

Ostry zespół wieńcowy z przetrwałym uniesieniem odcinka ST nad ścianą dolną leczony angioplastyką pierwotną dwóch tętnic uznanych za odpowiedzialne za zawał serca

Inferior ST elevation myocardial infarction with two infarction-related arteries

Wojciech Izdebski, Marcin Łyczywek, Robert Kowalski

Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej, Oddział Kardiologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Siedlce

WSTĘP

W niniejszej pracy przedstawiono przypadek 46-letniego chorego z otyłością brzuszną, palącego, nieregularnie, około 10 papierosów dziennie, bez obciążającego wywiadu rodzinnego, który został skierowany do Ośrodka Kardiologii Inwazyjnej z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego z przetrwałym uniesieniem ST.

OPIS PRZYPADKU

Omawiany chory został skierowany na oddział, w którym pracują autorzy niniejszej pracy, z izby przyjęć szpitala powiatowego, gdzie trafił z powodu zaśląbnienia poprzedzonego około 2-godzinnym bólem w nadbrzuszu i klatce piersiowej. Lekarz izby przyjęć wykonał EKG, w którym stwierdził rytm zatokowy z około 2-milimetrycznymi uniesieniami odcinka ST o typie fali Pardee w odprowadzeniach znad ściany dolnej. Po telefonicznym uzgodnieniu miejsca pacjenta przewieziono karetką R do Ośrodka Kardiologii Inwazyjnej w Siedlcach.

W szpitalu powiatowym przed transportem chory otrzymał dożylny bolus heparyny niefrakcjonowanej (10 000 j.), 600 mg kłopidogrelu i 300 mg kwasu acetylosalicylowego doustnie.

Z wywiadu przeprowadzonego w ośrodku autorów wynikało, że chory dotychczas nie leczył się z przyczyn kardiologicznych. Od 7 dni odczuwał dyskomfort w nadbrzuszu i dolegliwości o charakterze pieczenia w klatce piersiowej, bez ewidentnego związku z wysiłkiem. Cztery dni przed hospitalizacją zgłosił się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który wykonał EKG i zalecił przyjmowanie inhibitorów pompy protonowej.

Po 30 minutach od wykonania telefonu uzgadniającego miejsce chory znalazł się na stole hemodynamicznym. W trybie pilnym wykonano koronarografię. Podejrzewając, że przyczyna ostrego zespołu wieńcowego wiąże się z prawą tętnicą wieńcową, badanie rozpoczęto od angiografii lewej tętnicy, w której stwierdzono nieistotne zmiany w gałęzi przedniej zstępującej i niedrożność gałęzi okalającej w jej środkowym odcinku. Natomiast podanie kontrastu do prawej tętnicy wieńcowej uwidoczniło jej zamknięcie w części proksymalnej (ryc. 1).

Na podstawie obrazu klinicznego i angiograficznego dyżurny kardiolog interwencyjny podjął decyzję o wykonaniu zabiegu udroźnienia prawej tętnicy wieńcowej, którą uznał za tętnicę odpowiedzialną za wystąpienie ostrego zespołu wieńcowego.

Prowadnik naczyniowy BMW wprowadzono poprzez okluzję do dystalnego segmentu prawej tętnicy wieńcowej. W miejscu okluzji wykonano dylatację balonem Maverick (2,5 × 12 mm), uzyskując udroźnienie naczynia z następową implantacją stentu Liberte (3,5 × 12 mm) (ryc. 2). W dalszej kolejności, z powodu widocznej poniżej stentu dysekcji z przyścienną skrzepliną, wykonano dylatację balonem od stentu, uzyskując dobry wynik angiograficzny (brak zwężenia rezydualnego) i hemodynamiczny (przepływ TIMI 3) (ryc. 3). Ponieważ po wykonaniu angioplastyki prawej tętnicy dolegliwości chorego znacząco się zmniejszyły, ale nie ustąpiły całkowicie, operator zdecydował o udroźnieniu gałęzi okalającej lewej tętnicy wieńcowej.

Podobnie jak w przypadku prawej tętnicy wieńcowej udało się bardzo łatwo przeprowadzić prowadnik angioplastyczny BMW przez miejsce niedrożności w środkowej części gałęzi okalającej do jej obwodu (ryc. 4). W miejscu okluzji i poniżej

Adres do korespondencji:

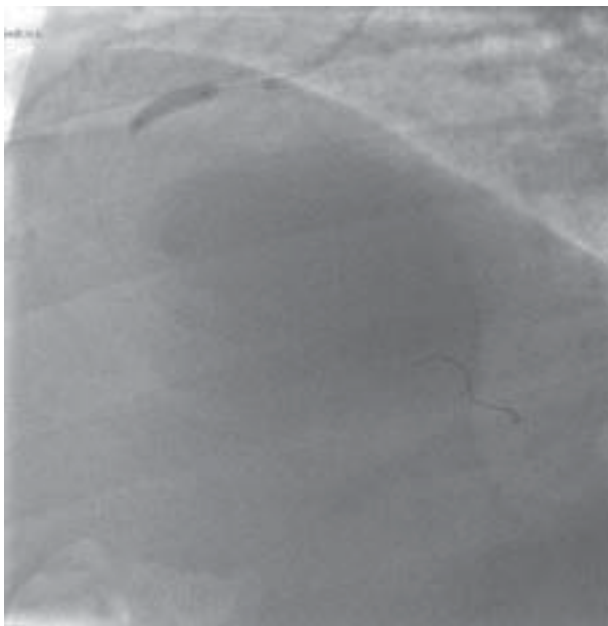
lek. Wojciech Izdebski, Oddział Kardiologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Poniatowskiego 26, 08–110 Siedlce, tel: +48 25 640 30 04, faks: +48 25 640 30 01, e-mail: iwrr@poczta.fm



