

Implantacja stentu „protekcyjnego” u chorej z ostrym zespołem wieńcowym bez przetrwałego uniesienia odcinka ST powikłana zakrzepicą wewnątrzstentową

‘Protective’ stent implantation in a patient with acute coronary syndrome without ST segment elevation complicated by in stent thrombosis

Robert Romanek, Paweł Grzelakowski, Radosław Formuszewicz, Tomasz Ługowski, Tomasz Wnuk, Maciej Olechnicki, Teresa Rusicka-Piekarz, Aleksander Goch

Klinika Kardiologii i Kardiochirurgii, 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, Bydgoszcz

Kardiol Pol 2010; 68: 108-110

Prezentujemy przypadek 61-letniej kobiety przyjętej do Kliniki z wstępnym rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia odcinka ST.

Pacjentka została przywieziona na Szpitalny Oddział Ratunkowy z powodu nawracających od 7 dni wysiłkowych dolegliwości bólowych w nadbrzuszu z promieniowaniem do obu kończyn górnych, przy czym od 3 dni dolegliwości te pojawiały się także w spoczynku. Z wywiadu wynikało, że pacjentka jest wieloletnią palaczką papierosów, dotychczas nie była leczona kardiologicznie, natomiast w przeszłości stwierdzano u niej chorobę wrzodową żołądka oraz kamicy nerkową.

Przy przyjęciu do Kliniki chora była przytomna, w pełnym kontakcie logicznym oraz w dobrym stanie ogólnym (ciśnienie tętnicze 120/80 mmHg, HR 70/min, miarowa, SaO₂ 98%, brak obrzęków obwodowych). Poza tym w badaniu przedmiotowym stwierdzono: osłuchowo szmer skurczowy nad koniuszkiem (1/6 w skali Levine’a), bez cech obturacji i zastojów nad polami płucnymi, brzuch miękki, palpacyjnie niebolesny, bez objawów patologicznych.

W badaniu EKG stwierdzono: lewogram patologiczny, rytm zatokowy miarowy (75/min), śladowy załamek r w odprowadzeniach III, aVF, poziome obniżenia odcinka ST w odprowadzeniach V₂-V₄ (maksymalnie do 2 mm w V₃) oraz wysokie, symetryczne załamki T w odprowadzeniach V₂, V₃. W badaniu echokardiograficznym uwidoczono niedomykalność mitralną II stopnia przy frakcji wyrzutowej lewej komory (LVEF) szacowanej na 70%, bez regionalnych zaburzeń kurczliwości.

Badania laboratoryjne ujawniły podwyższoną aktywność markerów martwicy mięśnia sercowego – troponina I 15,2 ng/ml, CK-MB 13 ng/ml, a ponadto podwyższone

stężenie białka C-reaktywnego (CRP) (96 mg/l) oraz cholesterolu (TChol 250 mg/dl).

Chorą zakwalifikowano do zabiegu koronarografii w trybie pilnym. Przed wykonaniem zabiegu podano 300 mg kwasu acetylosalicylowego (ASA) oraz 600 mg kłopidogrelu. W badaniu stwierdzono, obok prawidłowego obrazu tętnicy przedniej zstępującej (LAD), subtotalne zwężenie w segmencie proksymalnym tętnicy okalającej (LCX) ze skrzepliną oraz graniczne (ok. 60% DS) zwężenie w ujściu prawej tętnicy wieńcowej (RCA). Dyżurny operator zakwalifikował zmianę w LCX do leczenia przeszskórnego, jako odpowiedziałną za ostry zespół wieńcowy (ang. *culprit lesion*).

Do zabiegu przeszskórnej interwencji wieńcowej (PCI) użyto przewodników typu BMW (Abbott Vascular) oraz Cruiser M-J (Biotronik) wprowadzonych odpowiednio do LCX i gałęzi marginalnej 1. Następnie cewnikiem balonowym Sprinter 1,5/12 mm (Medtronic) rozprężonym pod ciśnieniem 14 atm (15 s) wykonano skuteczną predylatację zwężenia LCX na granicy segmentów 11. i 13. Zabieg dokończono, implantując 24-milimetrowy stent protekcyjny MGuard (InspireMD) rozprężony (średnica 3,0 mm) pod ciśnieniem 12 atm, którym pokryto zwężenie w LCX wraz ze skrzepliną oraz proksymalny odcinek gałęzi marginalnej 1. W efekcie uzyskano optymalny efekt angiograficzny zabiegu (brak cech rezydualnej stenozы), bez widocznych cech zatorowości obwodowej, z bardzo dobrym przepływem krwi (TIMI 3).

