Opinia Eksperta

"Development of the European Network in Orphan Cardiovascular Diseases"
„Rozszerzenie Europejskiej Sieci Współpracy ds Sierocych Chorób Kardiologicznych"

EKSPERT: Prof. Zbigniew Gąsior, kardiolog

Afiliacja: *Katedra i Klinika Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice*

PODSUMOWANIE PRZYPADKU

U 57-letniego mężczyzny z kilkuletnim wywiadem wysiłkowej dławicy piersiowej, udokumentowaną anomalią tętnic wieńcowych rozpoznano w styczniu 2014 roku zawał serca bez uniesienia ST na podstawie podwyższonych wartości markerów uszkodzenia mięśnia sercowego przy nasilonych niestabilnych dolegliwościach wieńcowych. Obraz koronarograficzny nie zmienił się w porównaniu z obrazem w 2012 roku. Kontrolne testy obciążeniowe z prowokacją dławicy, ale bez zmian w obrazie ekg i z prawidłowym obrazem perfuzji mięśnia w scyntygrafii. Choremu włączono leczenie farmakologiczne jak w zawale NSTEMI. W dalszej obserwacji chory zgłasza dolegliwości dławicowe w klasie CCS II.

DYSKUSJA

Rozpoznanie zawału serca bez uniesienia ST zostało postawione właściwie zgodnie z rekomendacjami ESC – definicja zawału serca (nasilenie dławicy + podwyższenie stężenia troponiny). Brak w załączonej dokumentacji drugiej wartości troponiny, która powinna zostać oznaczona po 2-3 godzinach, dokumentując dynamikę zmian jej wartości (rekomendacje ESC dot. postępowania w NSTEMI). Uzasadnione było włączenie podwójnej terapii przeciwpłytkowej (ASA+klopidogrel).

OPINIA EKSPERTA

Zastosowano właściwe postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne u chorego z wrodzoną anomalią tętnic wieńcowych i z ostrym zespołem wieńcowym. W czasie dalszej przewlekłej farmakoterapii chory prezentuje objawy stabilnej dławicy piersiowej. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi ESC dotyczącymi postępowania w stabilnej dławicy piersiowej wskazaniem do rewaskularyzacji mięśnia sercowego, w tym przypadku z zastosowaniem pomostowania wieńcowego byłoby udokumentowanie niedokrwienia obejmującego conajmniej 10% obszaru mięśnia w obrazie scyntygraficznym lub sprowokowanie dysfunkcji mięśnia w conajmniej 3 segmentach w czasie echokardiograficznej próby z dobutaminą. Proponuję powtórzenie testu scyntygraficznego w przypadku braku skuteczności terapii farmakologicznej.

PODSUMOWANIE

Chory z anomalią tętnic wieńcowych, bez towarzyszących zmian miażdżycowych w krążeniu wieńcowym prezentujący obraz ostrego zespołu wieńcowego został zakwalifikowany do terapii farmakologicznej. Dalsze postępowanie zależeć powinno od stopnia dolegliwości chorego i dowodów na niedokrwienie mięśnia sercowego. Kardiochirurgiczna rewaskularyzacja w zakresie przedniej ściany lewej komory może być brana pod uwagę jedynie przy udokumentowaniu dużego stopnia niedokrwienia w obrazowych badaniach czynnościowych (do ostatecznej decyzji kardiochirurga).

REFERENCJE

1. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS i wsp.: Third Universal Definition of Myocardial Infarction. European Heart Journal (2012) 33, 2551–2567.

2. Hamm C, Bassand J-P, Agewall S i wsp.: ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. European Heart Journal (2011) 32, 2999–3054.

3. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S i wsp.: 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. Eur Heart J 2013;34:2949–3003.

John Paul II Hospital in Kraków
Jagiellonian University, Institute of Cardiology
80 Prądnicka Str., 31-202 Kraków;
tel. +48 (12) 614 33 99; 614 34 88; fax. +48 (12) 614 34 88
e-mail: rarediseases@szpitaljp2.krakow.pl
www.crcd.eu