

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Kardiologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław



Chociaż w dziale „Chorzy trudni typowi” *Kardiologii Polskiej* to już czwarty [1] w ciągu 3 lat opis przypadku wysiękowego zapalenia osierdzia (trzeci ukaże się w numerze październikowym naszego miesięcznika), to nie sądzę, by było to błędem: każdy bardzo różni się od pozostałych, każdy porusza wielki problem, głównie terapeutyczny [2–4].

Czytelników tego komentarza, z Autorami komentowanej pracy włącznie, zachęcam do przeczytania wymienionych przeze mnie w piśmiennictwie opisów przypadków (już opublikowanych, których nie zacytowali w swojej pracy).

Sądzę, że rozpowszechnienie ultrasonokardiografii jest obecnie pierwszą przyczyną dużego napływu na oddziały kardiologiczne pacjentów z różnymi ilościami płynu w worku osierdziowym, kierowanych zazwyczaj, często niezależnie od stanu klinicznego, z rozpoznaniem tamponady osierdzia bądź przynajmniej wysiękowego zapalenia osierdzia. Kierując pacjentów z tymi rozpoznaniem (nierzadko osoby bez objawów, z płynem w osierdziu wykrytym „przy okazji”), zapomina się nieraz, że tamponada serca to zespół objawów klinicznych jedynie potwierdzany w badaniu ultrasonograficznym wykazującym dużą ilość płynu w osierdziu (wg standardów ESC ponad 20 mm w rozkurczu, choć w wielu przypadkach taka ilość jest bezobjawowa klinicznie) uciskającego na serce. Jak mało którego rozpoznania, chorych z tamponadą serca i wysiękowymi zapaleniami osierdzia dotyczy stwierdzenie, że „każdy chory jest inny” i często, mimo wykonania wszystkich możliwych badań (niekiedy z sekcyjnym włączeniem), udaje się ustalić jedynie, że u jednego chorego tamponada serca nawracała w przebiegu niewydolności nerek, a u drugiego (jak w komentowanym przypadku) — reumatoidalnego zapalenia stawów albo amyloidozy. Ale dlaczego tak? Przecież leczymy wszystkich jednakowo: NLPZ, stero-

idy, ostatnio także kolchicyna. Niejako „aktem rozpacz” w przypadkach pogarszającego się lub niepoprawiającego masywnego wysięku w osierdziu bywa leczenie kardio-torako-chirurgiczne, wykonywanie tzw. okienka osierdziowo-opłucnowego, niekiedy nawet z totalną epikardiektomią. Taki sposób postępowania, zalecany w standardach ESC z 2004 r. [5], zastosowano z różnym skutkiem w 2 przywołanych wyżej pracach [2, 4]. Wytworzonym torakoskopowo w Klinice Torakochirurgii Akademii Medycznej we Wrocławiu okienkiem osierdziowo-opłucnowym leczylimy też skutecznie w Wałbrzyskim Ośrodku Kardiologii Interwencyjnej chorego, u którego po zabiegu LIMA do LAD, bez żadnych ogólnych czy laboratoryjnych cech stanu zapalnego, nawracały, mimo pełnego leczenia, olbrzymie ilości surowiczego płynu w worku osierdziowym (łącznie ewakuowano ponad 20 l w ciągu 3 tygodni). Zastosowanie tego zabiegu, o niejasnym dla mnie mechanizmie działania, zalecałbym wszystkim, którzy w swojej praktyce napotkają niepoddającą się leczeniu nawracającą uporczywie tamponadę osierdzia — być może niezależnie od jej etiologii.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

### Piśmiennictwo

1. Balak W, Sinkiewicz W, Jeka S et al. Nawracająca tamponada serca i posocznica u pacjenta z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Kardiologia Polska*, 2011; 69: 948–950.
2. Hryniewicz A, Szymański FM, Grabowski M. Wysiękowe zapalenie osierdzia w przebiegu wtórnej amyloidozy nerek. *Kardiologia Polska*, 2007; 65: 806–809.
3. Rydzek J, Janion M. Nawracające zapalenie osierdzia u 31-letniej chorej — problemy diagnostyczne i terapeutyczne. *Kardiologia Polska*, 2010; 68: 687–693.
4. Ściborski K, Kobusiak-Prokopowicz M, Dumański A, Mysiak A. Tamponada serca u pacjenta dializowanego. *Kardiologia Polska*, 2010; 68: 1150–1152.
5. Maisch B. Pericardial diseases. The Task Force for the diagnosis and management of pericardial disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*, 2004; 25: 587–610.