

Zastosowanie trombektomii aspiracyjnej u pacjenta we wstrząsie kardiogennym z niedrożnością pnia lewej tętnicy wieńcowej

Aspiration thrombectomy during percutaneous coronary intervention in a patient with cardiogenic shock caused by left main occlusion

Michał Malinowski, Wojciech Drewniak, Joanna Kotlarska, Katarzyna Jarząbek, Jarosław Nowak, Ewa Dybczyńska, Marek Dąbrowski

Pracownia Hemodynamiki, Klinika Kardiologii Oddziału Fizjoterapii, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Szpital Bielański im. Ks. J. Popiełuszki, Warszawa

Abstract

Case study: 56-year-old male patient in cardiogenic shock with a large thrombus in LM, successfully treated by PTCA with aspiration thrombectomy. Follow-up: 9 months control angiography.

Key words: PTCA, thrombectomy, IABP, LM occlusion, cardiogenic shock

Kardiol Pol 2012; 70, 4: 429–431

Pacjenta (P.S. Ks Gł 13623/10) w wieku 56 lat przywieziono do SOR Szpitala Bielańskiego w Warszawie po nawracającym nagłym zatrzymaniu krążenia w domu (już w obecności pogotowia ratunkowego), w czasie transportu do szpitala i w SOR. Pacjent dotychczas nie leczył się przewlekle, palił 30 papierosów dziennie, wskaźnik masy ciała wynosił 32,8, widoczne były żółtaki cholesterolowe na powiekach. W uzyskanym później wywiadzie okazało się, że do pacjenta wezwano pogotowie po kilkunastominutowym bólu w klatce piersiowej, a chory kilka miesięcy przed zdarzeniem odczuwał wysiłkowe dolegliwości w klatce piersiowej w II klasie CCS.

W SOR pacjent był zaintubowany, z ciśnieniem 60/0 mm Hg, w badaniu EKG między migotaniem komór stwierdzono uniesienie odcinka ST nad ścianą przednią. Po podaniu przez sondę 300 mg kwasu acetylosalicylowego i 600 mg klopidogrelu oraz 7 tys. j.m. heparyny dożylnie wykonano koronarografię przez prawą tętnicę promieniową.

W angiografii prawa tętnica wieńcowa (cewnik diagnostyczny JR 4,0) okazała się ekstatyczna, z rozsianymi zmianami na całym przebiegu i zwolnionym przepływem kontrastu (ryc. 1).



Rycina 1. Prawa tętnica wieńcowa

Adres do korespondencji:

lek. Michał Malinowski, Klinika Kardiologii, Oddział Fizjoterapii, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Szpital Bielański im. Ks. J. Popiełuszki, ul. Cegłowska 80, 01–809 Warszawa, e-mail: mmal@e.pl

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



Rycina 2. Lewa tętnica wieńcowa — pierwsze wstrzyknięcie kontrastu cewnikiem JR 4,0



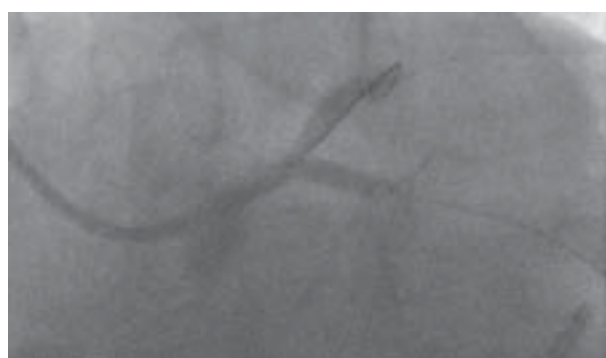
Rycina 4. Pasowanie stentu w pniu lewej tętnicy wieńcowej w kierunku do gałęzi przedniej zstępującej



Rycina 3. Lewa tętnica wieńcowa — widok po odessaniu skrzepliny cewnikiem DIVER CE

Po pokazaniu prawym cewnikiem Judkinsa lewej tętnicy wieńcowej uwidoczniono niedrożny dystalnie pień lewej tętnicy wieńcowej (LM) ze skrzepliną. Gałąź przednia zstępująca (LAD) była całkowicie niedrożna, gałąź okalająca (CX) wypełniała się z przepływem TIMI 1 (ryc. 2).

