

Rewaskularyzacja wieńcowa w ostrym zespole wieńcowym u pacjentki po pomostowaniu aortalno-wieńcowym

Percutaneous coronary intervention in a patient after CABG with acute coronary syndrome

Tomasz Pawłowski, Artur Zalewski

Ośrodek Kardiologii Interwencyjnej Allenort, Ełk

Kardiologia Pol 2010; 68: 112-114

Przedstawiamy przypadek 75-letniej kobiety przyjętej do Ośrodka Kardiologii Interwencyjnej z powodu podejrzenia ostrego zespołu wieńcowego (OZW).

Chora była diagnozowana w Ośrodku pół roku wcześniej z powodu niestabilnej duszniczy bolesnej. Wykonana wówczas koronarografia wykazała ciasne zwężenie pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej, zarówno w jego części proksymalnej, jak i dystalnej, a także istotne zwężenie w środkowym segmencie prawej tętnicy wieńcowej. W wyniku pilnej konsultacji kardiologicznej pacjentkę po leczeniu stabilizacyjnym przekazano do Kliniki Kardiologii w Białymstoku, gdzie kilka dni później została poddana operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG). Po zakończeniu rehabilitacji została wypisana do domu i do dnia ponownego przyjęcia do Ośrodka Kardiologii Interwencyjnej nie odczuwała dolegliwości stenokardialnych ani objawów niewydolności serca.

W momencie przybycia do Izby Przyjęć chora zgłaszała kilkugodzinny ból w klatce piersiowej o stałym charakterze, zlokalizowany po lewej stronie mostka, a ponadto niewielką duszność. Niestety pacjentka nie zabrała ze sobą dokumentacji lekarskiej, ani z pobytu w Ośrodku Kardiologii Interwencyjnej, ani z Kliniki Kardiologii. W wykonanym EKG stwierdzono blok lewej odnogi pęczka Hisa, bez żadnych dodatkowych cech mogących nasuwać podejrzenie OZW z uniesieniem odcinka ST. Korzystając z archiwum przyszpitalnego, stwierdzono, że blok lewej odnogi był obecny już pół roku wcześniej, aczkolwiek obniżenia odcinka ST wydawały się obecnie większe niż poprzednio. Rodzinę chorej poproszono o jak najszybsze dostarczenie wypisu kardiologicznego. W tym czasie u chorej włą-

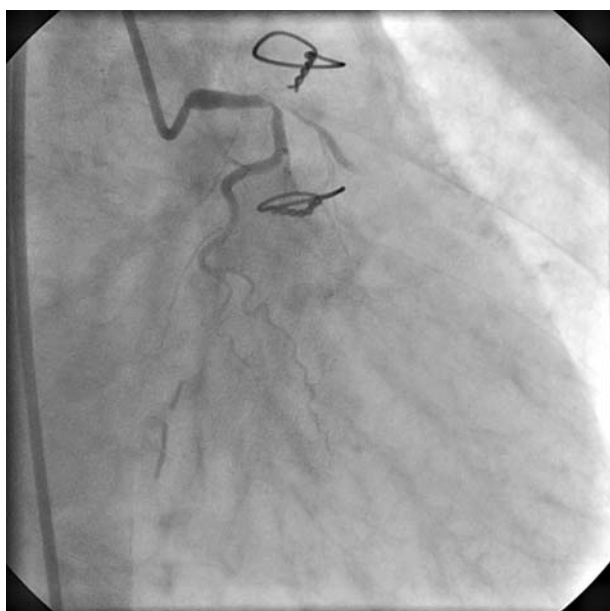
czono leczenie przeciwzakrzepowe i przeciwplatekcyjne oraz wykonano podstawowe badania markerów biochemicznych i badanie echokardiograficzne. To ostatnie wykazało znaczne, nowe zaburzenia kurczliwości w stosunku do badania poprzedniego, a także wykluczyło rozwarstwienie aorty i zatorowość płucną jako przyczynę dolegliwości. Zaraz po badaniu echokardiograficznym zespół lekarski otrzymał wyniki laboratoryjne chorej (znamienne podwyższenie stężenia troponiny I) oraz dostarczoną przez rodzinę dokumentację medyczną. Analizując kartę wypisową z Kliniki Kardiologii, stwierdzono, że chora miała wszczepione 3 pomosty żyłne, kolejno do: tętnicy zstępującej przedniej, gałęzi okalającej i prawej tętnicy wieńcowej.

