

# Pęknięcie serca wikłające ostry zawał — czy można je przewidzieć?

prof. dr hab. n. med. Beata Wożakowska-Kapłon

I Kliniczny Oddział Kardiologii, Świętokrzyskie Centrum Kardiologii, Kielce; Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce



Pęknięcie serca stanowi drugą po wstrząsie kardiogenym przyczynę zgonu szpitalnego w przebiegu ostrego zawału serca (MI). Charakteryzuje się dwuszczytowym natężeniem występowania, najczęściej w 1. lub 5.–7. dobie MI, może dotyczyć przegrody lub wolnej ściany lewej komory, a sprzyja mu brak wytworzonego krążenia obocznego. Badanie echokardiograficzne z zastosowaniem opcji kolorowego dopлера stanowi główne narzędzie diagnostyczne, a interwencja kardiologiczna, konieczna u wszystkich chorych z pękniętą przegrodą międzykomorową i stanowiąca główną opcję terapeutyczną u chorych z pęknięciem wolnej ściany niestabilnych hemodynamicznie, daje szansę na przeżycie tego poważnego powikłania [1, 2]. W przedreperfuzyjnej erze leczenia MI częstość pęknięcia serca sięgała 6% i wiązała się z ok. 30-procentową śmiertelnością w fazie szpitalnej. Leczenie reperfuzyjne istotnie zmniejszyło częstość tego powikłania.

Do uznanych czynników sprzyjających pęknięciu serca w przebiegu MI z uniesieniem odcinka ST (STEMI) należą: starszy wiek, płeć żeńska, nadciśnienie tętnicze, rozległy obszar martwicy obejmującej ścianę przednią lub boczną, zawał będący pierwszą manifestacją kliniczną choroby. W międzynarodowym rejestrze *Global Registry of Acute Coronary Events* (GRACE) 60 198 pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (OZW) pęknięcie serca wystąpiło zaledwie u 0,45% osób [3]. Chociaż znamienne rzadziej, doświadczali go również chorzy z MI bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) oraz chorzy z niestabilną dławicą piersiową. Niezależnymi czynnikami związanymi z pęknięciem serca w przebiegu OZW w rejestrze GRACE były: uniesienie lub obniżenie odcinka ST, blok lewej odnogi pęczka Hisa, płeć żeńska, przebyty udar, znamienne podwyższenie markerów martwicy mięśnia sercowego, podeszły wiek, przyspieszona częstotliwość rytmu serca. Chociaż grupę pacjentów z pęknięciem serca charakteryzowała mniejsza częstość wykonywania pierwotnej angioplastyki wieńcowej (PCI), to nie był to niezależny parametr związany z wystąpieniem tego powikłania. Rzadsza obecność pęknięcia serca wiązała się w rejestrze GRACE z nowocześnie farmakoterapią, tj. leczeniem heparyną drobnocząsteczkową i beta-adrenolitykami w ciągu pierwszych 24 godzin, podaniem statyn, inhibitorów enzymu konwertującego angiotensynę i leków przeciwplatekcyjnych. Ochronne znaczenie odgrywał również przebyty w przeszłości MI.

Natomiast w rejestrze Yip H-K i wsp. [4] w populacji 1250 chińskich pacjentów z MI zastosowanie pierwotnej PCI istotnie zmniejszało ryzyko pęknięcia serca, a zawał ściany przedniej wiązał się z częstszym występowaniem tego powikłania.

Ptaszyńska-Kopczyńska i wsp. [5] poddali wieloczynnikowej analizie ocenianą retrospektywnie 23-osobową grupę pacjentów ze STEMI powikłanym pęknięciem serca. Autorzy wykazali wpływ skutecznej reperfuzyj, mierzonej przepływem w naczyniu dozawałowym i na poziomie mikrokrążenia, na wystąpienie pęknięcia serca w przebiegu STEMI. Lektura pracy pozostawiła we mnie pewien niedosyt. Oczekiwaliśmy przedstawienia omawianej grupy na tle chorych z pęknięciem serca leczonych fibrynolitycznie lub zachowawczo (być może w dobie powszechnego leczenia reperfuzyjnego takich pacjentów nie było). Stanowiliby oni niewątpliwie grupę odpowiednią do interesujących porównań. Według mnie w pracy zabrakło również pogłębionej charakterystyki klinicznej: wywiadu, oceny ryzyka przy przyjęciu, stanu przedmiotowego, stosowanej farmakoterapii oraz, co bardzo ważne, analizy czasu od wystąpienia bólu do podjęcia interwencji. Chcielibyśmy również się dowiedzieć, w jakim odsetku przypadków występowała choroba jednonaczyniowa i czy na przeżycie 10 osób z pęknięciem serca wpływało leczenie kardiologiczne. Szkoda, że Autorzy nie włączyli do analizy wieloczynnikowej wspomnianych parametrów. Być może pozwoliłoby to na stworzenie pełniejszej charakterystyki (choćby tylko hemodynamicznej) chorego zagrożonego dramatycznym, bo często śmiertelnym, powikłaniem MI, jakim nadal jest pęknięcie serca.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

## Piśmiennictwo

1. Wożakowska-Kapłon B, Dąbkowski P, Pietrzyk E, Sadowski J. Pęknięcie przegrody międzykomorowej i wolnej ściany lewej komory jako powikłanie mechaniczne zawału serca u 56-letniego mężczyzny. Opis przypadku, obserwacja 7-letnia. *Kardiologia Polska*, 2009; 67: 651–655.
2. Janion M, Wożakowska-Kapłon B, Sadowski J et al. Cardiac rupture in acute myocardial infarction with ST segment elevation. Clinical course and prognosis. *Kardiologia Polska*, 2004; 61: 127–136.
3. Lopez-Sendo J, Gurfinkel EP, Lopez de Sa E et al. Factors related to heart rupture in acute coronary syndromes in the Global Registry of Acute Coronary Events. *Eur Heart J*, 2010; 31: 1449–1456.
4. Yip H-K, Wu C-J, Chang H-W et al. Cardiac rupture complicating acute myocardial infarction in the direct percutaneous coronary intervention reperfusion era. *Chest*, 2003; 124: 565–571.
5. Ptaszyńska-Kopczyńska K, Sobolewska D, Kożuch M et al. Efficacy of invasive treatment and the occurrence of cardiac rupture in acute ST-elevation myocardial infarction. *Kardiologia Polska*, 2011; 69: 795–800.