

# Komentarz do listu na temat artykułu „Arytmogenna kardiomiopatia prawej komory u chorego z anomalią tętnic wieńcowych i częstoskurczem komorowym wywołanym wysiłkiem fizycznym”

opublikowanego w „Kardiologii Polskiej” 2012; 70, 11: 1207–1208

List dr hab. n. med. Elżbiety Katarzyny Biernackiej oraz prof. dr hab. n. med. Elżbiety Czarnowskiej na temat artykułu „Arytmogenna kardiomiopatia prawej komory u chorego z anomalią tętnic wieńcowych i częstoskurczem komorowym wywołanym wysiłkiem fizycznym” podkreśla, jak złożona i trudna jest diagnostyka arytmogennej kardiomiopatii prawej komory (AKPK), szczególnie u osób, w których zmiany strukturalne w mięśniu sercowym nie są zawansowane, co było również celem autorów artykułu. Jednak wydaje się, że wiele sformułowań użytych w tym komentarzu jest nieuzasadnionych i niezasłużonych. Po pierwsze, prawidłowego obrazu echokardiograficznego i rezonansowego serca nie można nazwać błędną interpretacją, bo już w drugim zdaniu cytowanych przez Panią Profesor kryteriów diagnostycznych z 2010 r. zawarte jest stwierdzenie, że we wczesnej fazie choroby zmiany strukturalne mogą być nieobecne [1]. Tym bardziej brak obrazów i niezbyt obszerny opis badań histopatologicznych, ultrastrukturalnych i immunofluorescencyjnych, podyktowany zaleceniami wydawcy i recenzenta, nie nazwalibyśmy błędną interpretacją. Autorzy mając na uwadze interesujący, ale jednocześnie trudny przypadek chorego z nakładaniem się różnych czynników mogących być przyczyną komorowych zaburzeń rytmu, z dużą ostrożnością odnosili się do otrzymywanych wyników i ich interpretacji, wykluczając jednostki, o których Pani Profesor wspomina w komentarzu,

a jednocześnie próbując ustalić przyczynę, by móc zastosować odpowiednie leczenie u młodego chorego. Ze względu na brak wyników przesądających o rozpoznaniu podjęto decyzję o wykonaniu barwienia immunofluorescencyjnego w kierunku plakoglobiny, najprawdopodobniej po raz pierwszy w Polsce, na podstawie bardzo interesujących wyników opublikowanych przez ośrodek na Harvardzie [2]. To, że nie ma tego badania w zaleceniach diagnostycznych nie dziwi, kiedy spojrzymy na daty publikacji (zalecenia: początek 2010 r.; znaczenie plakoglobiny dla rozpoznania AKPK: 2009 r.). W związku z powyższym uważam, że rozpoznanie AKPK jest jak najbardziej możliwe, a sformułowanie „błędne rozpoznanie” jest nieuzasadnione.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

## Piśmiennictwo

1. Marcus FI, McKenna WJ, Sherril D et al. Diagnosis of arrhythmogenic right ventricular dysplasia/cardiomyopathy: proposed modification of the Task Force Criteria. *Circulation*, 2010; 121: 1533–1541.
2. Asimaki A, Tandri H, Huang H et al. A new diagnostic test for arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy. *N Engl J Med*, 2009; 360: 1075–1084.

Dr n. med. Agnieszka Pawlak  
Prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil

## Odpowiedź

Nie możemy się zgodzić, że rozpoznanie arytmogennej kardiomiopatii prawej komory w opisanym przypadku było uzasadnione. Oczywiście, należało w pierwszej kolejności uwzględnić tę chorobę w rozpoznaniu różnicowym. Jednak przeprowadzona bardzo szczegółowa diagnostyka nie potwierdziła podejrzenia. Nasze zastrzeżenia do przedstawionego artykułu sprowadzają się do 2 kwestii: po pierwsze chciałybyśmy zobaczyć wyniki, które wg Państwa potwierdzają rozpoznanie, a nie te, które są prawidłowe (i dowiedzieć się, gdzie nowatorskie badanie

przeprowadzono, jakie jest doświadczenie ośrodka w tego typu badaniach, jaka była grupa kontrolna), a po drugie uważamy, że badanie immunofluorescencyjne na obecność plakoglobiny może być tylko sugestią i wobec braku innych kryteriów diagnostycznych nie może mieć znaczenia diagnostycznego, tym bardziej, że od czasu publikacji Asimaki w 2007 r. nie potwierdzono jego wartości w innych badaniach.

Z poważaniem  
Elżbieta Katarzyna Biernacka i Elżbieta Czarnowska