Komentarz

dr hab. n. med. Marek Jasiński
II Katedra i Klinika Kardiochirurgii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Artykuł „Ostry zespół wieńcowy spowodowany chorobą niezabezpieczonego pnia lewej tętnicy wieńcowej – rola kardiologa interwencyjnego i kardiochirurga" porusza trudny problem zoptymalizowania leczenia w niejednorodnej grupie chorych zagrożonych wysokim ryzykiem powikłań. Autorzy na podstawie doniesień z piśmiennictwa przedstawili swój pogląd na temat postępowania terapeutycznego. Poruszone zostały dwa zasadnicze aspekty tego problemu.

Pierwszym jest charakter leczenia inwazyjnego w ostrych zespołach wieńcowych (ang. *acute coronary syndrome* – ACS) i ostrych zawałach mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST (ang. *ST-segment elevation acute myocardial infarction* – STEMI), dobór metody i czasu interwencji. Nowego światła dostarczają świeżo opublikowane przez Vlaara i wsp. wyniki badania HORIZONS-AMI (ang. *Harmonizing Outcomes with Revascularization and Stents in Acute Myocardial Infarction*), którzy definitywnie rozstrzygają ten spór na korzyść ostrej interwencji tylko w zakresie tzw. *culprit vessel*. Potwierdza i umacnia on istniejącą rekomendację ESC-EACTS (ang. *European Society of Cardiology/European Association for Cardio-Thoracic Surgery*), choć dotąd tylko na poziomie IIa – B, że z wyjątkiem wstrząsu kardiogennego interwencja powinna być ograniczona do *culprit lesion*. Strategia odroczonego postępowania z pozostałymi zmianami powinna należeć do wspólnej oceny w ramach zespołu sercowego (ang. *heart team*), za czym przemawia także wykazana w cytowanym badaniu bardzo duża, bo aż 21-procentowa, częstość różnej oceny zmiany niedozawałowej tętnicy dokonanej w trakcie interwencji, w porównaniu z oceną w terminie późniejszym.

Drugim aspektem jest wybór metody i czasu postępowania, gdy ACS lub STEMI związane są z chorobą lewej tętnicy wieńcowej (ang. *left main* – LM) – dotąd zarezerwowanej do leczenia chirurgicznego w przewlekłej postaci choroby wieńcowej (ang. *coronary artery disease* – CAD). Czy można tu zastosować podobną strategię ostrej interwencji w zakresie tzw. *culprit lesion*? Pomocnym do oceny wyboru metody i możliwości stosowania ww. strategii są

wyniki badania SYNTAX (ang. *SYNergy between percutaneous coronary intervention with TAXus and cardiac surgery*), szczególnie te najbardziej aktualne, trzyletnie opublikowane na początku tego roku. W dodatkowo przeprowadzonej analizie wyników w wyłączonej, liczącej 700 pacjentów podgrupie chorych z LM, porównanie metody chirurgicznej i przezskórnej interwencji wieńcowej PCI (ang. *percutaneous coronary intervention*) zależą od przedoperacyjnego SYNTAX Score. Metody te są porównywalne w zakresie niskiego (1–22) i średniego (23–33) SYNTAX Score. Dla potwierdzenia tak powstałej hipotezy (SYNTAX jest za mały dla stworzenia wniosków co do pacjentów z LM, ale wystarczający do generowania hipotezy badawczej), rozpoczyna się kolejne przełomowe badanie z randomizacją – EXCEL porównujące PCI i pomostowanie wieńcowe (ang. *coronary artery bypass grafting* – CABG) u takich właśnie chorych, z chorobą LM i niskim lub średnim SYNTAX Score.

Reasumując, przedstawione badania z randomizacją HORIZONS, SYNTAX i EXCELL uzasadniają interwencję w ACS lub STEMI, gdy związane są one z chorobą LM. Brak zakończonych prac z randomizacją porównujących metodę chirurgicznej i przezskórnej rewaskularyzacji stanowi o niemożliwości rekomendowania jednej z metod. Na podstawie już dostępnych wyników można sugerować jednak, że dobór metody powinien być uzależniony od stopnia złożoności zmian koronarograficznych przedstawianych jako SYNTAX score. Zgodnie z sugestiami autorów wydaje się, że decyzja co do sposobu leczenia powinna być indywidualna i zapadać w tzw. *heart team,* gdzie można zoptymalizować sposób leczenia, jak i czas poszczególnych interwencji.

Piśmiennictwo

1. Vlaar PJ, Mahmoud KD, Holmes DR Jr, van Valkenhoef G, Hillege HL, van der Horst IC, Zijlstra F, de Smet BJ. Culprit vessel only versus multivessel and staged percutaneous coronary intervention for multivessel disease in patients presenting with ST-segment elevation myocardial infarction: a pairwise and network meta-analysis. J Am Coll Cardiol 2011; 58: 692-703.