

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Po okresie intensywnego propagowania inwazyjnego leczenia ostrych zespołów wieńcowych (ACS) jest rzeczą zrozumiałą, iż w części przypadków koronarografia nie dostarcza tzw. angiograficznego potwierdzenia wstępnego rozpoznania. I to przy obecności objawów klinicznych, obciążających zapisach

EKG oraz wynikach laboratoryjnych.

Jeszcze kilka lat temu taka sytuacja była bardzo stresująca, zwłaszcza dla lekarza kwalifikującego chorego do koronarografii, gdyż sugerowała, że podjęto błędną decyzję kliniczną. Jednak zwiększona dostępność metod kardiologii inwazyjnej (zwłaszcza w ramach ostrego dyżuru kardiograficznego) oraz postępy nauki osiągnięte dzięki inwazyjnym metodom diagnostycznym dowiodły, że angiograficznie prawidłowe (tj. bez zwężeń, z równymi obrysami ścian) tętnice nie są naczyniami zdrowymi. Dzisiaj już wiemy, że w takiej sytuacji za występowanie objawów odpowiadających ACS można obwiniać nie tylko kurcz naczynia. Dane z badań wykorzystujących ultrasonografię wewnątrz-wieńcową (ICUS) dowodzą, że w części przypadków „siły obronne” organizmu blokują kaskadę zdarzeń, rozpoczynającą się zazwyczaj pęknięciem ranliwej blaszki miażdżycowej (ang. *vulnerable plaque*), a kończącą się powstaniem zakrzepu zamykającego całkowicie lub częściowo światło naczynia odpowiedzialnego za ACS. W takim, korzystnym przebiegu obraz koronarograficzny jest prawidłowy i dopiero badanie ICUS ujawnia obecność pękniętej blaszki miażdżycowej (z wypłukanym jej rdzeniem). Niestety, takie badanie jest kosztowne (sonda kosztuje ponad 3 tys. zł) i nie jest refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Niewątpliwie przebyty wcześniej przez opisywaną chorą ACS połączony z implantacją stentu oraz opisane objawy kliniczne sugerują z dużym prawdopodobieństwem wyżej przedstawiony scenariusz. Z tego względu chora powinna być leczona identycznie jak chorzy po ACS.

Warto jednak podkreślić, iż nie można mieć pewności co do takiego rozpoznania. Myślę, że należy tutaj wspo-

mnąć jeszcze o co najmniej dwóch możliwościach. Pierwsza to tzw. spontaniczna dusznica piersiowa (ang. *variant angina*), która może występować również u chorych z naczyniowymi zmianami miażdżycowymi. Jej objawy kliniczne są jednak najczęściej prowokowane konkretną sytuacją, np. ekspozycją na pewne bodźce zewnętrzne czy leki. Natomiast druga wiąże się z tzw. kardiomiopatią *tako-tsubo*, czyli przejściowym balotowaniem koniuszka lewej komory (TLVB). Dla potwierdzenia tej ostatniej jednostki chorobowej należałoby stwierdzić u chorego charakterystyczny obraz zaburzeń kurczliwości (akineza i dyskineza) LV (typowo dotyczące koniuszka LV) oraz ich całkowite ustąpienie najczęściej w okresie 1–2 mies. Co prawda ostatnio, oprócz najbardziej znanego typu TLVB, wyróżnia się jeszcze co najmniej dwa mniej typowe. W pierwszym zmiany dotyczą jedynie segmentów środkowych LV, w drugim podstawnej połowy jej ścian, kiedy to stwierdza się żywą kurczliwość segmentów koniuszkowych – wówczas mówi się o tzw. „odwróconym *tako-tsubo*”. Należy jednak podkreślić, iż do ww. rozpoznania konieczna jest dłuższa obserwacja chorego wspomaganą kontrolnymi badaniami echokardiograficznymi.

W moim przekonaniu, w takich sytuacjach jak opisana w komentowanym angiogramie miesiąca schemat działania powinien wyglądać następująco. Po stwierdzeniu angiograficznie prawidłowych naczyń należy wykonać badanie ICUS, po którym w razie niestwierdzenia pękniętych blaszek miażdżycowych powinno się wykonać testy prowokacyjne w kierunku spontanicznej dusznicy piersiowej (najlepiej z ergonowiną – skądinąd trudno dostępną w Polsce). Oczywiście, w omawianej diagnostyce różnicowej trzeba uwzględnić również możliwość zapalenia mięśnia sercowego (echokardiografia, badania immunologiczne oraz ewentualnie biopsja mięśnia sercowego).

Mam pełną świadomość wielu ograniczeń związanych z polską rzeczywistością, jednak pragnę zwrócić uwagę, że omawiana sytuacja kliniczna nie jest wcale rzadka i że dla postawienia właściwego rozpoznania ostatecznego ważne jest przeprowadzenie jak najbardziej pełnej diagnostyki różnicowej oraz obserwacja odległa chorego.