczekamy się ich zmiany i wskazania do leczenia przezskórnego choroby głównego pnia zostaną rozszerzone. W komentowanym przypadku „na dziś” zachodziły jednak pełne wskazania do rewaskularyzacji chirurgicznej. Obawiam się, że zastosowane początkowo leczenie było przejawem cechującego niektórych kardiologów inwazyjnych (zresztą w ogóle tzw. zabiegowców) poczucia pewnej omnipotencji: *jeżeli coś potrafię zrobić, to zrobię to, niezależnie czy to najlepsze dla pacjenta, czy nie*. Kontrowersyjny był też wybór stentu, bo chodziło o chorą z cukrzycą. Wszczepiono jej stent wydzielający lek, co wydawało się bardzo korzystne, lecz skazywało ją na dożywotnie zażywanie kłopidogrelu – chora powinna to świadomie zaakceptować.

### Piśmiennictwo

1. Witkowski A, Poloński L. Przezskórna angioplastyka wieńcowa w leczeniu choroby niedokrwiennej serca. *Kardiologia Polska* 2005; 63 (Supl. III): 509-42.
2. Bryniarski L, Dragan J, Jankowski P, et al. Acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock treated with angioplasty of left main stenosis – two case reports. *Kardiologia Polska* 2002; 57: 440-4.
3. Peszek-Przybyła E, Buszman P, Białkowska B, et al. Stent implantation for the unprotected left main coronary artery. The long-term outcome of 62 patients. *Kardiologia Polska* 2006; 64: 1-6.

4. Arkowski J, Derkacz A, Negrusz-Kawecka M, et al. Ratująca życie angioplastyka pnia lewej tętnicy wieńcowej u chorego wysokiego ryzyka. *Kardiol Pol* 2006; 64: 1121-4.
5. Chieffo A, Stankovic G, Bonizzoni E, et al. Early and mid-term results of drug-eluting stent implantation in unprotected left main. *Circulation* 2005; 111: 791-5.
6. Curzen N. Percutaneous coronary intervention in unprotected left main stem disease: the state of play. *Heart* 2005; 91 (Suppl III): iii39-41.
7. Tanigawa J, Sutariua N, Goktekin O, et al. Treatment of unprotected left main coronary artery stenosis in the drug-eluting stent era. *J Interv Cardiol* 2005; 18: 455-65.
8. Nordmann AJ, Briel M, Bucher HC. Mortality in randomized controlled trials comparing drug-eluting vs. bare metal stents in coronary artery disease: a meta-analysis. *Eur Heart J* 2006; 27: 2784-814.
9. Komentarz Zarządu Sekcji Kardiologii Inwazyjnej PTK do Hot Line Session podczas Światowego Kongresu Kardiologii w dniu 3 września 2006 r. w Barcelonie. *Kardiol Pol* 2006; 64: 1163.
10. Dyk W, Mizerski J, Wolski P. Pomostowanie tętnic wieńcowych u chorej po uprzednio wykonanej przezskórnej angioplastyce i implantacji stentu do pnia lewej tętnicy wieńcowej. *Kardiol Pol* 2007; 65: 817-9.