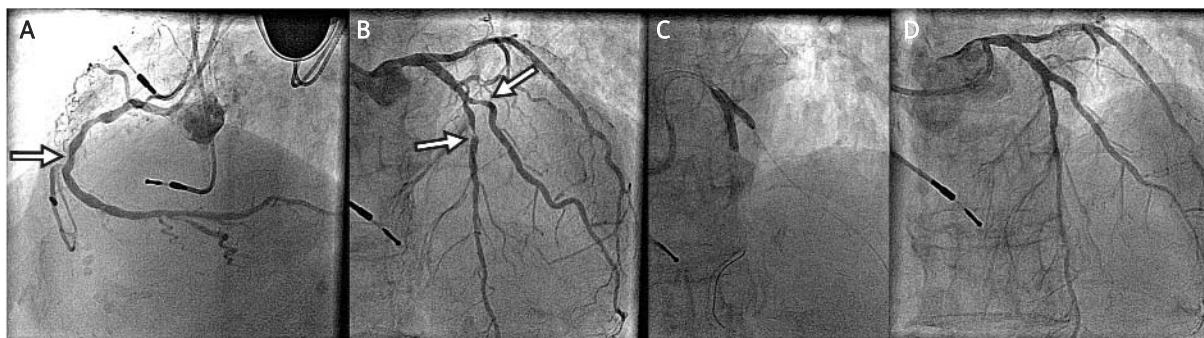




Rycina 3. A – obraz prawej tętnicy wieńcowej (strzałka wskazuje miejsce leczone angioplastyką balonową), B – obraz lewej tętnicy wieńcowej (strzałki wskazują istotne zwężenia w 1. gałęzi diagonalnej oraz środkowym segmencie tętnicy przedniej zstępującej), uzyskane podczas kolejnej kontrolnej koronarografii. Angiogramy C i D pokazują końcowy etap (*kissing balloon technique*) angioplastyki balonowej i jej wynik

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Wyobrażam sobie, że lektura powyższego przypadku budzi nie-małe emocje. Część z czytelników słusznie może zadać pytanie, dlaczego ta chora nie została poddana operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG). Przecież nie od dziś wiadomo, iż w przypadku wielonaczyniowej choroby wieńcowej (MVD) zabieg ten w porównaniu z leczeniem przezskórnym zapewnia lepsze wyniki odległe. Przy tym z badania CASS wiadomo, że leczenie operacyjne wydłuża takim chorym życie w porównaniu z leczeniem zachowawczym. Jednak omawiana chora była nastawiona do ewentualnego CABG wyjątkowo negatywnie. Tak na marginesie, to wcale nie jest rzadki przypadek. Co więcej, problem ten pojawia się coraz częściej i dotyczy zarówno młodych ludzi (nie chcą się poddać operacji związanej ze sternotomią), jak i w podeszłym wieku (obawiają się wyniku końcowego zabiegu). Warto podkreślić, iż tego nastawienia naszej chorej nie zmienił również konsultujący ją kardiochirurg i dlatego zaplanowaliśmy u niej leczenie przezskórne.

Nasz plan zakładał interwencję na ciasno zwężonych naczyniach, przy czym w tzw. tętnicy życia (przednia zstępująca) implantację stentu istotnie zmniejszającego prawdopodobieństwo restenozy, tj. typu DES, i angioplastykę balonową w prawej tętnicy wieńcowej. Dobry wynik bezpośredni powyższego zabiegu, jak i dobry efekt wcześniejszego stentowania tętnicy okalającej lewej napawał optymizmem. Jednak jeszcze raz okazało się, że życie potrafi wyreżyserować zaskakującą historię.

W ciągu następnych 6 miesięcy chora była u nas 2-krotnie hospitalizowana. Pierwszy raz po 4 miesiącach, ze względu na wystąpienie ostrego zespołu wieńcowego (OZW), a drugi 2 miesiące później, z powodu znamienne-go spadku tolerancji wysiłku. W obu wypadkach tętnicą odpowiedzialną za objawy kliniczne była tętnica przednia zstępująca, czyli ta zaopatrzona „lepszym stentem”. No cóż, omawiany przypadek uświadamia, że stenty DES nie eliminują zjawiska restenozy wieńcowej, przy czym wręcz zastanawiające jest to, że u naszej chorej ujawniło się ono tak szybko, tj. już w 4 miesiące po zabiegu implantacji (!). W moim przekonaniu fakt pojawienia się nowego zwężenia (ang. *de novo lesion*) w początkowym odcinku 1. gałęzi diagonalnej oraz krótki czas utrzymania światła

w stencie DES sugeruje dużą aktywność procesów proliferacyjnych w ścianie tętnicy przedniej zstępującej i jej bocznych. W opisywanym przypadku warto zwrócić uwagę na to, iż pierwsza restenoza w stencie DES wywołała OZW, w następstwie którego doszło do istotnego uszkodzenia lewej komory. Przeczy to powszechnie przyjętemu przekonaniu, że „restenoza tylko boli, a nie jest powodem OZW czy zgonu”. Warto pamiętać, że obserwacje potwierdzające koincydencję groźnych dla życia epizodów wieńcowych u chorych z restenozą w stencie (w tym typu BMS) zostały „zauważone” z chwilą pojawienia się doniesień na temat zakrzepicy u chorych leczonych stentami typu DES.

Opisywana sytuacja powinna uświadomić (nie tylko kardiologom interwencyjnym) co najmniej trzy problemy związane z przeszskórnym leczeniem choroby wieńcowej.

Po pierwsze, u chorych po wielonaczyniowej angioplastyce kontrolna koronarografia może zaskoczyć, tak-

że pod względem patogenezy zwężenia (restenoza i/lub nowe) odpowiadającego za objawy kliniczne.

Po drugie, zarówno angioplastyka, jak i zabieg CABG nie chronią przed tworzeniem się nowych zmian miażdżycowych. Dlatego tak ważne u chorych z chorobą wieńcową jest przewlekłe stosowanie leków wpływających korzystnie na hamowanie progresji miażdżycy oraz modyfikacja czynników ryzyka wieńcowego.

Po trzecie, dostępne komercyjnie stenty DES wymuszają konieczność długotrwałego (co najmniej 12 miesięcy) stosowania podwójnej terapii przeciwplatek (kwas acetylosalicylowy + kłopidogrel), mogą być powodem późnej (ponad rok od zabiegu) zakrzepicy w stencie oraz nie eliminują całkowicie wystąpienia w nim restenozy.

Warto pamiętać o przedstawionych powyżej faktach przy kwalifikowaniu chorych do zabiegów przeszskórnej rewaskularyzacji.