

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Raczak

Klinika Kardiologii i Elektroterapii Serca, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk



Leczenie choroby niedokrwiennej serca, w tym jej poważnego powikłania, jakim jest ostry zawał serca, stanowi niewątpliwie jedno z najważniejszych zadań współczesnej kardiologii. Aktualne standardy postępowania w ostrym zawałe serca opierają się przede wszystkim na wykonaniu koronarografii z jednoczesną implantacją stentu do naczynia odpowiedzialnego za obszar zawału.

Przedstawiony przez Autorów [1] przypadek 51-letniej chorej stanowi dowód na to, jak niejednoznaczny i wieloobjawowy może być przebieg choroby niedokrwiennej serca w przypadku dławicy Prinzmetala i jak trudny może być nieraz wybór odpowiedniej terapii u takich chorych. Dowodzą tego również dane z piśmiennictwa [2]. Implantacja stentu do krytycznie zwężonego naczynia wieńcowego w danym przypadku nie przyniosła długotrwałych efektów. Niewątpliwie, zgodnie z aktualnymi zaleceniami, decyzja o zaopatrzeniu zwężonego naczynia stentem zarówno w ostrym okresie zawału, jak i następnie podczas nawrotu dolegliwości u pacjentki była prawidłowa. Jednak nawrót dolegliwości stenokardialnych, zwłaszcza w nocy, jak również stwierdzona podczas pierwszej koronarografii reakcja kurczowa prawej tętnicy wieńcowej, nasunęły podejrzenie pełnoobjawowej dławicy Prinzmetala i zadecydowały o wykonaniu całodobowego badania EKG metodą Holtera. Rejestracja uniesień odcinka ST aż do 4,5 mm raczej nie budziła wątpliwości, że przyczyną nawracających dolegliwości stenokardialnych u przedstawianej pacjentki jest właśnie skurcz naczynia wieńcowego. Dodatkowo, skurcz naczynia prowadził do pojawienia się najpierw tachykardii zatokowej, a następnie zaburzeń przewodzenia przedsionkowo-komorowego (p-k), łącznie z zaawansowanym blokiem p-k (4:1), z pauzą do 2200 ms. Wiadomo, że zastosowanie odpowiedniej farmakoterapii u chorych z dławicą Prinzmetala, polegającej na stosowaniu nitratów i antagonistów wapnia (diltiazem) zapobiega przed skurczem naczynia wieńcowego,

a w konsekwencji w większości przypadków może prowadzić do ustąpienia objawów, łącznie z zaburzeniami przewodzenia p-k. Jednak w przypadku przedstawianej pacjentki tak nie było. Ostatecznie Autorzy podjęli decyzję o implantacji układu stymulującego serce.

Należy zaznaczyć, że przypadki wystąpienia zaburzeń przewodzenia p-k, a nawet asystolii na skutek skurczu naczynia wieńcowego u chorych z dławicą Prinzmetala opisywano od lat [3–6]. Wiele dostępnych w piśmiennictwie prac pochodzi z polskich ośrodków. Decyzję Autorów o implantacji układu stymulującego serce typu DDD u przedstawianej pacjentki należy uznać za słuszną. O ile dość krótkie rejestrowane pauzy w czasie bloku p-k nie stanowią bezpośredniego wskazania do implantacji stymulatora serca, to nawracające utraty przytomności ostatecznie powinny przemówić za podjęciem takiej decyzji.

Przedstawiony przypadek pacjentki z dławicą Prinzmetala jest bardzo pouczający i dowodzi, jak wiele aspektów trzeba brać pod uwagę u pacjentów z dławicą naczynioskurczową.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Uznańska-Loch B, Cieślak-Guerra U, Rechciński T et al. Jedna pacjentka — różne oblicza choroby niedokrwiennej serca. *Kardiologia Polska*, 2013; 71: 631–633.
2. Lanza GA, Sestito A, Sgueglia GA et al. Current clinical features, diagnostics assessment and prognostic determinants of patients with variant angina. *Int J Cardiol*, 2007; 118: 41–47.
3. Seniuk W, Mularak-Kubzdela T, Grygier M et al. Cardiac agrest related to coronary spasm in patients with variant angina: a three-case study. *J Int Med.*, 2002; 252: 368–376.
4. Ledakowicz-Polak A, Ptaszyński P, Polak Ł et al. Prinzmetal's variant angina associated with severe heart rhythm disturbances and syncope: a therapeutic dilemma. *Cardiol J*, 2009; 16: 269–272.
5. Libionka A, Libionka W, Nessler B et al. Variant angina pectoris associated with Morgagni-Adams-Stokes syndrome: case report. *Przegl Lek*, 2005; 62: 1561–1563.
6. Wozakowska-Kapłon B, Janion M, Radomska E. Prinzmetal's variant angina with transient complete atrio-ventricular block: case report. *Pol Arch Med Wewn*, 2002; 108: 675–680.