

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 doniesieniu Kolegów z Turcji możemy się zapoznać ze stosunkowo rzadką anomalią rozwojową tętnic wieńcowych, jaką jest odejście pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej z prawej zatoki wieńcowej. Niewątpliwie należy podziwiać ich umiejętność oceny przebiegu lewej tętnicy wieńcowej tylko na podstawie angiografii.

Według większości kardiologów zdecydowanie lepszą metodą w tym względzie jest wielorzędowa tomografia komputerowa (MSCT). A trzeba pamiętać, że właśnie przebieg nieprawidłowo odchodzącej od aorty lewej tętnicy wieńcowej praktycznie decyduje o rokowaniu naturalnym chorego oraz o jego optymalnej terapii (rewaskularyzacja, implantacja ICD).

Drugi aspekt powyższego „Angiogramu miesiąca”, który zwrócił moją uwagę, wiąże się z tzw. zwężeniami dynamicznymi tętnicy wieńcowej, co w przypadku omawianej chorej jest związane z jej skurczem. Właśnie dlatego mam jeszcze jedno spostrzeżenie. Otóż wiadomo, że próby kaniulacji tętnic wieńcowych o nieprawidłowym odejściu i przebiegu wiążą się z dużym ryzykiem wystąpienia następczego skurczu, a nawet ich urazu mechanicznego (do rozwarstwienia włóczni). Jest bardzo prawdopodobne, że

u omawianej chorej to właśnie manewry cewnikiem w ujściu prawej tętnicy wieńcowej w celu lepszego zobrazowania lewej tętnicy wieńcowej doprowadziły do wystąpienia skurczu w obu z nich. Fakt, że nie pojawiły się one w bezpośredniej bliskości końcówki cewnika nie jest jednoznaczny z wyeliminowaniem podrażnienia mechanicznego jako czynnika sprawczego skurczu naczyniowego. Warto pamiętać, że istnieją dowody na to, iż tzw. pogotowie skurczowe tętnicy wieńcowej idzie w parze z uszkodzeniem funkcji śródbłonna i może być pierwszym objawem postępującego procesu miażdżycowego. Dlatego też analizując przyjęty przez Autorów powyższego „Angiogramu miesiąca” schemat diagnostyczny i terapeutyczny, pozwolę sobie zauważyć, że brakuje w nim testu acetylocholinowego. Dzięki niemu można by ewentualnie potwierdzić, czy przyczyną problemów chorej jest postać naczynioskurczowa dławicy piersiowej. Ponadto jego przebieg mógłby dostarczyć istotnych danych na temat generowania groźnych dla życia komorowych zaburzeń rytmu, a tym samym pomóc w decyzji o ewentualnej implantacji ICD.

Podsumowując, pozwolę sobie stwierdzić, że samo zalecenie unikania dużego wysiłku fizycznego u sprawnej 50-letniej kobiety i przepisanie jej jedynie werapamilu to chyba jednak trochę za mało...

Konflikt interesów: nie zgłoszono