

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Niniejszy *Angiogram miesiąca* nieco odbiega od najczęściej prezentowanej jego formy, tj. opisu konkretnej sytuacji klinicznej. Tym razem mamy bardzo edukacyjną pracę, przedstawiającą tzw. objaw akordeonowy (OA), będący stosunkowo łagodnym zjawiskiem, a właściwie powikłaniem przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI).

Oczywiście w żadnym razie nie zmniejsza to wartości tego doniesienia. Jest dla mnie oczywiste, iż brak wiedzy o OA może się wiązać z niepotrzebnymi interwencjami przezskórnymi, takimi jak angioplastyka balonowa (POBA) czy implantacja stentu. Jak wiadomo, wiążą się one z powikłaniami okołozabiegowymi i odległymi (m.in. restenozą wieńcową).

Z racji wieloletniego zaangażowania w zabiegi kardiologii interwencyjnej mam również swoje przemyślenia na temat OA. Mimo sporej liczby wykonanych zabiegów, nie było mi dane widzieć wielu takich sytuacji. Myślę, iż wiąże się to ze strategią prowadzenia PCI. Jestem przekonany, że poprzez właściwy dobór przewodników angioplastycznych do konkretnych przypadków oraz unikanie „siłowego” umieszczania ich w małych końcowych tętnicach liczbę przypadków OA można ograniczyć. Wspomniany dobór powinien polegać raczej na unikaniu stosowania przy krętych naczyniach tzw. twardych przewodników. Należy jednak pamiętać, iż zbyt miękki przewodnik może utrudniać wykonanie PCI, zwłaszcza wymagającej implantacji stentu w bardzo krętej i ciasno zwężonej prawej tętnicy wieńcowej. Myślę również, iż warto po umieszczeniu przewodnika angioplastycznego w optymalnej pozycji, a przed rozpo-

częciem właściwej części PCI (tj. poszerzenia balonikiem angioplastycznym czy implantacji stentu) wykonać kontrolne podanie środka kontrastującego. Wcześniej należy dowieńcowo podać nitrat. Dzięki takiemu podejściu można uniknąć sytuacji rozpoznawania OA po pierwszej interwencji na tętnicy wieńcowej, kiedy prawdopodobieństwo innych powikłań PCI (dyssekcja ściany naczynia, zakrzep) znacznie wzrasta. Warto również pamiętać, iż w takiej sytuacji wystąpienie OA najczęściej jest bezobjawowe.

Proponowany przez Autorów manewr różnicujący jest ciekawym sposobem różnicowania powikłań PCI, jednak nie jest idealny ani pozbawiony zagrożeń. Po pierwsze niesie niebezpieczeństwo „utrąty” pozycji przewodnika (dystalnej w stosunku do zwężenia), a po drugie nie zawsze pozwala na postawienie właściwej diagnozy. Należy przy tym pamiętać, iż „nieszczęścia lubią chodzić parami”. Koincydencja powikłań PCI wcale nie jest rzadka, dlatego najlepszym wyjściem przy trudnościach interpretacyjnych jest wykonanie badania za pomocą ultrasonografii wewnątrzwieńcowej

(ICUS). O roli tej metody pisałem już wielokrotnie. Jej jedynym minusem jest stosunkowo wysoka cena i brak refundacji ze strony NFZ.

Na zakończenie chciałem jeszcze wspomnieć, jak można sobie radzić, jeśli nie ma możliwości wykonania badania ICUS. Otóż wg starych mistrzów, nieobawiających się uszkodzenia śródbłonna wieńcowego, przy braku ICUS należy po pierwsze optymalizować pozycję przewodnika (tj. ułożyć go bez naprężeń w naczyniu), podać dowieńcowo nitrat oraz wykazać dylatację zmienionego miejsca tętnicy cewnikiem balonowym o średnicy mniejszej niż średnica tętnicy. Należy użyć do tego niskiego ciśnienia, zmniejszając uszkodzenie mechaniczne ściany tętnicy. Muszę przyznać, iż wykonanie takiego „masażu” sprawdza się wcale nie rzadko w sytuacjach, kiedy po implantacji stentu dochodzi do obkurczenia się tętnicy, a podanie nitratów nie przynosi oczekiwanych wyników. W przekonaniu propagatorów takiego postępowania ww. masaż „odblokowuje” skurcz mięśni porażonych wskutek bodźców indukowanych rozciągnięciem ściany naczynia implantowanym stentem.