

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Nie ukrywam, iż komentowany *Angiogram miesiąca* bardzo mnie ucieszył. Oto po długiej serii przypadków obrazujących samodzielne działania dyżurowe kardiologa interwencyjnego, przeplatanych od czasu do czasu współpracą z elektrofizjologiem, mamy przypadek współpracy z radiologiem. Zapewne dla nieco znudzonych czytelników to jest jakaś atrakcja, a niejednemu kardiologowi interwencyjnemu lektura opisanego przypadku klinicznego może kiedyś w życiu pomóc.

Opinie na temat przydatności wielorządowej tomografii komputerowej (MSCT) w diagnostyce choroby wieńcowej są podzielone. Kardiolodzy interwencyjni po okresie lekceważenia metody „pochylają się nad nią” coraz częściej, zachowując jednak chłodny racjonalizm. Z drugiej strony, radiolodzy oraz kardiolodzy zachowawczy chcieliby widzieć w niej równoważnik klasycznej angiografii kontrastowej. Należy jednak przyznać, iż wytyczne ESC (*Guidelines for stable coronary artery disease, 2006*) podkreślają jej największą wartość u chorych po pomostowaniu aortalno-wieńcowym (CABG) oraz z małym prawdopodobieństwem obecności zwężeń wieńcowych.

To jest zrozumiałe dla lekarza, który miał osobiście kontakt z MSCT, kiedy próbował diagnozować swojego chorego albo konsultował chorego z obciążającym opisem naczyń wieńcowych dokonany przez radiologa. Obecność w ścianie naczynia złogów wapnia oraz implantowanych stentów wciąż niestychanie utrudnia interpretację uzyskiwanych obrazów, a tym samym podejmowanie decyzji klinicznych. W konsekwencji prowadzi to do wykonywania kontrolnych koronarografii.

Niewątpliwie MSCT jest ogromnie pomocna przy diagnostyce anomalii rozwojowych tętnic wieńcowych. Takim klasycznym przypadkiem jest odejście prawej tętnicy wieńcowej (RCA) z lewej zatoki wieńcowej. Warto pamię-

tać o MSCT w sytuacjach, gdy nie udaje się zakontrastowanie RCA, a u chorego występują cechy niedokrwienia obszaru mięśnia sercowego zaopatrywanego przez to naczynie. Wielorządowa tomografia komputerowa w niezwykle obrazowy sposób pokazuje ujście takiej tętnicy, umożliwiając dobranie odpowiedniego cewnika niezbędnego do wykonania selektywnej angiografii oraz następczego zabiegu angioplastycznego (PCI).

Opisany przypadek pokazuje, iż MSCT może być przydatna również w razie nieskutecznej pierwotnej PCI. Jego analiza dowodzi, iż u chorych, u których po ostrym zespole wieńcowym utrzymuje się żywotność obszaru zaopatrywanego przez RCA, a zwłaszcza gdy występują kliniczne cechy niedokrwienia (ból stenokardialny, zaburzenia rytmu), MSCT może przesądzić o wyborze leczenia. Najlepszy scenariusz wiąże się (tak jak u opisanego chorego) z udrożnieniem ujścia RCA w wyniku zabiegu PCI. W innym przypadku pozostaje podjęcie próby tzw. wstecznej rekanalizacji (stosowne narzędzia prowadzi się od gałęzi przedniej zstępującej, poprzez gałęzie septalne, do RCA) lub skupienie się jedynie na leczeniu zachowawczym. Warto tutaj podkreślić, iż jeśli „chora” jest tylko RCA, leczenie kardiochirurgiczne może mieć miejsce jedynie w wypadku jatrogennego, związanego z PCI (tzw. okołozabiegowego) jej zamknięcia. Poza tym wspomniana już wsteczna rekanalizacja jest bardzo żmudnym zabiegiem i obok niemałych umiejętności wymaga posiadania bardzo specjalistycznego i drogiego sprzętu.

Tak więc gratulacje dla Kolegów z Zabrze za bardzo ciekawy przypadek, dowodzący wysokiego poziomu placówki słynącej z umiejętności wdrażania nowych technologii. A na koniec wskazówka dla praktykujących kardiologów interwencyjnych – nie rezygnujcie z PCI prawej tętnicy wieńcowej leczonej nieskutecznie w okresie wczesnym zawału serca. Wielorządowa tomografia komputerowa może Wam pomóc w wyborze strategii leczenia takiego chorego.