

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Prezentowany przypadek kliniczny jest niewątpliwie bardzo ciekawy i to z wielu powodów. Przede wszystkim doskonale przedstawia praktyczną współpracę i zaangażowanie lekarzy zatrudnionych w różnych strukturach organizacyjnych systemu ochrony zdrowia w Polsce w leczenie chorego z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego (ACS). Najlepszym podsumowaniem *status quo* w naszym kraju jest stwierdzenie, że warto propagować zalety kardiologii inwazyjnej, bo przekonują one kolegów pracujących z dala od ośrodków wyposażonych w kardioangiografię do wyboru najbardziej optymalnych metod leczenia ACS. Niewątpliwie pomaga temu stale rosnąca liczba ośrodków mogących wykonywać koronarografię i angioplastyki, jeszcze do niedawna uważane za procedury trudno dostępne, wysokospecjalistyczne.

Analiza przedstawionego przypadku pokazuje problem, który przy poprawie dostępności do procedur kardiologii interwencyjnej paradoksalnie staje się coraz częstszy. Mam tutaj na myśli angiograficznie prawidłowy stan tętnic wieńcowych u chorych z wstępnym rozpoznaniem ACS.

Taki stan rzeczy teoretycznie nie jest niczym nowym, jednak problem tkwi w tym, że stosunkowo szybki rozwój medycyny sprawia, iż coraz częściej znajdujemy dla tych przypadków potencjalny patomechanizm, a tym samym coraz rzadziej możemy twierdzić, że pacjent był zdrowy, tylko my „przeceniliśmy” znaczenie objawów klinicznych oraz badań nieinwazyjnych. W takich sytuacjach koronarografia jawi się jako metoda idealna do różnicowania klinicznego.

Odnosząc się do konkretnego przypadku, tj. do opisywanego chorego, chciałoby się powiedzieć, iż parametry laboratoryjne oraz obraz kliniczny najbardziej odpowiada-

ją tzw. kardiomiopatii stresowej, znanej bardziej pod nazwą *tako-tsubo* czy przejściowego balotowania (koniuszka) lewej komory (TLVB). Jedynym odstępstwem od typowego jej obrazu jest wynik badania echokardiograficznego, jednak należy pamiętać, że znamy już co najmniej cztery formy tych zaburzeń, które niekoniecznie muszą dotyczyć koniuszka lewej komory (LV). Za TLVB przemawia także całkowite ustąpienie zaburzeń kurczliwości LV u omawianego chorego 40 dni po ostrej fazie choroby.

Oczywiście jest to rodzaj spekulacji klinicznej, bo teoretycznie przejściowy skurcz tętnicy wieńcowej może spowodować podobny obraz kliniczny, niemniej trzeba mieć świadomość, iż taka sytuacja w „niehartowanym niedokrwienne” sercu kończy się raczej dramatycznymi objawami, które wręcz grożą nagłą śmiercią. Nie można również wykluczyć skąpoobjawowego zamknięcia tętnicy wieńcowej w wyniku pęknięcia „ranliwej” blaszki miażdżycowej. W takim wypadku potwierdzeniem byłby wynik badania ultrasonografii wieńcowej (ICUS), bo po wyptukaniu zakrzepu obraz koronarograficzny może być w granicach normy. Jednak w związku z niemałym doświadczeniem w zakresie TLVB (w obserwacji populacja ok. 40 chorych) skłaniałbym się ku tej jednostce, dla której tzw. triggerem mógłby być ostry trening siłowy, kompozycja lekowa i do tego stres związany z przyjmowaniem niedozwolonego specyfiku.

Na zakończenie pozwolę sobie jednak podkreślić, iż bez względu na końcowe rozpoznanie należy się zgodzić z wnioskami Autorów, iż skierowanie chorego z wstępnym rozpoznaniem ACS do ośrodka wysokospecjalistycznego pozwoliło na uniknięcie zastosowania leku obciążonego poważnymi powikłaniami. Zdecydowanie popieram takie postępowanie, które doskonale koresponduje z głoszonym przeze mnie hasłem: u chorych z podejrzeniem ACS zawsze lepiej wykonać o jedną koronarografię więcej niż o jedną za mało.