

Komentarz redakcyjny

dr hab. n. med. Wojciech A. Kustrzycki

Klinika Chirurgii Serca, Akademia Medyczna, Wrocław



Wprowadzona przez Sonesa na przełomie lat 50. i 60. XX wieku angiografia naczyń wieńcowych (koronarografia) pozostaje do dzisiaj podstawową metodą diagnostyczną w kwalifikacji pacjentów do inwazyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca. Wobec obciążenia dla chorego związanego z koniecznością wprowadzenia cewnika

do układu tętniczego i podania środka kontrastowego od lat trwają poszukiwania mniej inwazyjnej lub nieinwazyjnej alternatywy. Szybki postęp techniczny, jaki osiągnięto w ostatnich latach w zakresie radiologicznych metod obrazowania, stwarza realną szansę zastosowania wielorzędowej tomografii komputerowej (TK) jako precyzyjnej metody uwidaczniania morfologii naczyń wieńcowych oraz ewentualnych przesł rewerskularyzujących. Liczne doniesienia naukowe zawierają materiał porównujący obie metody. Duran i wsp. [1] poddali badaniu 25 pacjentów po CABG, wykazując 89% czułości i 100% specyficzności tomografii w porównaniu z klasyczną koronarografią. Bedi i wsp. [2], analizując porównawczo wyniki obu badań u 55 kolejnych pacjentów zakwalifikowanych do planowej rewerskularyzacji wieńcowej, wykluczyli jedynie 10 z 740 ocenianych segmentów tętnic wieńcowych ze względu na niewystarczającą jakość obrazowania w tomografii. Na uwagę zasługuje wizualizacja w 5 przypadkach niewidocznych w koronarografii, niedrożnych obwodowych odcinków tętnic wieńcowych, co u 3 chorych skutkowało zaplanowaniem dodatkowych zespożeń. Autorzy polecają wielorzędową TK wzmocnioną kontrastem w wybranych przypadkach u chorych z wolnym rytmem zatokowym. Z kolei von Kiedrowski i wsp. [3] opisują ograniczenie wartości diagnostycznej 16-rzędowej TK u pacjentów po CABG, wykazując jedynie 57,5% czułości metody w ocenie natywnego naczynia w okolicy zespożenia obwodowego. Wskazują oni jednocześnie, że znaczne zwężenie naczynia i obecność wcześniej zastoso-

wanych „klipów” metalowych znacznie utrudnia wizualizację. Bettencourt i wsp. [4], komentując to doniesienie, rekomendują tomografię jedynie u tych pacjentów po chirurgicznej rewerskularyzacji wieńcowej, u których istnieją przeciwwskazania do klasycznej koronarografii.

Według mnie, przy obecnym stanie technicznym i dostępnych danych, wielorzędowa TK jest nadal jedynie uzupełniającym, choć cennym narzędziem diagnostycznym w rozpoznawaniu różnych stadiów choroby wieńcowej. Może być traktowana jako badanie nieinwazyjne, choć ekspozycję pacjenta na względnie wysoką dawkę promieniowania trudno całkiem pominąć.

Kępka i wsp. [5] przedstawili interesujący przypadek, w którym trudną decyzję o chirurgicznej rewerskularyzacji wieńcowej w trybie pilnym podjęto dopiero na podstawie tomografii. Dobry wynik odległy potwierdza trafność decyzji.

Prezentacja przypadku jest cennym głosem w dyskusji na temat przydatności i wiarygodności TK w doborze optymalnej metody leczenia choroby niedokrwiennej serca.

Piśmiennictwo

1. Duran C, Sagbas E, Caynak B et al. Multislice computed tomography accurately detects stenosis in coronary artery conduits. *Inst J*, 2007; 34: 296-300.
2. Bedi HS, Gill JA, Bakshi SS. Can we perform coronary artery bypass grafting on the basis of computed tomographic angiography alone? A comparison with conventional coronary angiography. *Eur J Cardio-thorac Surg*, 2008; 33: 633-638.
3. von Kiedrowski H, Wiemer M, Franke K et al. Non-invasive coronary angiography: the clinical value of multislice computed tomography in the assessment of patients with prior coronary bypass surgery. Evaluating grafts and native vessels. *Int J Cardiovasc Imag*, 2009; 25: 161-170.
4. Bettencourt N, Chiribiri A, Nagel E. MSTC evaluation of patients with prior coronary bypass surgery: what we have and what we lack. *Int J Cardiovasc Imag*, 2009; 25: 171-173.
5. Kępka C, Opolski MP, Juraszyński Z, Pręgowski J, Kruk M, Rużyło W. Computed tomography angiography for visualisation of distal coronary arteries and selection for surgical revascularisation in patient with acute myocardial infarction. *Kardiol Pol*, 2010; 68: 1154-1156.