

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Myślę, że nikt z Czytelników *Kardiologii Polskiej* nie wątpi, że głęboko wierzę w zasadność wykonywania koronarografii w przypadkach ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia odcinka ST. Od wielu lat należę do tych, którzy starają się obraz kliniczny powiązać z angiograficznym, a w efekcie decydują się na rewaskularyzację wieńcową (najczęściej przezskórną) jako najbardziej efektywną metodę leczenia choroby wieńcowej. Zapewne dlatego lektura niniejszego *Angiogramu miesiąca* wzbudziła we mnie mieszane uczucia.

Z jednej strony mamy rozpoznanie kliniczne oparte na całym solidnych danych, a z drugiej niby niekorespondujący z nim obraz angiograficzny. Przy tym autorzy, przedstawiając nam jedynie dwa zdjęcia (typu zatrzymanej klatki!) tętnic wieńcowych (po jednym dla prawej i lewej tętnicy wieńcowej), nie ułatwiają zrozumienia takiej sytuacji. Warto w tym miejscu podkreślić, że do pełnej oceny stanu tętnic wieńcowych człowieka nie zawsze wystarcza analiza podstawowych 6–8 projekcji. Trzeba pamiętać, iż angiografia kontrastowa dostarcza informacji jedynie o świetle badanych naczyń. Niestety, ta metoda diagnostyczna nie jest w stanie pomóc nam w identyfikacji procesów toczących się w ścianie naczyń, tj. związanych z tworzeniem się blaszek miażdżycowych upośledzających przepływ krwi. Przy tym należy uzmysłowić sobie, że w ponad 70% przypadków za ostry zespół wieńcowy odpowiedzialne są blaszki, które nie powodują istotnej redukcji światła (!). Uwzględnienie tego stanu rzeczy pozwala lepiej zrozumieć, dlaczego wcale nierzadko spotykamy brak zgodności pomiędzy obrazem koronarograficznym a klinicznym u chorych z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego.

Nie da się ukryć, że obecność tętniaków, utrudniających wyznaczenie rzeczywistej wielkości naczyń, nie ułatwia właściwej oceny istotności zwężeń. Zapewne dopie-

ro pomiar wielkości cząstkowej rezerwy wieńcowej (FFR) lub obraz dostarczany przez ultrasonografię wewnątrz-wieńcową (ICUS), ujawniającą prawdziwe światło naczyń oraz zaawansowanie rozwoju blaszki miażdżycowej, mógłby odpowiedzieć na nurtujące nas pytania. Oczywiście wykonanie tych badań, z założenia inwazyjnych, nie jest rutynowo zalecane (choćby ze względu na możliwość wystąpienia powikłań) u każdego chorego. Zwłaszcza że stan kliniczny opisywanego chorego był bardzo dobry. Dlatego należy się zgodzić z postępowaniem autorów.

Analizując opisany przypadek, dochodzę jednak do wniosku, że u tego chorego nie ograniczyłbym się jedynie do wdrożenia zaleceń prewencji wtórnej (już, niestety!). Zgodnie z przyjętą strategią postępowania, w kierowanej przeze mnie klinice u takich chorych po okresie 4–6 tygodni zalecane jest wykonanie diagnostycznych testów prowokacyjnych (scyntygrafia perfuzyjna serca lub częściej echo dobutaminowe). W razie uzyskania pozytywnego wyniku chory jest ponownie kierowany na koronarografię, w trakcie której można posiłkować się pomiarem FFR i/lub badaniem ICUS. Stwierdzenie na podstawie tych ostatnich badań obecności istotnych zwężeń wieńcowych skutkuje zabiegiem rewaskularyzacyjnym (najczęściej PCI).

Podsumowując, pragnę zwrócić uwagę, iż przedstawiony przypadek dowodzi, że u chorego w dobrym stanie klinicznym, przy braku w obrazie angiograficznym zwężenia jednoznacznie odpowiedzialnego za ostry zespół wieńcowy, nie jest błędem wdrożenie leczenia zachowawczego. Warto mieć świadomość, że zabieg PCI, choćby najlepiej wykonany, niesie ze sobą możliwość wystąpienia powikłań tak bezpośrednich (np. perforacja, zakrzepica), jak i w późniejszym okresie (np. restenoza). Przy wyborze optymalnej terapii dla chorego z potencjalnym ostrym zespołem wieńcowym należy pamiętać o roli diagnostycznej koronarografii oraz wielkiej sile farmakoterapii, która jest podstawą leczenia choroby wieńcowej.