

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Barbara Dąbrowska

Warszawa



Choć miano „zespół Wellensa” nie trafiło jeszcze do polskich podręczników kardiologii wydanych w 2010 roku, mamy urodzaj w naszym dziale na jego opisy, które docierają nawet z Australii [1]. Przypadek z antypodów, również potraktowany przez autorów jako „rzekomy”, był moim zdaniem „w dwójnasób rze-

komy”, ponieważ przedstawiona pacjentka nie miała zmian w naczyniach wieńcowych (autorzy podejrzewali kurcz tętnicy, a ja zatorowość płucną), natomiast ujemne załamki T były nietypowo widoczne tylko w odprowadzeniach V1 i V2. W przypadku z Gorlic kurcz tętnicy został potwierdzony angiograficznie, dlatego zastanawiam się, czy jest to wystarczający argument, by negować istnienie prawdziwego zespołu Wellensa. W gruncie rzeczy oryginalnych opisów z Maastricht [2] nie uzależniano od pochodzenia „krytycznego proksymalnego zwężenia” gałęzi międzykomorowej przedniej (zresztą nie zawsze „krytycznego”), a kurcz niezmienionej miażdżycowo tętnicy jest uznana przyczyną ostrych zespołów wieńcowych, obok najczęściej spotykanych zmian na podłożu miażdżycy.

Do rozważenia jest natomiast podtrzymanie określenia „rzekomy zespół Wellensa” ze względu na obecność zmian, które nie występują w zespole Wellensa — zespołów QS w odprowadzeniach V1 i V2 oraz zespołu qR w V3 na rycinie 1. Jeśli objawy te nie zależały od złego przyłożenia elektrod, można przypuszczać (ze względu na ich ustąpienie już po paru godzinach), że były przejawem ogłuszenia mięśnia sercowego podczas ostrego incydentu niedokrwiennego, z czym w parze szły spiczaste załamki T w odprowadzeniach przedsercowych wraz z poziomym uniesieniem odcinków ST w odprowadzeniach V1–V3 (obraz charakterystyczny dla

„superostrej”, czyli bardzo wczesnej fazy ostrego uszkodzenia mięśnia sercowego). Taką sytuację kliniczną sugeruje też stwierdzenie hipokinezy przedniej części przegrody międzykomorowej.

Przy okazji, przedstawiony opis jest dobrą ilustracją różnic nazewnictwa ostrych zespołów wieńcowych w Stanach Zjednoczonych i w Europie. Praktyczni eksperci amerykańscy wyróżniają wśród nich niestabilną dławicę oraz zawały serca z uniesieniem ST i bez uniesienia ST. Natomiast światli Europejczycy dzielą ostre zespoły wieńcowe na te „bez uniesienia ST” i „z uniesieniem ST” oraz wprowadzają pojęcia pośrednie: „zespoły z przetrwałym uniesieniem ST” lub „bez przetrwałego uniesienia ST” [3]. Co oznacza określenie „przetrwały” w odniesieniu do uniesienia ST? Nasze podręczniki tego nie wyjaśniają, ale według ekspertów z cytowanego dokumentu [3] jest to uniesienie ST trwające powyżej 20 minut. W domyśle więc ostry zespół wieńcowy z przetrwałym uniesieniem ST to synonim ostrego zawału serca z uniesieniem ST. Czy te europejskie klasyfikacje ułatwiają, czy raczej komplikują ustalenie rozpoznania? I czy mają jakieś znaczenie praktyczne, skoro wiadomo, że w ostrym zespole wieńcowym jakiegokolwiek przemieszczenie odcinków ST, czy to w górę, czy to w dół, jest objawem źle rokującym?

Piśmiennictwo

1. Batra R, Mishra A, Ng K. Pseudo-Wellens syndrome — a case report. *Kardiol Pol*, 2008; 66: 340–342.
2. de Zwaan C, Bar FW, Jannsen JHA et al. Angiographic and clinical characteristics of patients with unstable angina showing an ECG pattern indicating critical narrowing of the proximal LAD coronary artery. *Am Heart J*, 1989; 117: 657–664.
3. Bassand J-P, Hamm CW, Ardissino D et al. Wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia ostrych zespołów wieńcowych bez uniesienia odcinka ST. *Kardiol Pol*, 2007; 65: 901–971.