

ERRATA

W numerze 4/2010 na stronie 484 zamieszczono niewłaściwy komentarz do pracy **Percutaneous coronary intervention on a single coronary ostium**/Przezkórna interwencja wieńcowa u chorego ze wspólnym ujściem tętnic wieńcowych (autorzy: Mustafa M. Balci, Ramazan Akdemir, Harun Kilic, Murat N. Aksoy). Za zaistniały błąd redakcja serdecznie przeprasza. Poniżej zamieszczono odpowiedni komentarz do powyższego artykułu.

Kardiologia Polska
2010; 68, 5: 625
Copyright © Via Medica
ISSN 0022-9032

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Z całą pewnością zwiększony dostęp do inwazyjnego badania tętnic wieńcowych (tj. koronarografii), który ma miejsce w ostatnich latach nie tylko w Polsce, skutkuje zwiększoną liczbą doniesień naukowych dotyczących wrodzonych anomalii naczyniowych. Dzięki temu Czytelnicy „Angiogramu miesiąca” mają okazję nie tylko zapoznać się z możliwymi anomaliami rozwojowymi, ale również poznać sposoby właściwego reagowania na takie „znaleziska”.

Z własnego doświadczenia klinicznego wiem, że taka sytuacja potrafi sprawić wiele trudności. Dzieje się tak zwłaszcza wówczas, gdy dotyczy ona młodej osoby dotychczas bezobjawowej, u której stwierdzono na przykład groźne dla życia formy arytmii komorowej. Jeszcze trudniej jest, kiedy objawy ograniczają się jedynie do zasłabnięć czy dyskomfortu w klatce piersiowej, a koronarografia, poza nieprawidłowym odejściem jednej z tętnic nasierdziowych, nie wykazała obecności istotnych zwężeń mażdżycowych. Pisałem już o tym i nie chciałbym się powtarzać, ale warto pamiętać, że wielorzędowa tomografia komputerowa (MSCT) najlepiej ze wszystkich dostępnych obecnie metod diagnostycznych umożliwia poznanie przebiegu naczyń o nietypowym odejściu (a wręcz nierzadko ich odnalezienie!), co można przekładać na tzw. bezpieczny lub nie.

Jednak należy mieć świadomość, że takie „nieprawidłowe” naczynia również podlegają miażdżycy (!), tyle że nie zawsze stopień ich zwężenia jest tak jednoznaczny jak na przykład w omawianym *Angiogramie miesiąca*. Nieinwazyjne testy obciążające mimo swojej nieidealnej czułości i specyficzności mają swoją sporą wartość kliniczną i nie należy o nich zapominać, chociaż w przypadku zmian tzw. pośrednich (45% < DS < 70%) najlepiej jest wykonać pomiar cząstkowej rezerwy wieńcowej (FFR). U chorych z anomaliami rozwojowymi na-

czyń wieńcowych bez istotnych zmian obstrukcyjnych nie można zapominać o zmianach strukturalnych na poziomie kardiomiocytu czy macierzy międzykomórkowej. W takich przypadkach coraz częściej sięga się do wyrafinowanej analizy biopłatów mięśnia sercowego, dążąc do znalezienia potencjalnych przyczyn podłoża nagłej śmierci sercowej.

Przypadek zaprezentowany w niniejszym *Angiogramie miesiąca* nie stwarzał aż tak wielkiego problemu terapeutycznego. Na szczęście dla chorego koronarografia ujawniła obecność zamkniętej tętnicy przedniej zstępującej (LAD) i ciasnego zwężenia prawej tętnicy wieńcowej (RCA). Niewątpliwie naczyniem odpowiadającym za ostry zawał serca (STEMI) było pierwsze z powyższych naczyń, jednak ze względu na współtowarzyszący wstrząs kardiogeny Autorzy słusznie jednocześnie zaopatryli stentem także drugie z nich. Jak wynika z opisu, chory niestety zmarł 3 dni po zabiegu pierwotnej angioplastyki wieńcowej. Posiadane dane nie pozwalają na pełne wypowiedzenie się w tej sprawie, jednak warto pamiętać, że ogromną rolę rokowniczą w STEMI odgrywa czas zamknięcia tętnicy odpowiedzialnej za zawał (IRA). Fakt przyjęcia do szpitala we wstrząsie kardiogenym sugeruje z jednej strony duży obszar martwicy, a z drugiej, dość długi czas trwania okluzji IRA.

Na zakończenie pozwolę sobie zwrócić uwagę jeszcze na jedną rzecz. Otóż w przypadku pojedynczego ujścia prawej i lewej tętnic wieńcowych istnieje niemałe zagrożenie wystąpienia powikłań okołozabiegowych związanych z tzw. wsteczną dyssekcją. Prawdopodobieństwo jej wystąpienia jest tym większe, im bliżej wspólnego ujścia znajdują się zmiany poddawane PCI. W opisywanym przypadku mimo że były to dwie zmiany, zlokalizowane stosunkowo daleko od wspólnego ujścia, to jednak od samego początku przewodniki angioplastyczne powinny być umieszczone zarówno w RCA, jak i w LAD. Takie podejście pozwala na szybką reakcję na wystąpienie powyższej dyssekcji i uniknięcie jej wpływu na ukrwienie mięśnia przez nie zaopatrywanego.