

Nawracająca zakrzepica w stencie powlekanym po odstawieniu leków przeciw płytkowych

A case of recurrent stent thrombosis in a drug-eluting stent following antiplatelet therapy discontinuation

Beata Wożakowska-Kapłon^{1, 2}, Elżbieta Jaskulska-Niedziela¹, Justyna Niedziela¹, Wojciech Gutkowski³

¹Kliniczny Oddział Kardiologii, Świętokrzyskie Centrum Kardiologii, Kielce

²Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

³Pracownia Hemodynamiki, Świętokrzyskie Centrum Kardiologii, Kielce

Abstract

Stent thrombosis is one of the major complications that occur in percutaneous coronary interventions with stents. Various factors have been attributed to the development of stent thrombosis and several strategies have been recommended for its management. We report a case of 45 year-old patient with recurrent subacute and late stent thrombosis following antiplatelet therapy discontinuation on the 6th day and 11th month after he discharging from hospital.

Key words: stent thrombosis, drug-eluting stent, antiplatelet drugs discontinuation

Kardiol Pol 2011; 69, 6: 621–623

Poniżej przedstawiono przypadek pacjenta po wielokrotnych interwencjach na tętnicy międzykomorowej przedniej z powodu zakrzepicy w stencie powlekanym.

Mężczyzna 45-letni, palący tytoń, z hipercholesterolemią, niehospitalizowany i nieleczony z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego do stycznia 2008 r. został przyjęty do szpitala z powodu zawału serca ściany przedniej z uniesieniem odcinka ST. W trybie pilnym u pacjenta wykonano koronarografię, stwierdzając dwunaczyniową chorobę wieńcową. Gałąź przednia zstępująca (LAD) w segmencie proksymalnym, na wysokości odejścia dużej gałęzi septalnej (S1) oraz gałęzi diagonalnej (D1) była amputowana. Obwód naczynia wypełniał się z własnego krążenia obocznego oraz od prawej tętnicy wieńcowej (RCA). Gałąź D1 była w segmencie proksymalnym zwężona do ok. 80–90% (z widoczną skrzepliną). Gałąź okalająca (Cx) i recesywna prawa tętnica wieńcowa (RCA) pozostawały drożne, bez

istotnych zwężeń. Jednocześnie wykonano skuteczne poszerzenie naczynia LAD cewnikiem balonowym, przywracając prawidłowy napływ do obwodu (TIMI 3). W segmencie środkowym LAD pozostawiono długie zwężenie do ok. 70%. Następnie w segmencie proksymalnym D1 dokonano elektywnej implantacji stentu metalowego Driver, uzyskując pełne jego rozprężenie, bez rezydualnej stenozы. Podczas zabiegu pacjent otrzymał inhibitor receptora GP IIb/IIIa. W trakcie hospitalizacji chory pozostawał bez cech jawnej niewydolności serca i zaburzeń rytmu. W badaniu echokardiograficznym stwierdzono odcinkowe zaburzenia kurczliwości, tj. akinezę koniuszka, przykoniuszkowych segmentów ściany przedniej, bocznej i przegrody międzykomorowej. Frakcja wyrzutowa lewej komory była obniżona (LVEF 35%). U chorego zaplanowano kolejny etap angioplastyki LAD za 6 tygodni w celu pełnej rewaskularyzacji naczynia. Pacjent został wypisany ze szpitala z zaleceniami standar-

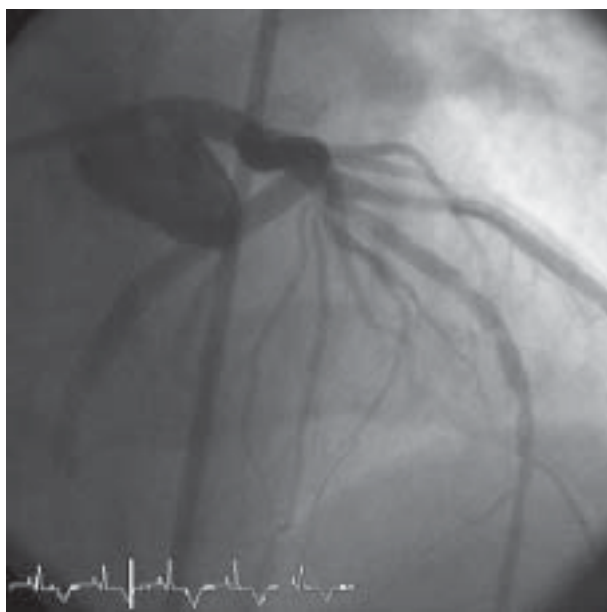
Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Beata Wożakowska-Kapłon, I Kliniczny Oddział Kardiologii, ul. Grunwaldzka 45, 25–736 Kielce, tel: +48 41 36 71 510, faks: +48 41 36 71 396, e-mail: bw.kaplon@poczta.onet.pl