Po zabiegu chora zgłosiła ustąpienie dolegliwości oraz poprawę samopoczucia. Podczas hospitalizacji dolegliwości nie powróciły. W kontrolnych badaniach laboratoryjnych obserwowano spadek aktywności markerów sercowych.

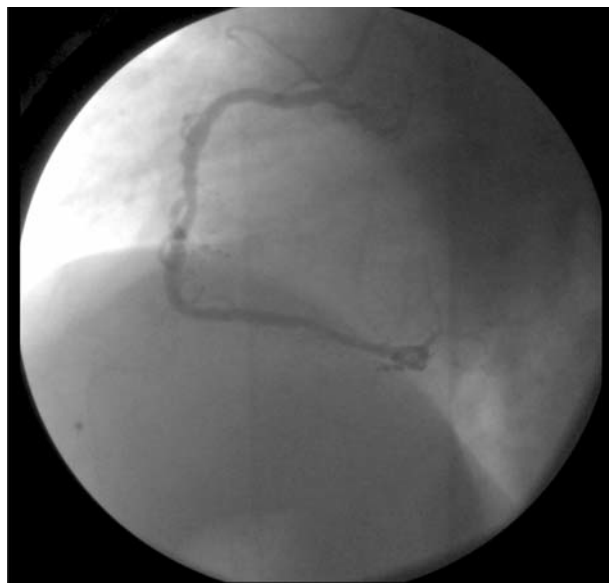
Adres do korespondencji:

lek. Robert Romanek, Klinika Kardiologii, 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, ul. Powstańców Warszawy 5, 85-681 Bydgoszcz, tel.: +48 52 378 72 20, faks: +48 52 378 61 17, e-mail: ro1969@poczta.onet.pl

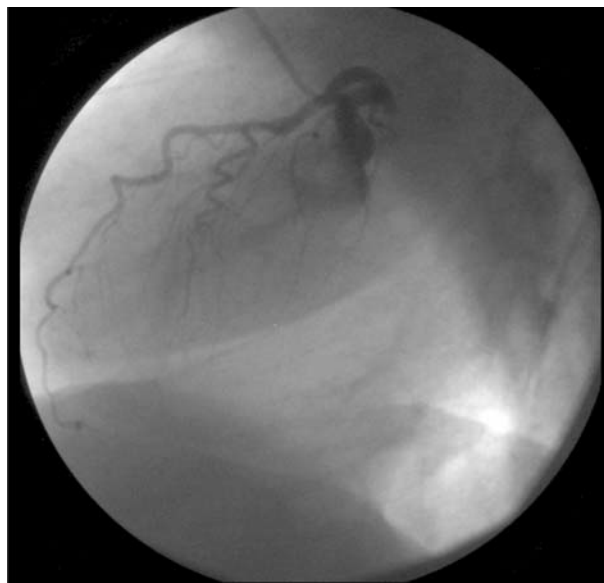
W 5. dobie kobieta została w stanie ogólnym dobrym wypisana do domu z rozpoznaniem ostrego zawału mięśnia sercowego bez przetrwałego uniesienia odcinka ST. W badaniu echokardiograficznym przy wypisie LVEF oszacowana została na 55%, a ponadto stwierdzono pojawienie się akinezy w segmentach tylnym i podstawnym bocznym, bez nasilenia się niedomykalności mitralnej (II stopień). W leczeniu stosowano m.in. ASA oraz kłopidogrel, odpowiednio po 75 mg raz dziennie. Sześć tygodni po PCI u chorej zapla-

nowano przeprowadzenie próby obciążeniowej w warunkach ambulatoryjnych przed ewentualną kwalifikacją do angioplastyki RCA.