Z powodu stałego bólu w klatce piersiowej chorą zakwalifikowano do pilnej koronarografii, która wykazała: zwężenie pnia lewej tętnicy wieńcowej, zamkniętą w ujściu tętnicę przednią zstępującą oraz ciasno zwężoną w ujściu gałąź okalającą lewą (Rycina 1.). Selektywne podanie kontrastu do pierwszego znalezionej pomostu aortalno-wieńcowego wykazało „wysokie” wypełnienie się tętnicy zstępującej, na końcu którego można było stwierdzić charakterystyczny kikut świeżego zamknięcia naczynia (Rycina 2.). Następnie podano kontrast do prawej tętnicy wieńcowej i stwierdzono zwężenie naczynia w jego środkowej części oraz wypełniający się pomost żylny typu *jump*, zaopatrujący prawą tętnicę wieńcową oraz gałąź marginalną. Na końcu tego pomostu stwierdzono kikut z obrazem prawdopodobnie świeżego zamknięcia (Rycina 3.). Trzeciego pomostu żylnego nie udało się znaleźć.

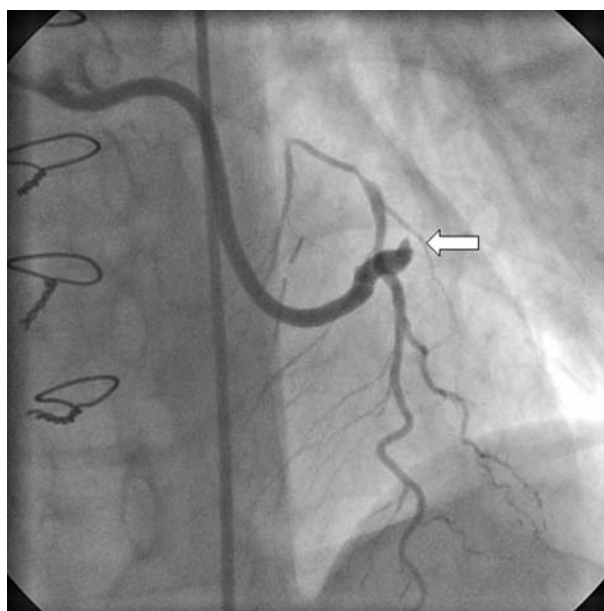
Wobec tego operator podjął decyzję o próbie udrożnienia pomostu żylnego zaopatrującego pierwotnie prawą tę-

Adres do korespondencji:

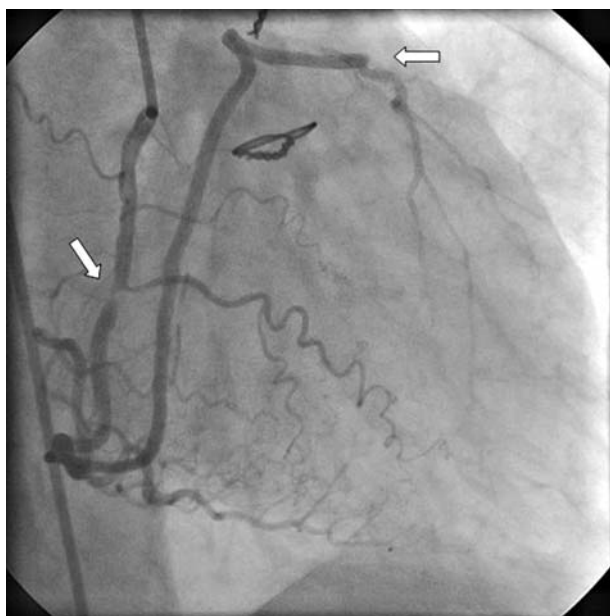
dr n. med. Tomasz Pawłowski, Ośrodek Kardiologii Interwencyjnej Allenort, ul. Baranki 24, 19-300 Ełk, tel.: +48 87 621 97 47, e-mail: pawtom@gmail.com