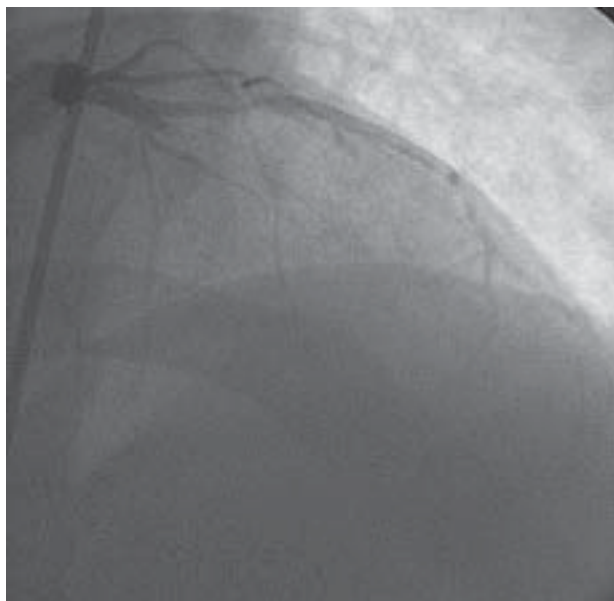
Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



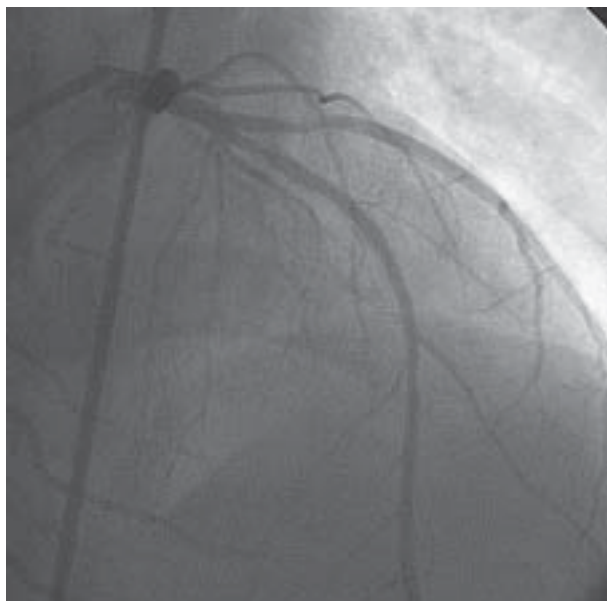
Rycina 1. Obraz lewej tętnicy wieńcowej u chorego hospitalizowanego z powodu podostrej zakrzepicy w stencie — projekcja RAO 5° CRAN 35°; widoczny brak przepływu kontrastu w proksymalnej części gałęzi przedniej zstępującej z wyraźnie widoczną strukturą stentu za miejscem zwężenia



Rycina 2. Obraz angiograficzny lewej tętnicy wieńcowej. Po wprowadzeniu prowadnika BMW oraz systemu Export odessano masy zakrzepowe i następnie doprężono cały stent balonem 3,5 × 10 mm ciśnieniem 10 atmosfer



Rycina 3. Obraz lewej tętnicy wieńcowej w trakcie kolejnej hospitalizacji z powodu późnej zakrzepicy w stencie. Projekcja badania jak na rycinie 1. Widoczny ponownie brak przepływu kontrastu w proksymalnej części gałęzi przedniej zstępującej z wyraźnie widoczną strukturą stentu za miejscem zwężenia



Rycina 4. Obraz lewej tętnicy wieńcowej po angioplastyce z zastosowaniem trombektomii aspiracyjnej i doprężeniu stentu cewnikiem balonowym 3,5 × 20 mm ciśnieniem 20 atmosfer; zwraca uwagę pełne wypełnienie naczynia

dowego leczenia po zawale serca z uniesieniem odcinka ST, w tym stosowania podwójnej terapii przeciwplatekowej [kwas acetylosalicylowy (ASA) 75 mg + klopidogrel 75 mg] do czasu zgłoszenia się do szpitala.

