

# Ostry zawał serca z uniesieniem odcinka ST spowodowany bardzo późną zakrzepicą w stencie

ST-elevation myocardial infarction caused by very late stent thrombosis

Wojciech Izdebski<sup>1</sup>, Marcin Łyczywek<sup>1</sup>, Maciej Zarębiński<sup>2</sup>, Robert Kowalski<sup>1</sup>,  
Agnieszka Wnuk-Lipińska<sup>1</sup>, Michał Osiński<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej, Oddział Kardiologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Siedlce

<sup>2</sup>Oddział Diagnostyki Chorób Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej, Szpital Zachodni, Grodzisk Mazowiecki

## Abstract

The case of a 46 year-old man suffering from diabetes mellitus and dyslipidaemia hospitalised with acute coronary syndrome with ST-segment elevation caused by very late in-stent thrombosis is presented.

**Key words:** acute myocardial infarction, very late stent thrombosis, stent

Kardiol Pol 2011; 69, 11: 1193–1195

## WSTĘP

Poniżej przedstawiono przypadek 46-letniego chorego z cukrzycą typu 2 i dyslipidemią, skierowanego do Ośrodka Kardiologii Inwazyjnej z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego z przetrwałym uniesieniem odcinka ST.

## OPIS PRZYPADKU

Pacjenta przywieziono do ośrodka karetką R z powodu występującego od godziny bólu dławicowego, bez reakcji na azotany. W EKG były widoczne uniesienia ST o typie fali Pardee nad ścianą przednio-boczną ( $V_1$ – $V_5$  i I, aVL) z towarzyszącymi obniżeniami ST nad ścianą dolną (II, III, aVF).

Z wywiadu zebranego od chorego wynikało, że w marcu 2005 r. przeżył zawał serca ściany przednio-bocznej (STEMI) leczony pierwotną angioplastyką gałęzi przedniej zstępującej lewej tętnicy wieńcowej z implantacją stentu lekowego Cypher (brak danych na temat wymiarów stentu) oraz podaniem antagonisty płytkowego IIb/IIIa Reo-Pro. Ze względu na duże okołozawałowe uszkodzenie mięśnia lewej komory (LVEF ok. 30% w wentrykulografii i ok. 45% w ECHO serca) chory został wówczas w ramach programu badawczego zakwalifikowany do terapii komórkowej. Zabieg podania ko-

mórek macierzystych szpiku kostnego do gałęzi przedniej zstępującej nastąpił w trakcie ówczesnej hospitalizacji. Choremu zlecono wówczas przyjmowanie podwójnej terapii przeciwplatekowej przez 6 miesięcy. W październiku 2006 r. pacjenta hospitalizowano z powodu nasilenia cech niewydolności serca. W trakcie pobytu wykonano ECHO serca (LVEF ok. 30%) i koronarografię, w której stwierdzono dobry efekt wykonanej wcześniej angioplastyki oraz brak istotnych zmian w pozostałych naczyniach wieńcowych, a także wykazano w wywiadzie zaburzenia lipidowe leczone statyną i cukrzycę typu 2 regulowaną dietą.

W SOR choremu podano doustnie 300 mg kwasu acetylosalicylowego i 7 tys. j. heparyny w bolusie dożylnie. W pracowni hemodynamicznej otrzymał 600 mg klopidogrelu. W trybie pilnym wykonano koronarografię, w której uwidocznił niedrożność w 6 segmencie gałęzi przedniej zstępującej z widocznym zakrzepem w stencie. Gałąź okalająca i prawa tętnica wieńcowa były bez zwężeń (ryc. 1).

Bezpośrednio po koronarografii chorego zakwalifikowano do angioplastyki gałęzi przedniej zstępującej. Prowadnik naczyniowy BMW poprzez miejsce niedrożności wprowadzono do dystalnego segmentu gałęzi przedniej zstępującej (ryc. 2).

