Kardiologia Polska
2010; 68, 7: 847
Copyright © Via Medica
ISSN 0022–9032

# Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa

Niniejszy „Angiogram miesiąca" nie należy do najczęściej prezentowanych w *Kardiologii Polskiej*, w których podstawowy problem kliniczny wiąże się z tętnicami wieńcowymi. Tym razem przyczyną ciężkiego stanu chorej była masywna zatorowość płucna (PE, *pulmonary embolism*). Na marginesie warto zwrócić uwagę na wagę tzw. prewencji zatorowo-zakrzepowej (heparyny drobnocząsteczkowe!) u unieruchomionych pacjentów, niekoniecznie tylko tych poddawanych zabiegom ortopedycznym, a tej, jak z opisu przypadku wynika, u przedstawianej chorej zabrakło (!).

Wiadomo zarówno z piśmiennictwa fachowego, jak i z własnych doświadczeń klinicznych, że kardiolog interwencyjny nierzadko musi tę jednostkę chorobową (tj. PE) uwzględniać w procesie diagnostyki różnicowej u chorych leczonych w trakcie swoich dyżurów. Ponadto niejeden z nas zasugerowany maską kliniczną i pozytywnym wynikiem testu troponinowego bywa zaskakiwany prawidłowym obrazem angiograficznym tętnic epikardialnych u chorego z wstępnym rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego. Zatem bardzo dobrze się stało, że koledzy z Turcji zdecydowali się przedstawić niniejszy przypadek kliniczny. W moim przekonaniu na jego wartość składa się również fakt koincydencji stwierdzonej w toku procesu diagnostycznego PE anomalii rozwojowej tętnic wieńcowych, a dokładnie braku prawidłowo odchodzącej i rozwiniętej prawej tętnicy wieńcowej. U opisanej chorej stwierdzono obecność bardzo rozwiniętej tętnicy okalającej, która niejako oddaje recesywną gałąź, odpowiadającą prawej tętnicy wieńcowej.

Przyznam szczerze, że według mnie najsłabszym elementem pracy są materiały ilustrujące powyższą anomalię rozwojową tętnic wieńcowych. Z całą pewnością pozostawiają co najmniej pewien niedosyt. Jednak trzeba pamiętać, że lekarz dyżurny diagnozował i leczył chorą w ciężkim stanie i nie „ładne obrazki" były mu wówczas w głowie.

Jestem pewien, że uważna lektura niniejszego „Angiogramu miesiąca" każdemu praktykującemu lekarzowi, a zwłaszcza tym zatrudnionym na oddziałach internistycznych, kardiologicznych oraz w SOR-ach dostarczy wielu przemyśleń. Autorzy stosunkowo dobrze opisali kolejne etapy diagnostyki i możliwe formy terapii. Mam nadzieję, że i w Polsce poradzilibyśmy sobie stosunkowo łatwo z takim przypadkiem klinicznym. Wierzę, że pamięć o nim może pomóc tym z Kolegów, którzy jeszcze nie mieli okazji do takiej konfrontacji klinicznej. Po zapoznaniu się z powyższym tekstem cieszy mnie jednak, że praktycznie zapomnieliśmy już o streptokinazie, mając w przypadkach masywnej PE możliwość regularnego stosowania bardziej efektywnych trombolityków wyższych generacji (chyba najczęściej Actilyse®). Pocieszające jest również to, że w coraz większej liczbie ośrodków kardiologii istnieje 24-godzinna dostępność do badania naczyniowego metodą wielorzędowej tomografii komputerowej (angio-CT), co znacznie skraca proces diagnostyczny u chorych z podejrzeniem PE i pozwala na szybsze podjęcie celowanego leczenia.

Jak wykazano m.in. w niniejszym „Angiogramie miesiąca", mimo stosunkowo niewielkiego prawdopodobieństwa wystąpienia w koincydencji z innymi schorzeniami, nie wolno takowej możliwości lekceważyć. Trzeba przyznać, że pomysł Autorów z kontrolną koronarografią był bardzo dobry. Dzięki temu określono niejako „wkład" naczyń wieńcowych w stan ogólny chorej, a trzeba się zgodzić z Autorami, że „ubogość ukrwienia" prawej komory istotnie go pogarszała. Co prawda, w opisanym przypadku nie było możliwości ingerencji zabiegowej, ale na przykład w sytuacji obecności zmian zawężających światło, a zwłaszcza całkowitej okluzji prawej tętnicy wieńcowej, zabieg angioplastyki zapewne poprawiłby stan kliniczny takiej chorej.

Tak na marginesie opisanego przypadku zadaję sobie pytanie, czy i kiedy w odpowiednim protokole badania angio-CT (bez zwiększania dawki kontrastu i ekspozycji promieniowania X) podczas diagnostyki unaczynienia płuc będzie można praktycznie jednocześnie sprawdzić aspekt wieńcowy?