

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Przedstawiony przypadek można by skonkludować stwierdzeniem, że na wykrycie istnienia u ludzi anomalii naczyniowych w zakresie krążenia wieńcowego pozwala dopiero badanie inwazyjne. W części przypadków takie „znalezisko” tłumaczy trapiące chorego dolegliwości; „gorzej”, jeżeli dotyczy ono chorego wcześniej

asymptomatycznego.

Przedstawiany przypadek kliniczny uświadamia, iż przy analizie angiogramu u chorego z ostrym zespołem wieńcowym (OZW) należy wykazać się bardzo dużą skrupulatnością, nie ograniczając się jedynie do ustalenia naczynia odpowiedzialnego za ostre objawy kliniczne (IRA). Tym bardziej, że dzięki postępom kardiologii inwazyjnej przynajmniej w części przypadków możemy się pokusić o usunięcie ww. anomalii naczyniowych.

W tym drugim przypadku należy pamiętać, iż najistotniejsza jest prawidłowa kwalifikacja do takiego zabiegu. Ze zrozumiałych względów istotność przetoki trzeba rozpatrywać w aspekcie jej wpływu na ukrwienie obszaru, który zaopatruje tętnica wieńcowa będąca punktem jej wyjścia. Jest oczywiste, że większego jej wpływu należy się spodziewać w razie połączeń z jamami serca czy też wielkimi naczyniami zaliczanymi do tzw. niskociśnieniowych. Na szczęście takiej sytuacji nie było

u opisanej chorej. W podjęciu właściwej decyzji pomaga dokładnie zebrany wywiad (dotyczący głównie stanu przed ostrym zachorowaniem) oraz analiza wykonanych wcześniej, tj. przed incydemem OZW, diagnostycznych testów obciążeniowych. Brak dolegliwości stenokardialnych oraz ujemne wyniki ww. testów sugerują brak istotności takiej przetoki wieńcowej.

Powrót prezentowanej chorej do poprzedniego stanu klinicznego po skutecznym udrożnieniu IRA, połączony ze stwierdzonym za pomocą badania echokardiograficznego mniejszym (w stosunku do okresu okołozabiegowego) przepływem w obrębie przetoki, dowodzi pośrednio, iż nie była ona istotna czynnościowo i słusznie odstąpiono od jej zabiegowego leczenia.

Na zakończenie warto wspomnieć, iż możliwości przeszskórnego leczenia przetok naczyniowych w ostatnim czasie uległy rozszerzeniu. Kardiolodzy niejako rutynowo stosują w tym celu: uszczelnienie ich ujścia stentem (przede wszystkim pokrytym warstwą PTFE – tzw. stent-grafty) czy embolizację tzw. coilami, a właściwie mikrocoilami. Wiele wskazuje, iż w łożysku wieńcowym można stosować techniki sprawdzone już w krążeniu mózgowym przy okazji przede wszystkim tętniaków, takie jak embolizacja balonikiem uwalnianym z końcówki specjalnego mikrocewnika (tzw. odczepialne baloniki) lub specjalnymi substancjami, np. klejami tkankowymi (histoakryle) czy coraz modniejszymi ostatnio mikrocząsteczkami (np. onyks).