

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Zapewne dane epidemiologiczne związane z chorobą niedokrwienną serca decydują o tym, iż w przeświadczeniu lekarzy kierujących chorych na koronarografię badanie to powinno wykazać obecność zwężeń istotnie upośledzających przepływ wieńcowy, a tym samym odpowiedzialnych za sytuację kliniczną tych chorych. Anomalia

le tętnic wieńcowych sprawiają w tym względzie nieco kłopotu. Otóż, nie dość, że występują stosunkowo rzadko i nie wykluczają obecności procesu miażdżycowego, to jeszcze są lekceważone pod kątem ich wpływu na funkcję serca. Wiąże się to zapewne z faktem, iż doświadczenie z diagnozowaniem oraz leczeniem anomalii tętnic wieńcowych jest zdecydowanie mniejsze niż w przypadku choroby wieńcowej. Z drugiej jednak strony postęp, jaki dokonuje się w ciągu ostatnich lat w tzw. nieinwazyjnym obrazowaniu tętnic wieńcowych, daje ogromną szansę na właściwe jego wykorzystanie do selektywnej oceny zwężeń wieńcowych i do prewencji nagłego zgonu sercowego.

Nie bez powodu nagłe zatrzymanie krążenia (NZK) jest bezwzględny wskazaniem do wykonania koronarografii. Uważna lektura przypadku przedstawionego przez kolegów z Kielc jednoznacznie to potwierdza. W mojej opinii, na podkreślenie zasługuje zwłaszcza wykonanie przez nich badania wielorzędowej tomografii komputerowej naczyń serca (angio-CT). Jak wiadomo, jest to badanie wręcz wymarzone do diagnostyki anomalii wieńcowych. Warto pamiętać, iż to właśnie dzięki niemu można bardzo dokładnie ocenić przebieg poszczególnych tętnic, co jak wiadomo z literatury fachowej, ma duże znaczenie rokownicze i pomaga w wyborze opcji terapeutycznej.

Analiza przypadku pozwala mi stwierdzić, iż zastosowano wszystkie dostępne i zalecane w takich sytuacjach metody diagnostyczne. I tak, po opisanym wyżej angio-CT skorzystano z możliwości oceny istotności zwężenia w pra-

wej tętnicy wieńcowej poprzez oznaczenie wielkości cząstkowej rezerwy wieńcowej (ang. *fractional flow reserve*, FFR).

Etap diagnostyczny nie budzi moich zastrzeżeń, ale zastosowane leczenie wywołuje pewne wątpliwości. Pragnę jednak podkreślić, iż ten obszar kardiologii pozbawiony jest jednoznacznych zaleceń, więc przedstawiona przeze mnie opcja terapeutyczna stanowi pewnego rodzaju ćwiczenie intelektualne i nie jest krytyką sposobu leczenia zastosowanego w Kielcach. Poniżej przedstawiam swój tok rozumowania.

Omawiany chory dożył do 63. roku życia z ww. anomalią naczyniową, nie ograniczając wysiłków fizycznych. W moim przekonaniu zapewne sprzyjał temu stosunkowo „korzystny” przebieg lewej tętnicy wieńcowej. Tak więc można przyjąć, iż dopiero pojawienie się istotnych blaszek miażdżycowych w obu tętnicach wieńcowych (całkiem możliwe, że decydujące było zwężenie zlokalizowane w dominującej prawej tętnicy wieńcowej) objawiło się niestabilnością elektryczną serca, tj. NZK w mechanizmie migotania komór.

Dla mnie z tych informacji płynie jasny wniosek, iż po usunięciu przyczyn niedokrwienia zagrożenie ponownymi epizodami NZK powinno zniknąć. Dlatego też po wyborze dla chorego pomostowania aortalno-wieńcowego nie zalecałbym implantacji automatycznego kardiowertera-defibrylatora serca (ICD). Aczkolwiek ze względu na niedawno opublikowane wyniki badania SYNTAX nie proponowałbym omawianemu choremu leczenia kardiochirurgicznego (!). Otóż z badania SYNTAX wynika, że w sytuacji istnienia istotnych zmian w pniu głównym lewej tętnicy wieńcowej oraz w jednej tętnicy epikardialnej leczenie przezskórne (oczywiście ze stentami uwalniającymi lek antyproliferacyjny – DES) rokuje lepiej niż rewaskularyzacja kardiochirurgiczna (!). Dlatego też zaproponowałbym temu choremu leczenie przezskórne z użyciem stentów typu DES. Przy czym, biorąc pod uwagę możliwość restenozy oraz zakrzepicy wewnątrzstentowej, w takim przypadku zalecałbym choremu implantację ICD.