Po 6 tygodniach u chorego wykonano kontrolną koronarografię. Wykazano 75-procentowe zwężenie na długim odcinku na pograniczu segmentu proksymalnego i środkowego LAD (jak w badaniu poprzednim) oraz potwierdzono dobry wynik poprzednio wykonanych angioplastyk, bez restenozy w stencie implantowanym w D1. Przeprowadzono zabieg angioplastyki LAD z wszczepieniem stentu pokrywającego lekiem antyproliferacyjnym (DES) — zotarolimusem (stent Endeavor sprint). Zastosowano ciśnienie 10 atmosfer, a następnie proksymalną połowę dopięto cewnikiem balonowym, uzyskując pełne rozpięcie DES. Przebieg zabiegu był niepowikłany. W badaniu echokardiograficznym zaobserwowano odcinkowe zaburzenia kurczliwości, a LVEF wzrosła do ok. 45%. Chorego poinformowano o bezwzględnej konieczności stosowania podwójnego leczenia przeciwplatekowego przez minimum 12 miesięcy i wypisano go ze szpitala. W 6. dobie od wszczepienia DES do LAD pacjent, który — jak się okazało — nie zastosował się do zaleceń i nie zażywał po wypisie ze szpitala klopidogrelu, zgłosił się ponownie do szpitala z powodu ostrego zespołu wieńcowego. W koronarografii stwierdzono wówczas zamkniętą LAD (zakrzepica w stencie; ryc. 1). Rozpoznano zawał serca bez uniesienia odcinka ST ściany przedniej typu 4b wg ESC, spowodowany podostrą zakrzepicą w stencie. W miejscu poprzednio wszczepionego DES wykonano pierwotną angio-

plastykę LAD. Do udrożnienia naczynia zastosowano prowadnik BMW oraz system Export, za pomocą którego odesano masy zakrzepowe, po czym dopięto całość stentu balonem 3,5 × 10 mm, ciśnieniem 10 atmosfer (ryc. 2). Wypisując chorego, kolejny raz dobitnie podkreślono konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwplatekowej klopidogrelem i ASA przez co najmniej rok.

Po upływie 11 miesięcy od implantacji DES pacjent został przyjęty do szpitala z powodu zawału serca z uniesieniem odcinka ST ściany przedniej, w 7. dobie po odstawieniu leków przeciwplatekowych. W koronarografii stwierdzono zakrzepicę w DES w gałęzi przedniej zstępującej (ryc. 3). Jednocześnie wykonano angioplastykę LAD; w celu udrożnienia naczynia ponownie użyto systemu do tromboektomii aspiracyjnej i dopięto stent balonem 3,5 × 20 mm, ciśnieniem 20 atmosfer (ryc. 4). Podano także dotętniczo inhibitor receptora GP IIb/IIIa. U chorego rozpoznano zawał serca z uniesieniem odcinka ST, spowodowany późną zakrzepicą w DES z powodu odstawienia leków przeciwplatekowych. Choremu zalecono bezterminowe przyjmowanie podwójnej terapii przeciwplatekowej i wypisano do domu. Wykonane w I Klinice Kardiologii WUM w Warszawie (kierownik: prof. G. Opol-ski) badanie odpowiedzi na ASA i klopidogrel obejmujące badanie czynnościowe (agregacji) oraz biochemiczne (osoczowe stężenie tromboksanu) nie wykazało oporności na ASA i klopidogrel (badanie: dr n. med. M. Postuła). Podczas 2-letniej obserwacji chory czuje się dobrze, nie zgłasza bólów w klatce piersiowej, nieprzerwanie stosuje podwójną terapię przeciwplatekową.

Konflikt interesów: nie zgłoszono