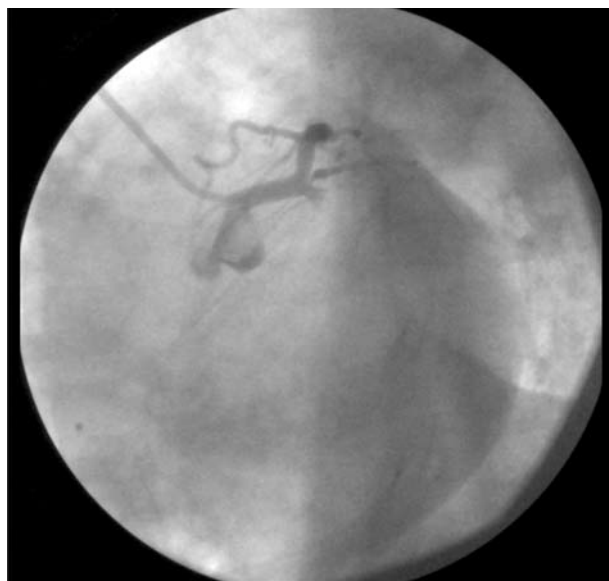
W 10. dobie od zabiegu kobieta ponownie została przyjęta do Kliniki Kardiologii z powodu typowych spoczynkowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, z promieniowaniem do nadbrzusza i obu kończyn górnych, utrzymujących się od ok. 3 godz. Jeszcze w domu podano chorej 300 mg ASA oraz 300 mg kłopidogrelu.



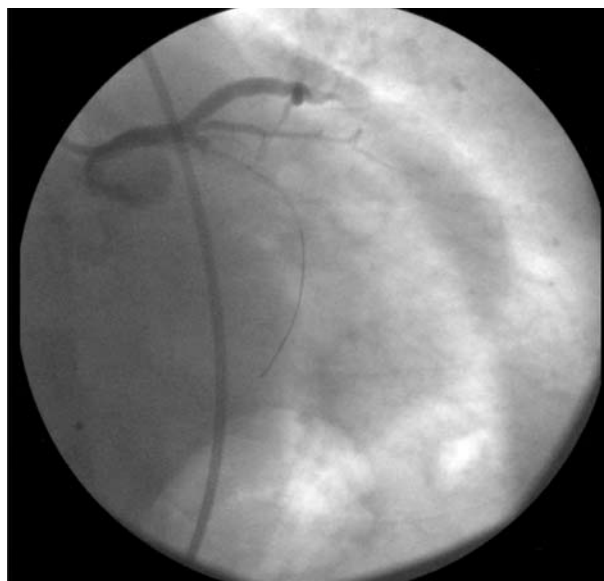
Rycina 1. Angiogram prawej tętnicy wieńcowej w projekcji prawej skośnej. Brak istotnych zwężeń



Rycina 2. Angiogram lewej tętnicy wieńcowej w projekcji pełnej (90°) lewej. Zwraca uwagę brak istotnych zwężeń w gałęzi przedniej zstępującej oraz brak gałęzi okalającej lewej



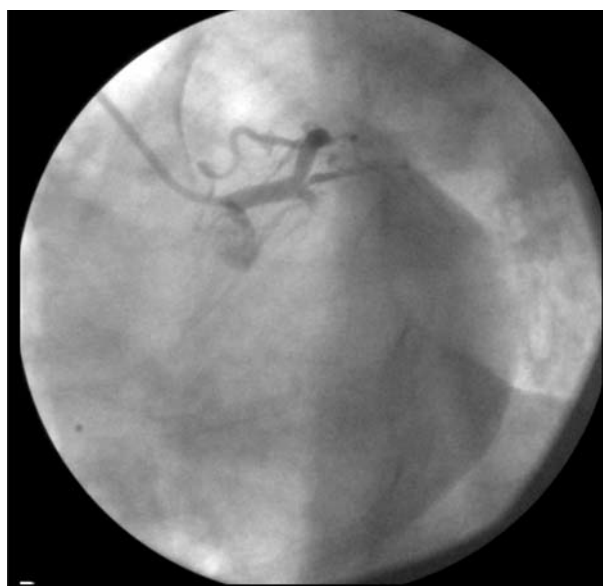
Rycina 3. Angiogram w projekcji tzw. pająka (LLO) ujawniający wysokie zamknięcie gałęzi okalającej lewej



