

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa;
Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej, Polska Akademia Nauk, Warszawa



Dzięki Kolegom z Turcji mamy kolejny przypadek dowodzący nieprzewidywalności rozwoju miażdżycy tętnic wieńcowych, a jednocześnie obrazujący historię naturalną pacjenta z chorobą wieńcową (CAD) leczonego za pomocą metod kardiochirurgicznych (pomostowanie aortalno-wieńcowe — CABG). Nie ukrywam, że podczas lektury tego artykułu trudno było mi się zgodzić z wszystkimi decyzjami lekarzy. Zapewne wiąże się to z ogromnymi polskimi doświadczeniami dotyczącymi diagnozowania i leczenia osób z ostrymi zespołami wieńcowymi (OZW). Przed wskazaniem tych różnic interpretacyjnych warto jednak podkreślić zarówno brak bezpośredniego kontaktu z chorym (kwestia jego nastawienia, oczekiwań), jak i dostęp do ograniczonej liczby obrazów angiograficznych i do tego typu „zatrzymanej klatki” (*still frames*), a nie do filmu prezentującego dynamikę przepływu krwi.

Otóż 9 lat przed opisywanym epizodem klinicznym chorą z trójnaczyńniową CAD poddano zabiegowi CABG, podczas którego użyto pomostów żylnych do zespolenia z prawą tętnicą wieńcową (RCA) i z gałęzią marginalną. Ponadto tętnicę piersiową wewnętrzną lewą (LIMA) wszyto do tętnicy przedniej zstępującej (LAD). Warto uwzględnić, że dolegliwości stenokardialne pojawiły się u chorej już miesiąc przed opisywaną hospitalizacją (!). Ich charakter był nawracający, przy czym występowały one również w spoczynku (!). Natomiast tuż przed hospitalizacją u chorej pojawił się ból, który trwał 3 godziny. Te fakty sugerują progresję miażdżycy, skutkującą redukcją przepływu wieńcowego w obszarze miokardium do tego czasu dobrze zaopatrywanym w krew. Badanie echokardiograficzne nie do końca pozwalało zdiagnozować obszar „nowego niedokrwienia”. Z EKG wynikało, że świeże zmiany dotyczyły RCA, natomiast obrazy angiograficzne sugerowały w tym względzie zmianę, tj. dyssekcję w przebiegu LIMA. Wygląda na to, że Autorzy komentowanego „Angiogramu miesiąca” powiązali dolegliwości kliniczne chorej i podwyższone stężenie

troponiny z tą samoistną dyssekcją. Chociaż tak naprawdę to nie może jednoznacznie wykluczyć jatrogennej przyczyny tej dyssekcji, która teoretycznie mogła zostać wywołana cewnikiem diagnostycznym, choć brak jej bezpośredniego związku z ujściem LIMA zdaje się przeczyć tej teorii. Jednak tej proponowanej przez Autorów przyczyny OZW u omawianej chorej nie potwierdza utrzymany przepływ w LIMA. Według mnie warto również rozważyć możliwość „domknięcia się” pomostu żylnego do RCA (co pośrednio sugeruje czas rozwijania się objawów stenokardialnych!) jako przyczyny nasilenia się objawów klinicznych i wzrostu stężeń markerów martwicy miokardium (Tn). Przecież w specjalistycznym piśmiennictwie udokumentowano przypadki samoistnych dyssekcji tętnic wieńcowych praktycznie bez masy klinicznej, gojących się bez żadnych następstw. Jeszcze raz pozwolę sobie podkreślić, że LIMA była drożna, z utrzymanym przepływem i dobrym wypełnieniem LAD.

Jednak według mnie najistotniejszą kwestią był wybór przez Autorów formy leczenia. I w tej kwestii nie zgadzam się z opcją wybraną przez Kolegów z Turcji. Tym bardziej, że miała to być reoperacja, której wyniki odbiegają od rezultatów pierwotnej CABG, zwłaszcza tej z wykorzystaniem pomostów tętniczych. W moim przekonaniu istniały wielkie szanse na samoistne wygojenie się omawianej dyssekcji, a RCA była w zasięgu stosunkowo prostego zabiegu PCI. Przy użyciu stentu lekowego odległe wyniki są nie gorsze niż te związane z wszczęciem pomostów żylnych.

Być może jednak stan chorej był daleki od stabilnego. Dlatego warto mieć świadomość, że u chorej był możliwy zabieg stentowania LIMA (tzw. stentowanie „wejścia” dyssekcji). Oczywiście należy uwzględnić sytuację, w której prowadnik angioplastyczny może znaleźć się w tzw. fałszywej przestrzeni, jednak istnieją metody (np. IVUS) pozwalające tego uniknąć. Taki zabieg z użyciem DES zapewnia bardzo dobre efekty odległe. Najlepiej, aby był on wykonany w planowym terminie, jednak należy pamiętać, że w przypadku niestabilności hemodynamicznej lub wieńcowej (dlatego ważna jest dynamika stężeń markerów martwicy) zabieg PCI daje lepsze rezultaty niż CABG.

Konflikt interesów: nie zgłoszono