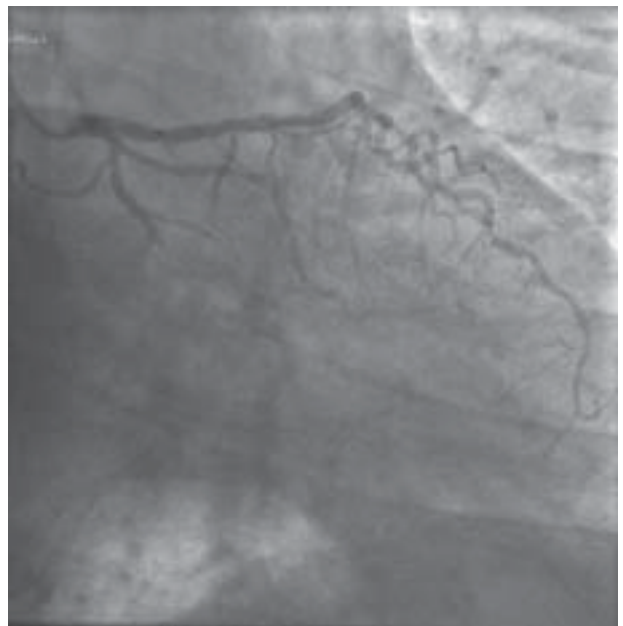
Rycina 1. Angiografia prawej tętnicy wieńcowej z widoczną jej okluzją w części proksymalnej



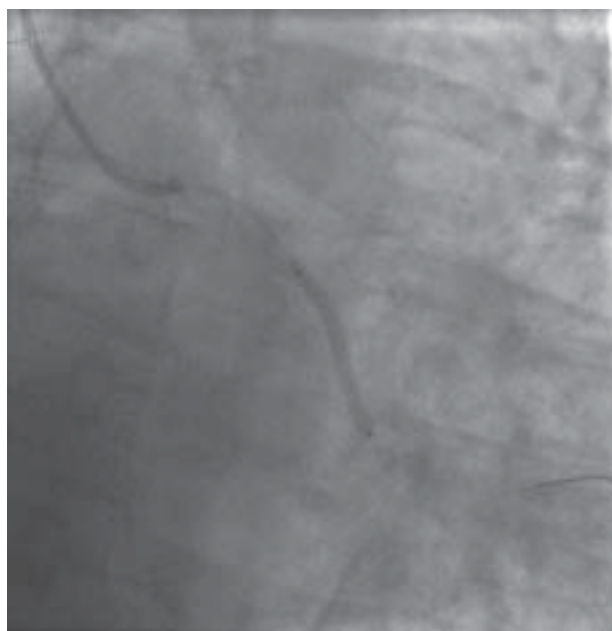
Rycina 3. Obraz końcowego efektu zabiegu angioplastyki prawej tętnicy wieńcowej



Rycina 2. Angioplastyka prawej tętnicy wieńcowej; moment implantacji stentu (Liberte: 3,5 × 12 mm)



Rycina 4. Angiografia lewej tętnicy wieńcowej z widoczną niedrożną w około połowie przebiegu gałęzią okalającą



Rycina 5. Angioplastyka gałęzi okalającej lewej tętnicy wieńcowej; moment implantacji stentu (Genius Magic: 2,5 × 30 mm)



Rycina 6. Końcowy efekt angioplastyki gałęzi okalającej lewej tętnicy wieńcowej

wykonano kilka dylatacji balonem Maverick 1,5 × 15 mm, a następnie balonem Maverick 2,5 × 20 mm. Ze względu na niedostateczny efekt angioplastyki balonowej implantowano stent Genius Magic (2,5 × 30 mm) (ryc. 5) z bardzo dobrym efektem hemodynamicznym (przepływ TIMI 3) (ryc. 6).

Po przeszłokórnej interwencji wieńcowej dolegliwości w pełni ustąpiły, więc pacjenta przekazano na salę intensywnej opieki kardiologicznej, gdzie przebywał półtorej doby. W EKG zaobserwowano ewolucję zawału ściany dolnej. Ponadto w badaniach laboratoryjnych zanotowano typowy dla zawału serca wzrost stężenia wskaźników martwicy mięśnia sercowego.

W trakcie dalszego pobytu wykonano badanie echokardiograficzne serca, stwierdzając akinezę ściany dolnej z dobrą frakcją wyrzutową lewej komory (ok. 60%), oraz badanie holterowskie, w którym nie stwierdzono istotnych zaburzeń rytmu i przewodzenia. Dolegliwości bólowe w klatce piersiowej nie nawracały.

Po 6 dobach hospitalizacji i zakończeniu procesu rehabilitacji szpitalnej pacjenta wypisano do domu. Zalecono stosowanie następujących leków: kwas acetylosalicylowy, klopidogrel, metoprolol o zmodyfikowanym uwalnianiu, statyna, inhibitor enzymu konwertującego angiotensynę.