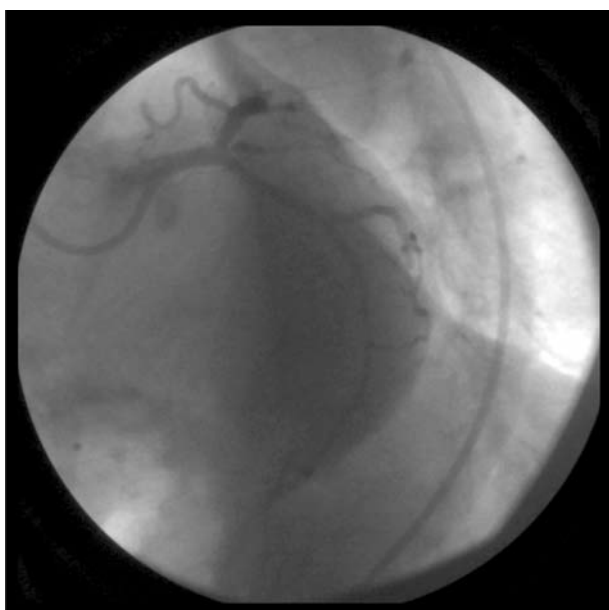
Rycina 4. Angiogram lewej tętnicy wieńcowej po wprowadzeniu prowadnika angioplastycznego do gałęzi okalającej lewej



Rycina 5. Angiogram lewej tętnicy wieńcowej w projekcji tzw. pająka wykonany na końcu zabiegu, tj. po implantacji stentu MGuard (InspireMD) oraz po dodatkowych inflacjach cewnikami balonowymi



Rycina 6. Angiogram lewej tętnicy wieńcowej 10 dni po zabiegu pierwotnej angioplastyki wieńcowej. Zwraca uwagę wysoka niedrożność gałęzi okalającej lewej poddanej zabiegowi



Rycina 7. Angiogram lewej tętnicy wieńcowej na koniec zabiegu angioplastyki balonowej

Przy przyjęciu stan ogólny średni (ciśnienie tętnicze 110/70 mmHg, HR 70/min, miarowa), osłuchowo nad płucami bez cech obturacji i zastoju w krążeniu małym, bez obrzęków obwodowych. W EKG głębokie obniżenia odcinka ST w odprowadzeniach V_1 – V_4 oraz niepatologiczne uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach dolnych.

W wykonanej w trybie pilnym koronarografii stwierdzono zamknięcie LCX w mechanizmie zakrzepicy w stencie,

które zakwalifikowano do angioplastyki balonowej. Do zabiegu użyto prowadnika Pilot 50 (Abbott Vascular), który został wprowadzony dystalnie do LCX. W następnym etapie użyto cewników balonowych Sprinter (Medtronic) o średnicy kolejno 1,5 mm oraz 2,25 mm, rozprężanych do ciśnienia 10 atm w obrębie stentu, przywracając przepływ do dystalnej części naczynia. Kolejny etap zabiegu to wprowadzenie prowadnika typu BMW (Abbott Vascular) dystalnie do gałęzi marginalnej 1. oraz użycie 2,5-milimetrowego balonika Sprinter (Medtronic) do stopniowego poszerzenia (ciśnienia 8–12 atm) LCX, w tym jej dystalnej części. Zabieg zakończono cewnikiem balonowym (Sprinter, Medtronic) o średnicy 3,0 mm, rozprężonym wzdłuż stentu do ciśnienia 14 atm. W efekcie uzyskano pełne odtworzenie światła naczynia oraz bardzo dobry przepływ (TIMI 3).

W badaniach laboratoryjnych widoczna była typowa dynamika markerów sercowych (troponina I maksymalnie > 50 ng/ml, CK-MB maksymalnie 175 ng/ml) oraz niski poziom markerów aktywności zapalnej.

Chora została wypisana do domu w 4. dobie hospitalizacji w stanie ogólnym dobrym, otrzymała „wzmocnione” leczenie przeciwplatekcyjne (ASA 150 mg/dobę, kłopidogrel 150 mg/dobę). Kontrolne badanie EKG ujawniło powrót do stanu z okresu pierwszej hospitalizacji, natomiast badanie echokardiograficzne wykazało nieco obniżoną LVEF (ok. 48%), obecność akinezy w segmentach bocznych: podstawnym i środkowym, oraz niedomykalność mitralną III stopnia.

Po 6 tygodniach wykonano elektrokardiograficzną próbę wysiłkową, po której kobieta została zakwalifikowana do dalszego leczenia zachowawczego (obciążenie 10 MET, brak cech niedokrwienia nad dolną ścianą).