

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Niewątpliwie w tym dziale *Kardiologii Polskiej* w ostatnich miesiącach pojawiło się wiele doniesień na temat przezskórnego leczenia pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej (LMS). Jest ich tak dużo, że już jakiś czas temu doszedłem do wniosku, iż najwyższa pora zająć się aktualizacją zaleceń dotyczących leczenia choroby LMS. Jak jednak uczy życie, nastąpi to dopiero po uzyskaniu wyników wieloośrodkowych badań z randomizacją, takich jak np. SYNTAX czy COMBAT. Co prawda pierwotne zwężenie u opisywanej chorej dotyczyło ujścia tętnicy przedniej zstępującej (GPZ), jednak warto pamiętać, iż zmiany ostialne zarówno GPZ, jak i tętnicy okalającej lewej (GO) w ogromnej większości przypadków mają ciągłość z blaszką miażdżycową dystalnej części LMS. Dlatego też każda interwencja w tym rejonie może się wiązać z tzw. redystrybucją blaszki i następczym wpływem na ujścia tych trzech naczyń. Niepisany kanonem jest traktowanie tego obszaru drzewa wieńcowego całościowo! Nie od dziś wiadomo, że dopiero ultrasonografia wewnątrznacyniowa (ICUS), w odróżnieniu od angiografii, dostarcza danych zwiększających prawdopodobieństwo przewidzenia następstw PCI w tym rejonie. Oczywiście, z użycia ICUS można, a nierzadko wręcz trzeba zrezygnować w wypadku ostrego zespołu wieńcowego, jednak w wypadku stabilnej choroby wieńcowej spowodowanej zajęciem LMS jest to, moim zdaniem, duży błąd, zwłaszcza gdy do leczenia przeznaczamy stenty metalowe (BMS).

Analiza przedstawianego przypadku w pełni potwierdza specyfikę ostialnej lokalizacji zwężenia GPZ. Nie mam żadnej wątpliwości, że decyzja o leczeniu przezskórnym była jak najbardziej słuszna. Przy czym, biorąc pod uwagę cukrzycę, tę obciążającą lokalizację zwężenia oraz charakter zmiany (miękka, z cechami zakrzepu), rekomendowałbym jednak (opierając się na powszechnie dostępnych zaleceniach) zastosowanie w jego trakcie bloкера receptora płytkowego IIb/IIIa. W piśmiennictwie światowym jest wiele doniesień uzasadniających takie podejście.

Jak już wiele razy pisałem, dobry wynik bezpośredni zabiegu jest najlepszym dowodem na trafność wyboru postępowania. Jednak warto podkreślić, iż w ciągu ostatnich 2 lat w sprawie przezskórnego leczenia bifurkacji LMS, GPZ i GO dokonała się istotna zmiana. Otóż panuje przekonanie, potwierdzone na razie przez jednoośrodkowe doniesienia, że optymalne leczenie wymaga użycia stentu pokrywającego całą długość LMS wraz z chorym odcinkiem GPZ lub GO (wybór tego ostatniego naczynia zależy od jego wielkości oraz kąta odejścia od pnia). Oczywiście, powinien to być stent uwalniający lek antyproliferacyjny (DES), przy czym są doniesienia dowodzące, że w wypadku tzw. dużego LMS (średnica >4 mm) nie jest to tak ważne. Niestety, w *Katalogu procedur NFZ* nie zostało przewidziane użycie DES u chorych z ostrym zespołem wieńcowym i zapewne tylko dlatego koledzy z Białegostoku zastosowali stent typu BMS. Pragnę podkreślić, że wszystkie kolejne etapy opisywanego zabiegu (w tym otwarcie oczka na GO oraz końcowy *kissing*) zostały wykonane zgodnie z przyjętymi zasadami.

Dalsza historia chorej dowodzi zarówno poprawności zabiegu (brak restenozy w implantowanym stencie), jak i wczesnego wykrycia zwężenia w ujściu GO. Jeszcze raz widać, jak ważna jest kontrolna koronarografia w omawianej okolicy w okresie 2–5 mies. po zabiegu. (Tak na marginesie, warto wiedzieć, iż wielo-, najlepiej 64-rzędowa tomografia komputerowa pozwala całkiem precyzyjnie oceniać LMS oraz proksymalne odcinki GPZ i GO. Okazuje się to wręcz niezbędne, jeśli chory nie zgadza się na wykonanie kolejnej kontrolnej koronarografii, a taki problem miał miejsce u omawianej chorej).

Kolejne decyzje kolegów z Białegostoku były jak najbardziej prawidłowe. Na podkreślenie zasługuje użycie w leczeniu GO stentu typu DES oraz końcowy *kissing*. Osobiście zabrakło mi w tym zabiegu tylko jednego, tj. badania ICUS. W moim przekonaniu badanie to pozwoliłoby sprawdzić apozycję i wielkość światła pierwszego stentu oraz dobrać optymalną wielkość stentu dla GO. Na podstawie stosownego obrazu LMS można by również ograniczyć wejście stentu do LMS.