Rycina 1. Obraz angiograficzny lewej tętnicy wieńcowej. Widoczny pień lewej tętnicy wieńcowej, brak zacięniowania tętnicy przedniej zstępującej oraz szczątkowe wypełnienie tętnicy okalającej lewej



Rycina 2. Pomost aortalno-wieńcowy wypełniający tętnicę zstępującą przednią. Strzałka wskazuje prawdopodobne miejsce zamknięcia



Rycina 3. Obraz prawej tętnicy wieńcowej oraz część pomostu żylnego. Strzałki wskazują prawdopodobne miejsce zamknięcia oraz zwężenie w prawej tętnicy wieńcowej

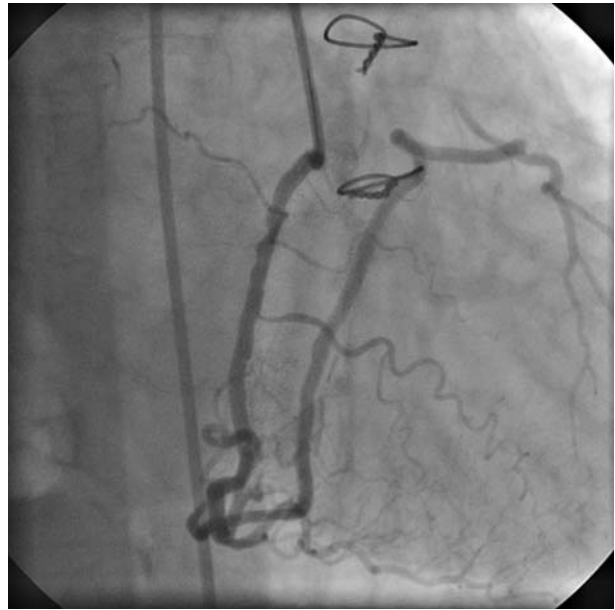


Rycina 4. Próba udrożnienia pomostu żylnego od prawej tętnicy wieńcowej

nicę wieńcową. Pomimo wielu prób, ze strony ujścia pomostu oraz wstecznie od prawej tętnicy wieńcowej, nie udało się udrożnić naczynia (Rycina 4.). Podczas jednej z prób końcówka przewodnika angioplastycznego wychodziła poza obrys serca. Nie mając pewności co do przebiegu pomostu żył-

nego oraz obawiając się perforacji, operator odstąpił od takiej próby rewaskularyzacji. W celu poprawy perfuzji ściany dolnej i bocznej (nowe zaburzenia kurczliwości) wykonano zabieg angioplastyki z implantacją stentu do prawej tętnicy wieńcowej z dobrym efektem (Rycina 5.).

Kilka godzin później u chorej ustąpiły dolegliwości stenokardialne, a znamienne podwyższone stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego stopniowo ulegały normalizacji. Po 5 dniach rehabilitacji chora w stanie dobrym została wypisana do domu. Kontrolna wizyta ambulatoryjna 3 miesiące po zabiegu PCI potwierdziła dobry stan ogólny oraz brak dolegliwości stenokardialnych i objawów niewydolności serca.



Rycina 5. Wynik zabiegu implantacji stentu wieńcowego (Lekton 3,0 × 18 mm, Biotronik) rozprężonego pod ciśnieniem 14 atm w środkowym segmencie prawej tętnicy wieńcowej