Z dojsścia udowego prawego założono kontrapulsację wewnątrzaoortalną (IABP), następnie przez tętnicę promieniową wprowadzono w pobliże ujścia LM cewnik prowadzą-



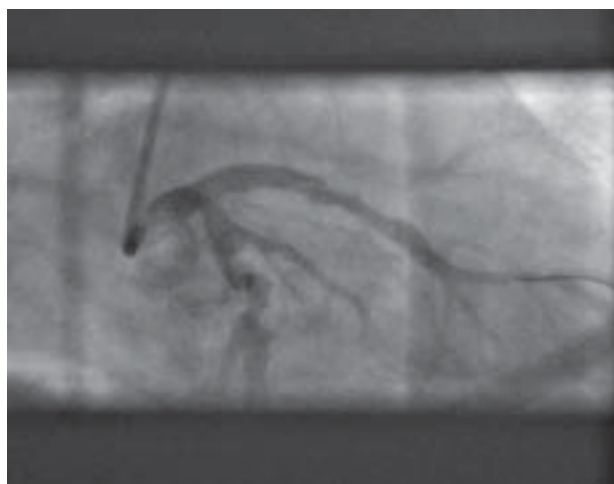
Rycina 5. Rozprężenie stentu w ujściu gałęzi okalającej z kontrolnym podaniem kontrastu do lewej tętnicy wieńcowej

cy lewy Judkins 3,5. Po wprowadzeniu prowadnika BHW do środkowego odcinka LAD dowieńcowo podano bolus abci-ximabu (ReoPro, schemat dawkowania wg masy ciała), a następnie wykonano skuteczną trombektomię aspiracyjną cewnikiem DIVER CE, uzyskując znaczną poprawę przepływu w LAD i CX i wyraźną poprawę kliniczną (ryc. 3).

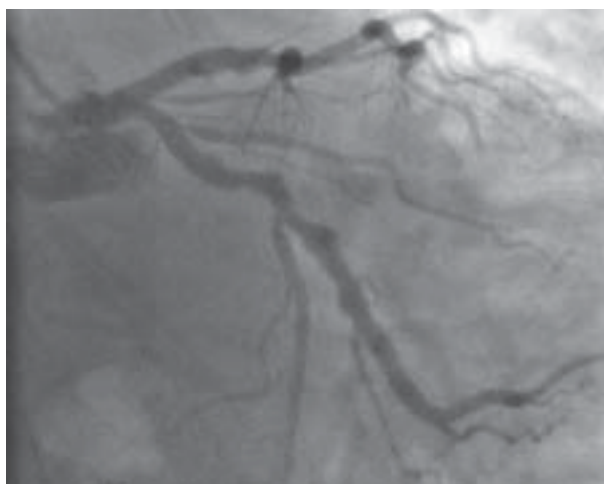
Następnie założono prowadnik do CX, a w pniu lewej tętnicy wieńcowej implantowano stent Liberte 4,5/28 mm/15 atm w kierunku LAD (ryc. 4).

Za pomocą balonu 2,0/15 mm wykonano predylatację ujścia CX, a następnie w ujściu CX implantowano stent Liberte 3,5/12 mm/16 atm (ryc. 5).

Następnie wykonano optymalizację pnia niskopodatnym balonem Quantum Maverick 5,0/20 mm, ciśnieniem 16 atm w rozwidleniu i 22 atm proksymalnie w ujściu LM.



Rycina 6. Efekt bezpośrednio po zabiegu



Rycina 7. Kontrola po 9 miesiącach od angioplastyki

Po zabiegu angioplastyki przepływ w obydwu odgałęzieniach lewej tętnicy wieńcowej wynosił TIMI 3, pozostawiono graniczne zmiany w CX i stabilną dyssekcję za stenozą w LAD (ryc. 6).

Pacjenta przekazano w stabilnym stanie na pododdział intensywnej opieki kardiologicznej (PINK) z ciśnieniem 120/80 mm Hg (IABP w trybie 1:1, dobutamina i abciximab we wlewie dożylnym).

Pacjent przebywał na PINK 9 dni, w 4. dobie chorego rozintubowano. W czasie dalszego pobytu pacjent był w dobrym stanie, z tendencją do hipotonii (z tego powodu odstawiono przed wypisem ramipril i spironolakton). W badaniu echokardiograficznym wykonanym w 1. dobie stwierdzono niewielką globalną hipokinezę lewej komory z frakcją wyrzutową 50% i nieznacznie poszerzony lewy przedsionek. W EKG

przy wypisie stwierdzono rytm zatokowy 50/min, dodatnio-ujemne załamki T w V_2 – V_4 . W 15. dobie hospitalizacji pacjent został wypisany do domu.

Po wyjściu ze szpitala chory nie odczuwał dolegliwości stenokardialnych. W EKG wykonanym 4 miesiące po zabiegu rytm zatokowy 47/min, bez zmian STT. W badaniach echokardiograficznych wykonanych po 4 i 8 miesiącach stwierdzano hipokinezę koniuszka, frakcja wyrzutowa wyniosła 55%. Kontrolny test wysiłkowy (8 miesięcy po zawale serca) nie wykazał cech niedokrwienia (6,8 MET).

W 9. miesiącu po zabiegu wykonano kontrolną koronarografię, stwierdzając utrzymujący się bardzo dobry efekt zabiegu angioplastyki (ryc. 7). Pacjent zamierza powrócić do pracy zawodowej jako kierowca — operator dźwigu.

Konflikt interesów: nie zgłoszono