

Ostry zespół wieńcowy u chorego z przewlekłą niewydolnością serca, schyłkową niewydolnością nerek oraz nefrostomią prawostronną

Alicja M. Jarząbek

I Oddział Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii Szpitala Wolskiego w Warszawie

Artykuł jest tłumaczeniem pracy: Jarząbek AM. Acute coronary syndrome in a patient with chronic heart failure, end-stage renal disease and right nephrostomy. *Folia Cardiol.* 2020; 15(6): 428–430. DOI: 10.5603/FC.2020.0063.

Należy cytować wersję pierwotną

Streszczenie

Pacjent w wieku 68 lat, z przewlekłą niewydolnością serca, schyłkową niewydolnością nerek oraz nefrostomią prawostronną w przebiegu wieloletniej kamicy nerkowej, został przyjęty do szpitala z powodu bólu zamostkowego z dusznością spoczynkową. Ze względu na schyłkową niewydolność nerek, mimo charakterystycznego obrazu klinicznego, zakwalifikowano go do leczenia zachowawczego. Jednak w toku diagnostyki oraz po pogorszeniu stanu chorego wykonano pilną koronarografię. Podczas zabiegu podjęto próbę interwencji wieńcowej w obrębie znamienne zwężonych naczyń wieńcowych – bezskutecznie. Po zabiegu pacjent rozpoczął także hemodializy z dobrym efektem. W stanie poprawy został wypisany do domu z zaleceniem kontynuowania dializoterapii oraz dalszej opieki ambulatoryjnie.

Słowa kluczowe: przewlekła niewydolność serca, ostry zespół wieńcowy, schyłkowa niewydolność nerek, kamica nerkowa, nefrostomia prawostronna

Folia Cardiologica 2020; 15, 6: 431–432

Wstęp

Choroby układu sercowo-naczyniowego są czynnikiem zwiększającym śmiertelność u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek, w tym także hemodializowanych [1]. Szacuje się, że pacjenci poddawani hemodializie są obciążeni o 8% wyższym ryzykiem śmiertelności niż populacja ogólna, a ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych wzrasta do 43% [2].

W pracy opisano pacjenta z wielochorobowością, wymagającego leczenia wielodyscyplinarnego z powodu ostrego zespołu wieńcowego.

Opis przypadku

Mężczyzna w wieku 68 lat, w przewlekłą niewydolnością serca w III klasie według *New York Heart Association* (NYHA) wezwał pogotowie z powodu bólu zamostkowego z promieniowaniem do lewej ręki i żuchwy oraz dusznością spoczynkową. W wywiadzie stwierdzono liczne obciążenia kardiologiczne – chorobę wieńcową o II stopniu nasilenia według *Canadian Cardiovascular Society* (CCS), przebyty zawał serca ściany dolnej leczony angioplastyką prawej tętnicy wieńcowej (RCA, *right coronary artery*) z implantacją stentu uwalniającego lek (DES, *drug-eluting stent*)

(2014), 2-krotnie przebyte nagłe zatrzymanie krążenia przed laty, przewlekłą niewydolność nerek (CKD, *chronic kidney disease*) w przebiegu wieloletniej kamicy nerkowej z wyłonieniem nefrostomii prawostronnej w 2016 roku. Chory nigdy nie palił papierosów.

Mimo charakterystycznego obrazu klinicznego, z obawy przed dalszym pogorszeniem czynności nerek, pacjent początkowo był leczony zachowawczo.

Przy przyjęciu do szpitala pacjent był w średnim stanie, stabilnym, pozostawał w pełnym kontakcie słowno-logicznym. Zgłaszał ból zmostkowy o mniejszym nasileniu oraz nieznaczną duszność spoczynkową. W badaniu przedmiotowym tachykardia wynosiła 110/min, nie stwierdzono szmerów patologicznych ani ewidentnej klinicznie duszności, saturacja mieściła się w zakresie 92–96%, ciśnienie tętnicze pozostawało w normie, nad polami płucnymi były słyszalne trzeszczenia do kątów łopatek. Brzuch był miękki, niebolesny, bez wodobrzusza, z widoczną nefrostomią prawostronną bez cech stanu zapalnego okolicznych tkanek. Nie stwierdzono obrzęków obwodowych. Diureza dobową z cewki moczowej i nefrostomii była zachowana. W badaniach laboratoryjnych zwróciły uwagę: podwyższone, ale stabilne stężenia troponiny, kreatyniny oraz mocznika, przy prawidłowej początkowej wartości kinazy kreatyninowej, obniżona filtracja kłębuszkowa, łagodna niedokrwistość normocytarna, niskie stężenie witaminy D, znamienne podwyższone stężenie parathormonu. W badaniu elektrokardiograficznym (EKG) opisano niespecyficzne zmiany odcinka ST porównywalne z uzyskanymi na zapisach z poprzednich hospitalizacji. Obraz radiologiczny klatki piersiowej przemawiał za rozpoczynającym się obrzękiem płuc. W badaniu echokardiograficznym wykazano: powiększony lewy przedsionek, brak odcinkowych zaburzeń kurczliwości, obniżoną kurczliwość globalną, frakcję wyrzutową (EF, *ejection fraction*) wynoszącą 20%, małą niedomykalność mitralną oraz trójdzielną, umiarkowane nadciśnienie płucne.

