

Pacjenci po zabiegu udrożnienia przewlekle zamkniętej tętnicy wieńcowej – mniej chirurgii, więcej interwencji przezskórnych w obserwacjach odległych

dr hab. n. med. Adam Witkowski

Instytut Kardiologii, Warszawa



Osoby z przewlektym zamknięciem tętnicy wieńcowej (*chronic total occlusion*, CTO) stanowią 20–40% chorych z angiograficznie udokumentowaną chorobą wieńcową i około 10% przypadków poddawanych przezskórnym interwencjom wieńcowym [1, 2]. Należy sądzić, że tak niski odsetek kwalifikacji pacjen-

tów z CTO do zabiegów angioplastyki świadczy o dużej ostrożności operatorów w podejmowaniu decyzji o przezskórnej rewaskularyzacji. Jest to spowodowane przede wszystkim gorszą przewidywaną skutecznością bezpośrednią zabiegu z jednej strony oraz możliwością wystąpienia istotnych powikłań okołozabiegowych z drugiej [3]. Ponadto ryzyko leczenia zachowawczego pacjentów z CTO jest niewielkie, a przeżycie w obserwacji odległej może nie różnić się od stwierdzanego u pacjentów po skutecznej rekanalizacji przezskórnej, czego dowiedli autorzy omawianej pracy. Poza tym wydaje się, że pacjenci po skutecznej rekanalizacji CTO odnoszą korzyść głównie z powodu mniejszego nasilenia dławicy piersiowej i mniejszej częstości rewaskularyzacji chirurgicznej, są jednak z kolei narażeni na częstsze kolejne zabiegi angioplastyki z powodu restenozy, przynajmniej w przypadku implantacji stentów metalowych [4]. Tak więc decyzja o przezskórnej rekanalizacji CTO musi być podjęta bardzo rozważnie, w oparciu o udokumentowane klinicznie objawy dławicy piersiowej i udowodnione w testach prowokacyjnych niedokrwienie mięśnia sercowego ze strefy unaczynienia zamkniętej tętnicy. Należy także wziąć pod uwagę przewidywaną skuteczność bezpośrednią za-

biegu na podstawie uwarunkowań anatomicznych oraz dysponować odpowiednim instrumentarium. Niewątpliwie ideałem byłoby zastosowanie nowych urządzeń, konstruowanych specjalnie z myślą o udrażnianiu CTO oraz stentów uwalniających leki, których większa skuteczność w porównaniu ze stentami metalowymi została udowodniona w badaniu z randomizacją PRISON II [5]. Pozwoliłoby to osiągnąć lepsze wyniki bezpośrednie i odległe w zabiegach udrażniania CTO, eliminując prawie zupełnie konieczność rewaskularyzacji chirurgicznej z powodu nieskutecznej angioplastyki z jednej strony i konieczność przeprowadzania kolejnych zabiegów przezskórnych spowodowanych restenozą. Ale osiągnięcie tego stanu rzeczy chyba jeszcze trochę potrwa...

Piśmiennictwo

1. Delacretaz E, Meier B. Therapeutic strategy with total coronary artery occlusions. *Am J Cardiol* 1997; 79: 185-7.
2. Detre K, Holubkov R, Kelsey S, et al. Percutaneous transluminal coronary angioplasty in 1985-1986 and 1977-1981. The National Heart, Lung, and Blood Institute Registry. *N Engl J Med* 1988; 318: 265-70.
3. Ruocco NA Jr, Ring ME, Holubkov R, et al. Results of coronary angioplasty of chronic total occlusions (the National Heart, Lung, and Blood Institute 1985-1986 Percutaneous Transluminal Angioplasty Registry). *Am J Cardiol* 1992; 69: 69-76.
4. Warren RJ, Black AJ, Valentine PA, et al. Coronary angioplasty for chronic total occlusion reduces the need for subsequent coronary bypass surgery. *Am Heart J* 1990; 120: 270-4.
5. Suttorp JM: PRISON II Trial. Late Breaking Clinical Trials II, TCT 2005, Washington DC, USA. http://www.tctmd.com/csportal/appmanager/tctmd/main?_nfpb=true&_pageLabel=TCTMDCContent&hdCon=1332022