

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Analiza powyższego *Angiogramu miesiąca* dowodzi jednoznacznie, że koronarografia ma obok ogromnej przydatności także swoje ograniczenia. Wiąże się to przede wszystkim z faktem, iż dostarcza ona danych na temat światła tętnicy wieńcowej (tzw. lumenogram) przy braku jakichkolwiek informacji o tym, co się dzieje

w ścianie naczynia. A przecież powszechnie znany jest fakt, iż zdecydowana większość ostrych zespołów wieńcowych ma związek z blaszką miażdżycową nieupośledzającą istotnie przepływu w tętnicy epikardialnej. Osobnym problemem jest oczywiście sytuacja, kiedy koronarografia – tak jak u opisywanej chorej – wykazuje gładkie obrysy naczyń wieńcowych oraz dobrze zachowane światło. Warto w tym momencie uświadomić sobie, iż taki obraz jeszcze parę lat temu był powodem komentarzy sugerujących niepotrzebną kwalifikację do tego badania (!). Obecnie, przy istotnej poprawie dostępu do inwazyjnej diagnostyki tętnic wieńcowych oraz znacznie większej wiedzy o jednostkach chorobowych dotyczących nie tylko ściany naczynia, ale również samego mięśnia sercowego, problemem jest ustalenie właściwego rozpoznania oraz wdrożenie skutecznej terapii.

Tak więc co do kwalifikacji omawianej chorej do koronarografii, to nikt nie powinien zarzucać, że była ona błędna. Obraz kliniczny, zapis EKG oraz podwyższone markery martwicy mięśnia sercowego powinny przekonać co do tego wszystkich. Problemem pozostaje znalezienie racjonalnych powodów ich wystąpienia, przy braku angiograficznych zmian w tętnicach wieńcowych.

Z wywiadu wynikało, iż omawiana chora od 27 lat cierpi na twardzinę układową (ang. *systemic sclerosis*, SS). Jest to stosunkowo rzadka (100 na milion) forma choroby łącznotkankowej. Warto jednak sobie uświadomić, iż zajęcie serca występuje u co najmniej 10% takich chorych, przy czym zmiany w zapisie EKG oraz badaniu echokardiograficznym występują u 50%, a autopsyjne średnio u 30% z nich (maksymalnie do 80%!). Należy pamiętać, iż zajęcie osierdzia u chorych z postacią sercową SS jest wręcz powszechne, autopsja wykazuje cechy zapalenia osierdzia

(ostrego lub przewlekłego) w 50–80% przypadków, przy czym badanie ultrasonograficzne potwierdza je w 10–40% przypadków. Zajęcie zastawek jest raczej rzadkie, aczkolwiek zmiany aparatu zastawkowego (zwłaszcza mitralnego) występują (zgrubienie płatków, strun włóknistych) i mogą skutkować niedomykalnością.

Zdając sobie sprawę z ograniczeń metod pośrednich stosowanych w diagnostyce SS, w razie kłopotów diagnostycznych warto pamiętać o biopsji mięśnia sercowego. Preparaty histopatologiczne u chorych z SS ujawniają obszary zwłóknienia mięśnia sercowego nieograniczające się do obszaru dystrybucji tętnicy epikardialnej (ang. *transmural fibrosis*). Poza tym w tych preparatach opisywana jest również martwica z tzw. węzłami skurczu (ang. *contraction-band necrosis*), uznawana za typową cechę reperfuzji. Uszkodzenia mięśnia sercowego w SS mogą mieć patogenezę podobną do patogenezы zespołu Raynauda, tj. spazm drobnych naczyń tętniczych, prowadzący nawet do martwicy paliczków – tak jak u omawianej chorej. Tę teorię potwierdza fakt występowania u chorych z SS niedokrwienia spowodowanego zimnem. Do przerwania takiej odpowiedzi stosuje się leki z grupy antagonistów wapnia i inhibitory enzymu konwertującego, aczkolwiek nie ma badań jednoznacznie oceniających ich przydatność. Warto również wspomnieć, iż beta-adrenolityki nie są obecnie przeciwwskazane.

W badaniu echokardiograficznym, które kreuje się na najważniejsze w diagnostyce oraz leczeniu formy sercowej SS, stwierdza się zaburzenia funkcji rozkurczowej serca (z zaburzeniami napełnienia komorowego). Cechy jawnej przewlekłej niewydolności serca występują u ok. 10% takich chorych.

Podsumowując powyższy *Angiogram miesiąca*, najłogiczej jest przyznać, iż objawy kliniczne, które były powodem hospitalizacji kobiety w Klinice Kardiologii, miały związek z progresją SS. Ponadto fakt, iż pojedyncze badanie echokardiograficzne nie wykazało istotnego uszkodzenia serca, nie zwalnia z obowiązku jego regularnego powtarzania. Co więcej, mając na względzie dalszy rozwój SS, chora ta powinna być regularnie konsultowana przez specjalistę kardiologa. Tylko takie podejście pozwoli na jej optymalne leczenie.