

Podejrzenie ostrego zespołu wieńcowego u pacjentki z twardziną układową

Suspected acute coronary syndrome in a patient with systemic scleroderma

Aneta I. Gziut

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa

Abstract

We present a case of a 53-year-old female with systemic scleroderma who was admitted to the hospital due to suspected acute coronary syndrome. Coronary angiography revealed normal coronary arteries.

Key words: scleroderma, acute coronary syndrome

Kardiologia Polska 2009; 67: 804-805

Prezentujemy przypadek 53-letniej chorej przekazanej z Kliniki Dermatologii do Kliniki Kardiologii Inwazyjnej Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie z wstępnym rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia odcinka ST.

Opis przypadku

U omawianej chorej przed 27 laty rozpoznano twardzinę układową. Obecnie była hospitalizowana w Klinice Dermatologii z powodu owrzodzeń palców stóp, podudzi oraz samoistnej amputacji dystalnych paliczków obu dłoni.

W trakcie hospitalizacji chora zgłosiła uczucie pieczenia zlokalizowane zamostkowo i promieniujące do szyi. Dolegliwości te utrzymywały się ponad godzinę. Podobny epizod wystąpił także dzień wcześniej, ponieważ jednak ustąpił samoistnie po kilkunastu minutach, chora nie poinformowała o nim lekarza. Z relacji kobiety wynika, że dolegliwości bólowe o podobnym charakterze występowały okresowo od ponad 2 lat, ale wywoływane były wysiłkiem fizycznym (CCS II). Ponieważ w tych sytuacjach chora odczuwała szybką, nieregularną pracę serca, lekarz rodzinny włączył do leczenia beta-adrenolityk (metoprolol 2 × 25 mg).

W EKG wykonanym podczas omawianego epizodu stwierdzono obniżenie o 1 mm odcinka ST w odprowadzeniach V₅-V₆. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono pod-

wyższenie wartości markerów martwicy serca (CKMB 38 IU/l, TnI 0,46 ng/dl), jednak poziom CPK nie przekraczał granic normy (91 IU/l). W zapisie EKG zarejestrowano rozlane zaburzenia repolaryzacji komorowej. Po konsultacji kardiologicznej chorą przekazano na oddział intensywnej opieki kardiologicznej (OIOK) tutejszego szpitala.

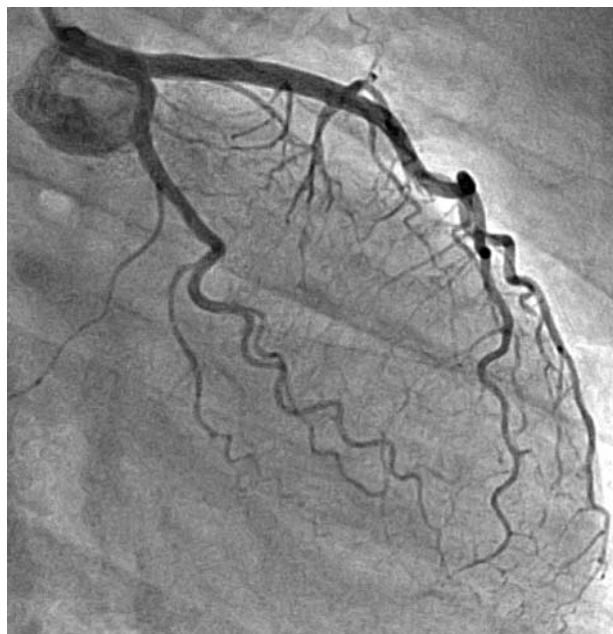
Przy przyjęciu na OIOK stan chorej był stabilny. Kobieta negowała dolegliwości stenokardialne. W wykonanym przy przyjęciu EKG nie stwierdzono ewidentnych cech niedokrwienia mięśnia sercowego. Badanie echokardiograficzne nie wykazało powiększonych jam serca, a jedynie niewielką niedomykalność mitralną i aortalną. Stwierdzono przy tym, zwłaszcza na płatkach zastawki dwudzielnej, zwłóknienia i zmiany zwyrodnieniowe. W osierdziu stwierdzono niewielką ilość płynu, a frakcję wyrzutową lewej komory oceniono na 65%.

Ze względu na dalszy wzrost wartości markerów sercowych (CKMB 48 IU/l, TnI 0,66 ng/dl) chorą zakwalifikowano jednak do diagnostyki inwazyjnej tętnic wieńcowych.

W wykonanej w trybie pilnym koronarografii stwierdzono prawidłowy obraz tętnic wieńcowych (Ryciny 1. i 2.). W trakcie hospitalizacji w Klinice Kardiologii dolegliwości stenokardialne się nie powtórzyły. Kolejne badania laboratoryjne wykonane w dniu następnym ujawniły prawidłowe wartości CPK (81 IU/l) i CKMB (15 IU/l), utrzymywał się

Adres do korespondencji:

dr n. med. Aneta I. Gziut, Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa, tel.: +48 22 508 11 00, faks: +48 22 508 11 77, e-mail: anetagziut@poczta.onet.pl



Rycina 1. Angiografia lewej tętnicy wieńcowej



Rycina 2. Angiografia prawej tętnicy wieńcowej

jednak nieznacznie podwyższony poziom TnI (0,38 ng/dl). W monitorowanym EKG nie stwierdzono zaburzeń rytmu i przewodzenia. Do leczenia włączono kwas acetylosalicylowy, simwastatynę, trimetazydynę oraz odstawiono beta-adrenolityk. Ponieważ w 24-godzinnym badaniu holterowskim EKG stwierdzono dodatkowe pobudzenia pochodzenia zarówno nadkomorowego, jak i komorowego, do leczenia włączono werapamil (3 × 40 mg).

Po 3-dniowym pobycie na OIOK chorą przekazano do Kliniki Dermatologii w celu dalszego leczenia. Z informacji uzyskanej od dermatologów, pod których opieką znajduje się kobieta, wiadomo, iż wymagała zwiększenia dawki werapamilu (łącznie 360 mg). Mimo to w dalszym ciągu u chorej występują pojedyncze epizody stenokardii wysiłkowej.