## Adres do korespondencji:

lek. Wojciech Izdebski, Oddział Kardiologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Poniatowskiego 26, 08–110 Siedlce, tel: +48 25 640 30 04, faks: +48 25 640 30 01, e-mail: iwr@poczta.fm

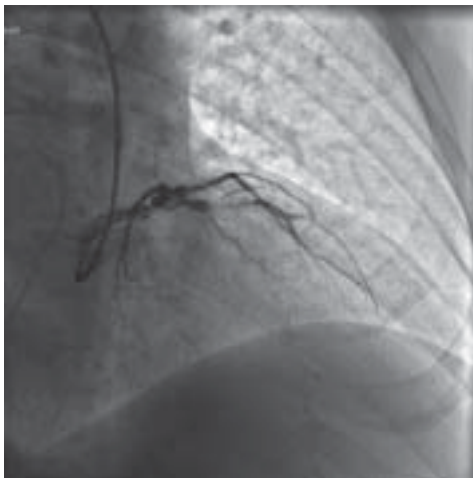
Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



**Rycina 1.** Lewa tętnica wieńcowa z widocznym ostrym zamknięciem w stencie w gałęzi przedniej zstępującej



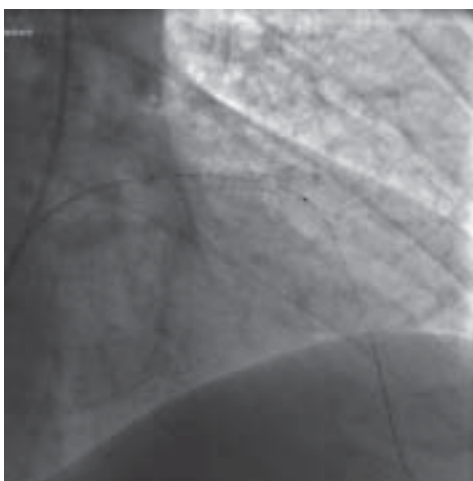
**Rycina 4.** Angiogram gałęzi przedniej zstępującej po 3 pasażach trobektomem



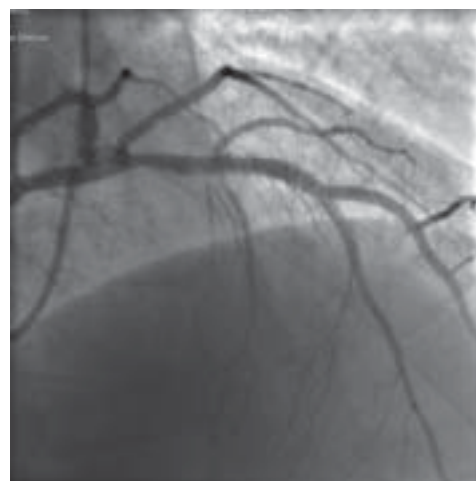
**Rycina 2.** Pokonanie miejsca niedrożności przez prowadnik BMW



**Rycina 5.** Angioplastyka balonowa w stencie



**Rycina 3.** Trobektom Diver w trakcie pasażu gałęzi przedniej zstępującej



**Rycina 6.** Efekt końcowy zabiegu

Podano dowieńcowo bolus Reo-Pro i podłączono wlew dożylny w dawce należącej dla masy ciała chorego. Trombektomem Diver wykonano 3 pasaże (ryc. 3), odsysając fragmenty skrzepliny i przywracając przepływ przez tętnicę (ryc. 4). Następnie cewnikiem balonowym Maverick  $3,5 \times 12$  mm wykonano kilka inflacji w stencie ciśnieniem do 18 atm (ryc. 5). Po angioplastyce w angiografii gałąź przednia zstępująca była bez zwężenia rezydualnego; przepływ TIMI 3 (ryc. 6).

Po zabiegu pacjenta bez dolegliwości przekazano na salę OIOK, gdzie kontynuowano wlew Reo-Pro (12 h), klopidogrel w dawce 75 mg i kwas acetylosalicylowy w dawce 100 mg.

Po 2 dobach obserwacji chorego przeniesiono na salę ogólną. Rehabilitacja pozawałowa przebiegała bez powikłań. Dolegliwości bólowe w klatce piersiowej nie nawracały. W badaniach krwi obserwowano typową dla zawału ewolucję wskaźników martwicy komórek mięśnia sercowego z maksymalnym wzrostem troponiny T do 3,8 ng/ml. W trakcie dalszego pobytu wykonano ECHO serca, w którym stwierdzono frakcję wyrzutową lewej komory ok. 40%.

Po 7 dobach hospitalizacji i zakończeniu procesu rehabilitacji chorego wypisano do domu. Zalecono stosowanie następującej farmakoterapii: kwas acetylosalicylowy, klopidogrel, metoprolol, ramipril, atorwastatyna, eplerenon.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono