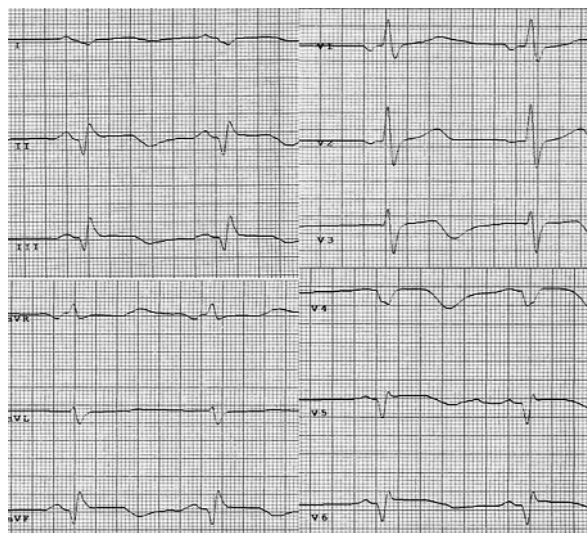


Rycina 5. Obraz angiograficzny po zabiegu implantacji stentu do pnia lewej tętnicy wieńcowej

zwężenia rezydualnego, angiograficznych cech dyssekcji oraz z dobrym przepływem (TIMI 3 w LCX i TIMI 2–3 w LAD) (Rycina 5.). Po skutecznym zabiegu stentowania stopniowo zaczęły ustępować dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, w EKG zaobserwowano ewolucję zmian ST-T, z wytworzeniem załamek Q nad ścianą dolną i boczną oraz wysokimi załamekami R w V_1 – V_2 (Rycina 6.). W kontrolnym badaniu echokardiograficznym wykazano poprawę kurczliwości (ograniczenie akinezy



Rycina 6. Zapis EKG w dzień po zabiegu stentowania pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej. Widoczna ewolucja zmian w stosunku do zapisu wyjściowego

do 1/3 przykoniuszkowej LV). Frakcję wyrzutową oceniono na 50%.

Chora została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym, w piątej dobie hospitalizacji, z zaleceniami niepalenia tytoniu, regularnego przyjmowania leków (kwas acetylosalicylowy, klopidogrel, beta-bloker, inhibitor ACE, statyna, L-tyroksyna, IPP) oraz konsultacji hematologicznej. Ponadto za 4 mies. zaplanowano wykonanie kontrolnej koronarografii.

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Do tej pory komentowałem wiele przypadków przeskórnej interwencji na pniu głównym lewej tętnicy wieńcowej (LMS), jednak takiego jak ten ze Szczecina wśród nich jeszcze nie było. A z pewnością należy go zaliczyć nie tylko do bardzo ciekawych, ale wręcz dydaktycznych.

Analizując opisany przypadek, doszedłem do wniosku, iż warto zwrócić uwagę na co najmniej trzy sprawy związane z chorobą LMS. Pierwsza z nich wiąże się z zaawansowaniem miażdżycy u chorych z istotnym zwężeniem w LMS. Otóż z angiograficznego punktu widzenia jest to przypadek choroby jednego naczynia, tyle że najważniejszego (!). Wszystko wskazuje na to, że była to „młoda” zmiana, którą tworzyły tzw. ranliwa blaszka miażdżycowa (ang. *vulnerable plaque*). Warto

sobie uświadomić, że dla takich chorych właściwie jedynym ratunkiem jest jak najszybszy zabieg stentowania. Niewątpliwie znamienne zwiększenie dostępności inwazyjnej diagnostyki naczyń wieńcowych w ostatnich latach spowodowało, że zaczęliśmy widywać takie przypadki w naszych klinikach. Wcześniej tacy chorzy najczęściej ginęli (!). Tak na marginesie, to wystąpienie u omawianej chorej 6 mies. wcześniej ostrego niedokrwienia kończyny górnej w podobnym mechanizmie dowodzi, że jej tętnice mają dużą skłonność do destabilizacji nieistotnych blaszek miażdżycowych. Z pewnością ujawnieniu się klinicznych form manifestacji tego procesu sprzyjała stwierdzana u niej nadpłytkowość oraz palenie tytoniu.

Sprawa druga dotyczy strategii zabiegu stentowania LMS. Wśród badaczy zajmujących się LMS przeważa opinia, iż przy tej lokalizacji zwężenia należy preferować stenty uwalniane leki (DES), pokrywając nim LMS na całej długości. Trzeba jednak pamiętać, iż jest sporo danych, że stenty metalowe (BMS) implantowane do tzw. dużych (średnica >4 mm) LMS zapewniają wcale nie gorsze wyniki. Wiarygodny w dobry odległy wynik u przedstawianej chorej zwiększa fakt użycia przez operatora wysokiego ciśnienia oraz małego zaawansowania miażdżycy w LMS. Za używaniem w takich przypadkach BMS przemawia oprócz aspektu ekonomicznego (cena stentu oraz długotrwałej terapii przeciwplatekowej przy stentach DES) również ryzyko późnej zakrzepicy w DES, szczególnie niebezpiecznej w LMS. Omawiany przypadek dowodzi, iż w razie stwierdzenia dużych mas zakrzepowych w tętnicy wieńcowej przed rozpoczęciem zabiegu angioplastycznego należy pamiętać o meto-

dach umożliwiających ich zmniejszenie. Autorzy skutecznie zastosowali bloker receptora płytkowego GP IIb/IIIa. W praktyce klinicznej przydatne są również fibrynolityki (w tym z GP IIb/IIIa) oraz trombektomy.

Sprawa trzecia wiąże się z analizą historii klinicznej omawianej chorej, która jest bardzo pouczająca. Przebieg kliniczny ostrego zespołu wieńcowego nie korespondował ani z obrazem angiograficznym tętnic wieńcowych, ani z zapisem EKG. Stąd, jak podkreślili Autorzy, wynik koronarografii był dla nich dużym zaskoczeniem. Z piśmiennictwa wynika, iż ostre upośledzenie przepływu przez LMS zazwyczaj objawia się w zapisie EKG cechami zawału ściany przednio-bocznej (często z RBBB) lub uniesieniem odcinka ST w V_1 i aVR, z towarzyszącym niedokrwieniem ściany dolnej, przedniej i bocznej. Również dobry stan ogólny pacjentki, bez cech niewydolności serca, sugerował bardziej „bezpieczny” obraz angiograficzny. Jedynie stwierdzone w badaniu echokardiograficznym zaburzenia kurczliwości lewej komory mogły się wydawać nieco bardziej rozległe niż w przypadku zajęcia tętnicy okalającej lewej czy prawej wieńcowej.

Przedstawiany przypadek kliniczny jest najlepszym dowodem na to, iż w ocenie stanu chorego z wstępnym rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego trzeba brać pod uwagę wszystkie dane pozyskiwane podczas całego procesu diagnostycznego, na który składa się badanie lekarskie oraz liczne dodatkowe (od biochemicznych, poprzez EKG do echokardiograficznego). Tylko wtedy możemy liczyć, iż zmniejszamy prawdopodobieństwo zaskoczenia końcowym rozpoznaniem.