

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



Biorąc pod uwagę stosunkowo „ubogie” wytyczne dotyczące leczenia ostrego zespołu (OZW) u kobiet w ciąży oraz rzadkość występowania takiej sytuacji, nie dziwi fakt, że pojawienie się ciężarnej z podejrzeniem OZW powoduje u kardiologów i położników duży stres. Wszyscy wiemy, jak leczyć chorego z OZW, ale młodą kobietę

w ciąży? Lekarz czuje wręcz podwójny ciężar odpowiedzialności — jak leczyć, aby pomóc matce i nie zaszkodzić nienarodzonemu jeszcze dziecku. Nieco łatwiej jest o decyzję w przypadkach zaawansowanej ciąży. Praktycznie taka właśnie sytuacja miała miejsce u opisanej pacjentki. Na podstawie objawów klinicznych, wyników badań obrazowych (EKG, ECHO) i badań laboratoryjnych postawiono diagnozę OZW i niejako w konsekwencji zdecydowano o wykonaniu u chorej koronarografii. Niestety u opisywanej pacjentki stwierdzono dużą skrzeplinę w gałęzi okalającej, która sama w sobie jest niejako zapowiedzią możliwych powikłań.

Niewątpliwie, u „typowego” pacjenta z OZW w pierwszej kolejności zostałby podany antagonistą receptora płytkowego GPIIb/IIIa. Jednak obawiając się niekorzystnych dla płodu powikłań, u opisanej chorej zdecydowano o wykonaniu trombektomii aspiracyjnej bez zastosowania agresywnej farmakoterapii przeciwzakrzepowej. Niestety zabieg ten

nie zakończył się sukcesem i operator został zmuszony do wykonania angioplastyki balonowej, w wyniku której doszło do dyslokacji skrzepliny do obwodowych odcinków tętnicy okalającej (czyli do ich embolizacji). Operator zakończył na tym zabieg, nie decydując się na podanie antagonisty receptora płytkowego GPIIb/IIIa. Poprawa kliniczna stanu chorej i przebieg pozabiegowy, a przede wszystkim urodzenie zdrowego noworodka wskazuje, że lekarze wybrali całkiem skuteczne rozwiązanie.

Należy pamiętać, że u takich chorych nie można zapomnieć o specjalistycznej diagnostyce przyczyn OZW, która powinna być wykonana po urodzeniu dziecka. Dla przykładu u opisanej pacjentki stwierdzono obniżone stężenie białka S i antytrombiny oraz niski pozytywny wynik przeciwciał antykardiolipinowych w klasie IgG i IgA, co wskazywało na możliwość zespołu antyfosfolipidowego. Warto sobie również uzmysłwić, że istotne dla patofizjologii zmian w tętnicach wieńcowych jest stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych.

Należy przypuszczać, że ze względu na wydłużenie wieku reprodukcyjnego oraz nowe techniki prokreacji (metody wspomaganie rozrodu), częstość zawału u kobiet w ciąży raczej będzie rosła. Trzeba jednak wierzyć, że dzięki rozwojowi nowoczesnych metod leczenia farmakologicznego i inwazyjnego, rokowanie pacjentek i ich dzieci będzie się poprawiać.

Konflikt interesów: nie zgłoszono