W pierwszej dobie pobytu obserwowano pogorszenie stanu chorego i nasilenie zgłaszanych dolegliwości. Jednocześnie stwierdzono znamienne wzrost stężeń enzymów sercowych. Parametry nerkowe oraz diureza dobową pozostawały stabilne. W EKG opisano niekompletny blok lewej odnogi pęczka Hisa, przednio-przegrodowy zawał serca z obniżeniem odcinka ST.

Podczas koronarografii podjęto nieudaną próbę przezskórnej interwencji wieńcowej zwężonej o 90% gałęzi międzykomorowej RCA (rozsiane zwapnienia, kręty przebieg).

W drugiej dobie po koronarografii u pacjenta rozpoczęto leczenie nerkozastępcze. W stanie poprawy wypisano go do domu oraz zakwalifikowano do implantacji kardiowertera-defibrylatora.

Omówienie

W przedstawionym przypadku proces leczniczy wymagał podjęcia kilku ryzykownych decyzji, które w efekcie okazały się słuszne.

Występowanie niedokrwistości w przebiegu obu chorób jest zarówno przyczyną, jak i skutkiem pogarszającej się kondycji chorego. Owo zjawisko wzajemnie napędzających się dolegliwości sercowo-naczyniowo-nerkowych nazwano zespołem niedokrwistości sercowo-naczyniowej [3, 4].

Należy zauważyć, jak bardzo są ze sobą powiązane dysfunkcja czynności nerek z przebiegiem CHF. Współpraca obu narządów wiąże się z wieloma procesami neurohormonalnymi warunkującymi homeostazę organizmu. Ich wzajemna interakcja została nazwana zespołem sercowo-nerkowym – wystąpienie ostrych lub przewlekłych zaburzeń czynności w jednym narządzie może spowodować dysfunkcje drugiego, jeśli nie zostanie wdrożone optymalne leczenie [3, 5].

Konflikt interesów

Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Abdo AS. Diagnosis and management of heart failure in long-term dialysis patients. *Curr Heart Fail Rep.* 2017; 14(5): 404–409, doi: [10.1007/s11897-017-0354-8](https://doi.org/10.1007/s11897-017-0354-8), indexed in Pubmed: [28779281](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28779281/).
2. Inampudi C, Alvarez P, Asleh R, et al. Therapeutic approach to patients with heart failure with reduced ejection fraction and end-stage renal disease. *Curr Cardiol Rev.* 2018; 14(1): 60–66, doi: [10.2174/1573403X14666180123164916](https://doi.org/10.2174/1573403X14666180123164916), indexed in Pubmed: [29366423](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29366423/).
3. Segall L, Nistor I, Covic A. Heart failure in patients with chronic kidney disease: a systematic integrative review. *Biomed Res Int.* 2014; 2014: 937398, doi: [10.1155/2014/937398](https://doi.org/10.1155/2014/937398), indexed in Pubmed: [24959595](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24959595/).
4. Silverberg D, Wexler D, Blum M, et al. The association between congestive heart failure and chronic renal disease. *Curr Opin Nephrol Hypertens.* 2004; 13(2): 163–170, doi: [10.1097/00041552-200403000-00004](https://doi.org/10.1097/00041552-200403000-00004), indexed in Pubmed: [15202610](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15202610/).
5. Hadjiphilippou S, Kon SP. Cardiorenal syndrome: review of our current understanding. *J R Soc Med.* 2016; 109(1): 12–17, doi: [10.1177/0141076815616091](https://doi.org/10.1177/0141076815616091), indexed in Pubmed: [26609123](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26609123/).