

Trombektomia aspiracyjna w leczeniu ostrego zawału serca z uniesieniem odcinka ST

Aspiration thrombectomy during PCI in a patient with STEMI

Tomasz Pawłowski, Katarzyna Dejryng, Artur Zalewski, Wojciech Wąsek

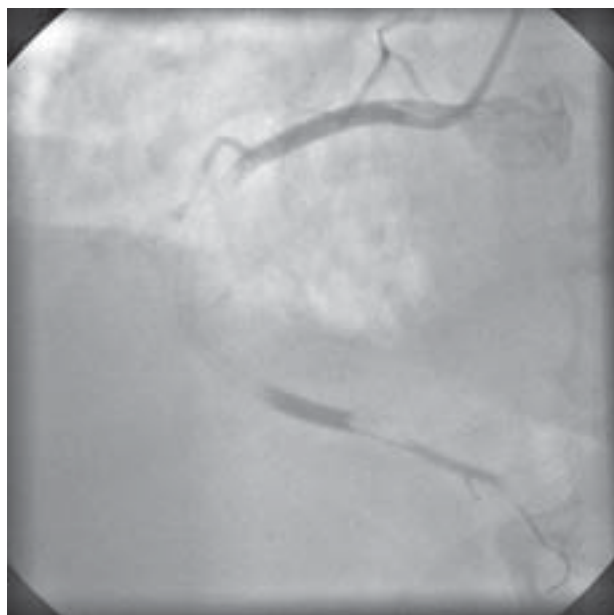
Ośrodek Kardiologii Interwencyjnej Allenort, Elk

W niniejszej pracy przedstawiono przypadek 62-letniej chorej przyjętej do Ośrodka Kardiologii Interwencyjnej Allenort z powodu ostrego zawału serca z uniesieniem odcinka ST.

Chora zgłosiła się do Izby Przyjęć Szpitala Rejonowego z powodu trwającego około 20 minut bólu w klatce piersiowej. W wywiadzie stwierdzono jedynie przewlekły nikotynizm. W badaniu EKG wykonanym przez zespół Pogotowia Ratunkowego zaobserwowano uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach znad ściany dolnej i obniżenie odcinka ST w odprowadzeniach przedsercowych. Powyższy wynik wysłano poprzez system Lifenet (Medtronic Co.) do dyżurujące-

go kardiologa interwencyjnego, który zakwalifikował pacjentkę do natychmiastowej angioplastyki wieńcowej. Na czas transportu pacjentki do Ośrodka Kardiologii Inwazyjnej (dystans ok. 60 km) zalecono podanie 600 mg kłopidogrelu, 300 mg kwasu acetylosalicylowego i 5000 j. heparyny.

Po upływie 70 minut od pierwszego telefonu i transmisji EKG chora znalazła się w Pracowni Kardioangiograficznej. W angiografii lewej tętnicy wieńcowej nie stwierdzono zmian miażdżycowych, natomiast prawa tętnica wieńcowa była zamknięta przez widoczną skrzeplinę (ryc. 1). Po sforsowaniu przewodnikiem miejsca okluzji wykonano kilkakrotnie pasaż trombektomem aspiracyjnym (Diver CE, Invatec Co), odsysając w sumie ponad 70 ml krwi. Po jej przepłukaniu przez filtr ujawniono obecność skrzeplin — jednej dużej i kilku drobnych (ryc. 2). W kontrolnej angiografii wykazano prawidłowy (TIMI 3) przepływ przez



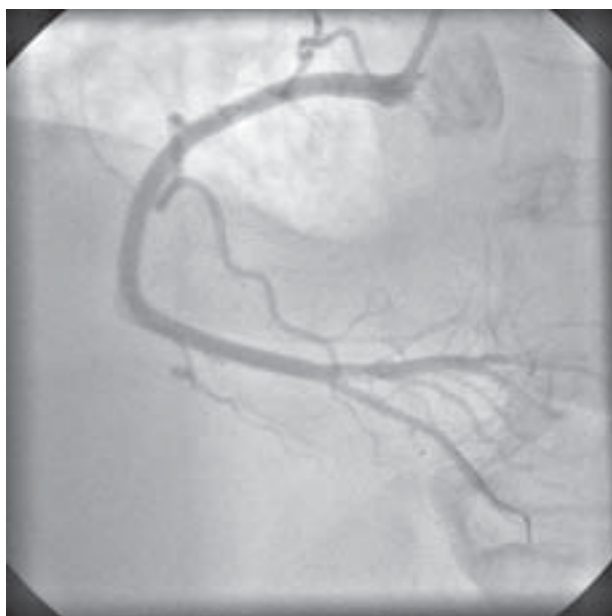
Rycina 1. Prawa tętnica wieńcowa, widoczna skrzeplina w segmencie dystalnym naczynia



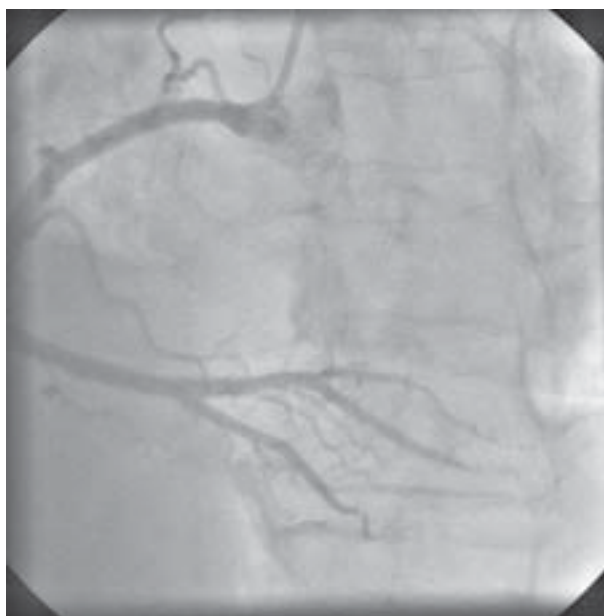
Rycina 2. Materiał zatorowy usunięty z prawej tętnicy wieńcowej przez trombektom aspiracyjny

Adres do korespondencji:

dr n. med. Tomasz Pawłowski, Ośrodek Kardiologii Interwencyjnej Allenort, ul. Baranki 24, 19–300 Elk, tel: +48 87 621 97 47, e-mail: pawtom@gmail.com



Rycina 3. Obraz angiograficzny bezpośrednio po użyciu trombektomu



Rycina 4. Wynik końcowy zabiegu, widoczna embolizacja gałęzi tylnej zstępującej

naczynie, przy braku jakiegokolwiek zmiany miażdżycowej (ryc. 3), jednak część materiału zatorowego została przemieszczona do obwodowych części gałęzi tylnej zstępującej. Za pomocą balonika 2,0 × 15 mm przywrócono częściowo przepływ w naczyniu, pozostawiając niedrożny jedynie krótki odcinek naczynia (ryc. 4). Wobec

takiego przebiegu zabiegu operator zdecydował o podaniu blokera IIb/IIIa w celu poprawy przepływu w tym segmencie.

Pacjentka bez bólu w klatce piersiowej została przewieziona na salę R i kilka dni po zabiegu, z niewielkim obszarem uszkodzenia mięśnia sercowego, opuściła Ośrodek.