

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Rafał Baranowski

Klinika Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej, Instytut Kardiologii, Warszawa



Autorzy przedstawili bardzo interesujące i dydaktyczne przypadki kliniczne. Istotne uniesienie ST w EKG, szczególnie u pacjenta z jakimikolwiek dolegliwościami w klatce piersiowej, to ważny sygnał kliniczny, którego nie wolno zlekceważyć. Jak Autorzy bardzo dobrze zaprezentowali, nie można też ograniczać spojrzenia na EKG do wąskiego obiektywu o średnicy tętnic wieńcowych.

Na EKG i całość obrazu trzeba spojrzeć wszechstronnie. Przyczyn uniesień ST w EKG jest wiele, oczywiście należy wyeliminować te najważniejsze, wymagające natychmiastowej interwencji.

Co budzi podejrzenie w tych zmianach ST? Przede wszystkim ich rozległość niewspółmierna do dolegliwości i stanu pacjentów. Nietypowy jest czas trwania QTc — zmiany okresu repolaryzacji związane z ostrymi zespołami wieńcowymi to częściej wydłużanie QTc niż utrzymywanie się w dolnych granicach normy. W takich sytuacjach, jak przedstawiono w komentowanej pracy, EKG jest sygnałem do dalszej diagnostyki. Tak było i w tych dwóch przypadkach. Oznaczenia troponiny w obu przypadkach były ujemne. Można by powiedzieć — na szczęście ujemne, „nie przekroczyły 99 percentyla dla normy”. Rozważna diagnostyka uwzględniająca inne możliwe przyczyny zmian ST doprowadziła do ich znalezienia. Gdyby z różnych przecież przyczyn troponina okazała się dodatnia, to ciekawe

jak przebiegałaby dalsza diagnostyka. W ilu szpitalach w takiej sytuacji wykonano by koronarografię? Taka decyzja byłaby przecież zgodna z obowiązującymi standardami — trzecią uniwersalną definicją zawału serca.

Można by zadać przewrotnie takie pytanie: „U 28-letniego mężczyzny bez dolegliwości w EKG widoczne są uniesienia ST 2,2 mm od V2 do V5, stężenie troponiny przekracza 99 percentyl normy, w ECHO nie ma cech płynu i zaburzeń kurczliwości. Co rozpoznamy?” Ostry zespół wieńcowy z uniesieniem ST? Zapalenie osierdzia? Zapalenie mięśnia sercowego? Czy też uważamy, że na podstawie takiego obrazu nie można rozpoznać ostrego zespołu wieńcowego? Gdyby tak sformułowane pytanie zadać np. na egzaminie z zakresu chorób wewnętrznych czy kardiologii, to zgodnie ze standardami należy rozpoznać ostry zespół wieńcowy z uniesieniem ST, czyli zlecić koronarografię w trybie pilnym. Wówczas odpowiadający nie mają możliwości zadania podstawowego pytania — a dlaczego wykonano EKG...? W codziennej praktyce w opisanym przypadku będziemy wiedzieć, dlaczego zrobiono EKG i raczej nie ustalimy tak jednoznacznego rozpoznania i nie zaczniemy od diagnostyki inwazyjnej.

Hiperkalcemia nie jest częstą przyczyną zmian w EKG, ale jak widać, zakres zmian jakie mogą się pojawić, jest dość szeroki — od uniesień do obniżień ST. Warto o tym pamiętać, a komentowana praca jest dobrym przypomnieniem tego problemu.

Konflikt interesów: nie zgłoszono