

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Zapewne coraz większe doświadczenie kardiologów interwencyjnych, idące w parze ze znacznie zwiększonym dostępem do interwencyjnego leczenia chorych z ostrymi zespółami wieńcowymi (ACS) powoduje, że bardzo aktualnym problemem staje się zakres zabiegu rewaskularyzacji (PCI) w czasie tzw. ostrej fazy ACS.

Jak wiadomo, zdania uczonych są w tej materii podzielone, chociaż w ostatnim czasie zdaje się przeważać teza o racjonalności i efektywności zabiegu pełnej rewaskularyzacji w ramach jednoetapowego PCI. Jednak w obowiązujących do dzisiaj zaleceniach taka pełna rewaskularyzacja jest zastrzeżona tylko dla chorych we wstrząsie kardiogenym (CS). Z opisu komentowanego przypadku wynika, iż właśnie taka sytuacja miała miejsce, i to pomimo skutecznego zabiegu PCI na gałęzi przedniej zstępującej. Dlatego wydaje się, że pierwotny zabieg powinien być poszerzony na inne tętnice. Oczywiście, biorąc pod uwagę niezbyt „ciasne” angiograficzne zmiany, decyzja dotycząca drugiego etapu PCI mogła być podjęta w zależności od efektu pierwszego PCI. Warto pamiętać, iż zabieg PCI we wstrząsie kardiogenym jest zalecany do 36 godz. od początku dolegliwości. Co więcej, takie postępowanie spełnia kryteria „pasywacji” blaszki ranliwej (ang. *vulnerable plaque*), a tym samym zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia następnego ACS. Przy czym ta ostatnia teza wymaga jeszcze potwierdzenia.

Oczywiście oceniający *post factum* jest zawsze w lepszej sytuacji, bo wie więcej niż operator i może się „mądrzyć”. Zdaję sobie sprawę, iż potencjalne powikłania przedłużającego się PCI (*no-reflow*, zespół małego rzutu, nefropatia pokontrastowa) nie zachęcają do „szarżowania” w czasie pierwotnego zabiegu. Ponadto w chwili obecnej nie ma powszechnie akceptowanego sposobu oceny stopnia istotności zwężeń nieodpowiadających za ACS. Dlatego chciałbym się podzielić swoimi przemyśleniami na ten temat, które są realizowane praktycznie w kierowanym przeze mnie ośrodku.

Po pierwsze, w przypadku CS staramy się doprowadzić do tzw. pełnej rewaskularyzacji istotnych zwężeń tętnic wieńcowych. Jeżeli natomiast wśród analizowanych zmian obstrukcyjnych znajdują się takie, które spełniają kryteria zmian pośrednich, to decyzja o ich leczeniu za pomocą PCI jest uzależniona od dokładnej analizy ich cech angiograficznych. W każdym przypadku złożonych zmian, z cechami obecności zakrzepu i/lub dysekcji, z nieregularnymi zarysami powierzchni lub przejaśnieniami, decydujemy się na implantację stentu. W sytuacjach niejednoznacznych posiłkujemy się badaniem ultrasonografii wewnątrzwieńcowej (IVUS). Jeżeli w takich przypadkach pękniętej blaszki (ang. *ruptured plaque*) towarzyszą zakrzep oraz brak pełnego „wypłukania” miękkich elementów rdzenia blaszki (m.in. *lipid pool*), a do tego niezbyt duże światło w miejscu zwężenia naczynia ($<5 \text{ mm}^2$), to zabieg kończy się implantacją stentu.

Oczywiście zdaję sobie sprawę, iż w praktyce klinicznej potrzebne są bardziej precyzyjne narzędzia oceniające taką ranliwą blaszkę. Być może już za 2, 3 lata z całego zestawu metod (termografia, palpografia, elastografia, wirtualna histologia), wykorzystywanych na razie w celach naukowych, któraś wejdzie do powszechnego użytku. Z całą pewnością decydujące będą tutaj wyniki stosownych wieloośrodkowych badań (np. *Prosper*, *IBIS*). Jest wielce prawdopodobne, iż wspomniana już pasywacja blaszek ranliwych, uzyskiwana za pomocą implantacji stentów, stanie się rutynową procedurą. Na razie jednak w tej materii musimy się kierować bardziej intuicją i własnym doświadczeniem.

Na koniec jeszcze zdanie na temat nefropatii pokontrastowej – jednostce, o której mówi się coraz częściej. Oczywiście należy pamiętać, iż jej wystąpieniu sprzyja zaawansowany wiek chorego oraz ilość użytego kontrastu. Jednak rozpatrując leczenie wielonaczyniową angioplastyką, nie można zapominać o możliwości uszkodzenia nerek w następstwie małego rzutu związanego z niedokrwieniem serca.