

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



W dziale zatytułowanym „Angiogram miesiąca” prezentowano już wiele anomalii rozwojowych tętnic wieńcowych, jednak po raz pierwszy nasi Czytelnicy mogą się zapoznać z bardzo rzadką jej postacią — odejściem prawej tętnicy wieńcowej od tętnicy przedniej zstępującej. Mam nadzieję, że ten przypadek, a zwłaszcza dwie wiążące

się z nim sprawy, zapadną wszystkim w pamięć.

Pierwsza sprawa wiąże się z pojęciem angiograficznie prawidłowych tętnic wieńcowych, zwłaszcza u osób z wieloma czynnikami ryzyka choroby niedokrwiennej serca (ChNS). Druga natomiast pozostaje w związku z postępowaniem diagnostycznym i terapeutycznym w przypadku postawienia wstępnej diagnozy tej wymienionej powyżej anomalii.

Niewątpliwie słusznie postąpiono, że u chorego z licznymi czynnikami ryzyka wykonano koronarografię. Warto pamiętać, że anomalie rozwojowe tętnic nasierdziowych występują u ludzi wcale nie tak rzadko i dlatego nie należy „poddawać się” podczas koronarografii w przypadku braku którejś z gałęzi w tak zwanych miejscach typowych. Aparaty do wielorządowej tomografii komputerowej (MSCT) na stałe zagościły w naszych szpitalach i już powszechnie wiadomo, że są one przydatne kardiologom, i to nie tylko tym nieinwazyjnym. Dzięki tej metodzie można z dużą dokładnością prześledzić przebieg każdej tętnicy nasierdziejowej, w tym nietypowej. A jest to bardzo istotne, chociażby we właściwej stratyfikacji stopnia zagrożenia życia, zależnej od interakcji naczyń wieńcowo-struktury śródpiersia (głównie tętnice wielkie). W tak zwanych niekorzystnych przebiegach, gdzie dochodzi do ucisku takiego naczynia, trzeba brać pod uwagę rewaskularyzację wieńcową czy implantację automatycznego kardiowertera-defibrylatora (ICD). Nie do końca natomiast wiadomo, jak postępować, gdy w takim naczyniu nie ma istotnych zmian angiograficznych, a do tego jego przebieg jest korzystny (tj. bez ucisku dużych naczyń) dla chorego. Taka właśnie sytuacja miała miejsce u opisywanego pacjenta. Nie ma co ukrywać, że brakuje w tej materii

jednoznacznych zaleceń. Jednak co do jednego nie mam wątpliwości: przy tak licznych czynnikach ryzyka (mężczyzna > 40 lat, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze i dodatni wywiad rodzinny) należy dążyć do ich pozytywnej modyfikacji, czyli między innymi do poprawy diety, zwiększenia aktywności fizycznej, normalizacji glikemii i nadciśnienia. Pamiętając o możliwości progresji blaszki miażdżycowej, a tym samym — rozwinięciu się choroby wieńcowej, warto zaplanować wykonywanie okresowych (co 12 czy 6 miesięcy) testów obciążeniowych.

Jednocześnie należy pamiętać, że współczesna kardiologia interwencyjna dysponuje sporymi możliwościami diagnostycznymi, które mogą zdecydowanie więcej nam powiedzieć o tętnicach nasierdziejowych niż klasyczna koronarografia (ta ujawnia jedynie światło, i to bez aspektu przestrzennego) czy wcześniej wspomniana wielorządowa tomografia. I tak, w pierwszej kolejności można by pomyśleć o wykonaniu farmakologicznej próby prowokacyjnej, pozwalającej na ocenę tzw. pogotowia spastycznego tętnic wieńcowych. Warto pamiętać, że w ostatnich latach właściwie zrezygnowano z ergonowiny na rzecz acetylocholino (powoduje poszerzenie zdrowych oraz obkurczenie tętnic zmienionych miażdżycowo, w tym już tych z zaburzeniem funkcji ich śródbłonna). W dalszej kolejności umieściłbym wykonanie u takich chorych badania ultrasonograficznego tętnic wieńcowych (IVUS). Dzięki niemu, a zwłaszcza opcji wirtualnej histologii, można śledzić bieżący stan i rozwój blaszki miażdżycowej, w tym określić proces remodelingu tętnic wieńcowych.

Oczywiście, w sensie praktycznym mamy jednak w takich przypadkach dość poważny problem — jak tę zwiększoną wiedzę, zdobytą dzięki mniej lub bardziej inwazyjnej metodzie diagnostycznej, przełożyć na ewidentny zysk dla chorego? Niestety, brakuje w tym względzie jednoznacznych doniesień oraz zaleceń dotyczących postępowania terapeutycznego. Osobiście wydaje mi się, że w tym konkretnym przypadku wynik testu z acetylocholiną mógłby w dużym stopniu wpłynąć na modyfikację farmakoterapii (w razie wyniku dodatniego włączenie antagonisty wapnia), natomiast raczej zrezygnowałbym z wykonania badania IVUS.