

Ostry zespół wieńcowy u kobiety z wielopoziomową miażdżycą

Acute coronary syndrome in a female patient with multilevel atherosclerosis

Elżbieta Wróbel, Aneta I. Gziut, Rafał Krzyżewski

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa

Abstract

A case of 74-years-old woman who was admitted to Department of Interventional Cardiology due to acute coronary syndrome is presented. The multilevel atherosclerosis was diagnosed. The patient was successfully treated with two-stage percutaneous coronary and peripheral revascularisation. During 6-months follow-up patient was in good condition.

Key words: multilevel atherosclerosis, percutaneous revascularisation

Kardiologia Polska 2009; 67: 1287-1290

Przedstawiamy przypadek 74-letniej kobiety przyjętej do Kliniki z wstępnym rozpoznaniem zawału serca bez uniesienia odcinka ST.

Opis przypadku

Chora z obciążonym wywiadem rodzinnym, wieloletnia palaczka papierosów, do czasu omawianej hospitalizacji nie przyjmowała przewlekłe żadnych leków. Od 5 miesięcy odczuwała wysiłkowe dolegliwości stenokardialne, które bagatelizowała. W dniu przyjęcia do szpitala chora zastała, a następnie na krótko straciła przytomność. Epizod ten był poprzedzony bólem zamostkowym o charakterze ucisku. Po odzyskaniu przytomności pacjentka czuła się dobrze i nie miała żadnych dolegliwości bólowych. Dlatego też nikogo o zaistniałym epizodzie nie powiadomiła. Po 5 godz. od omdlenia chora zaczęła odczuwać zawroty głowy oraz nasilające się osłabienie, jednak dopiero po ok. 12 godz. od incydentu zgłosiła się na szpitalny oddział ratunkowy (SOR).

Przy przyjęciu na SOR kobieta nie odczuwała dolegliwości stenokardialnych. W wykonanym wówczas EKG wykazano 5-milimetrowe obniżenie odcinka ST w odprowadzeniach znad ściany przedniej. Po uzyskaniu wyników badań laboratoryjnych, w których stwierdzono podwyższone stężenia markerów martwicy serca (CKMB 288 IU/l, Tnl 111,00 ng/ml), chorą przekazano na oddział intensywnej opieki kardiologicznej (OIOK) Kliniki Kardiologii Inwazyjnej.

W chwili przyjęcia na OIOK stan chorej był stabilny (częstotliwość pracy serca – HR 85/min). W badaniu przedmiotowym z odchyłen stwierdzono szmer nad prawą tętnicą

szyjną, brak tętna na lewej kończynie górnej oraz różnicę wartości ciśnienia tętniczego pomiędzy obiema kończynami górnymi (110/60 mmHg – prawa, 90/50 mmHg – lewa kończyna). Obie kończyny górne prawidłowo ucieplone, chora nie zgłaszała żadnych związanych z nimi dolegliwości bólowych. Ponadto zwracała uwagę rozległy obszar patologicznego tętnienia i szmeru naczyniowego po lewej stronie śródbrzusza. W wykonanym zapisie EKG obserwowano normalizację odcinka ST. W kolejnych badaniach laboratoryjnych stwierdzono zmniejszenie stężenia markerów sercowych (CKMB 190 IU/l, Tnl 80 ng/ml).

Po analizie stanu klinicznego chorej, zapisu EKG oraz wyników badań dodatkowych nie podjęto leczenia inwazyjnego w trybie ostrego dyżuru. Zastosowano leczenie zachowawcze: kwas acetylosalicylowy (ASA), kłopidogrel, heparynę drobnocząsteczkową, ramipryl, beta-adrenolityk oraz statynę. Wykonano badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej, w którym oprócz miażdżycowo zmienionej aorty nie uwidoczono żadnej patologii. W USG tętnic szyjnych stwierdzono natomiast odwrócony, odgłowy, bez fazy końcoworozkurczowej przepływ w tętnicy kręgowej po stronie lewej. W badaniu echokardiograficznym wykazano zaburzenia kurczliwości lewej komory w postaci akinezy segmentu środkowego ściany dolnej, tylnej i podstawnego segmentu dolnej części przegrody międzykomorowej oraz hipokinezy ich pozostałych segmentów. Frakcję wyrzutową lewej komory oceniono na 43%.

W kolejnych dniach chora nie odczuwała dolegliwości stenokardialnych. W 3. dobie hospitalizacji zaplanowano

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

wykonanie koronarografii. Z uwagi na brak tętna na lewej kończynie górnej badanie wykonano z dościa przez prawą tętnicę promieniową. Badanie potwierdziło 70-procentowe zwężenie w ujściu pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej, 70-procentowe zwężenie w gałęzi przedniej zstępującej oraz zamkniętą w segmencie proksymalnym gałąź okalającą, z obwodem wypetniającym się przez homokolaterale (Rycina 1.). Ponadto uwidoczniło 60-procentowe zwężenie w ujściu prawej tętnicy wieńcowej i następnie jej zamknięcie pod koniec segmentu proksymalnego (Rycina 2.). Z powodu trudności w przejściu cewnikiem wykonano arteriografię tętnicy podobojczykowej prawej i stwierdzono ciasne (ok. 85%) zwężenie w jej ujściu (Rycina 3.), natomiast podanie kontrastu w łuku aorty ujawniło niedrożność w ujściu tętnicy podobojczykowej lewej (Rycina 4.).

Opis zabiegu

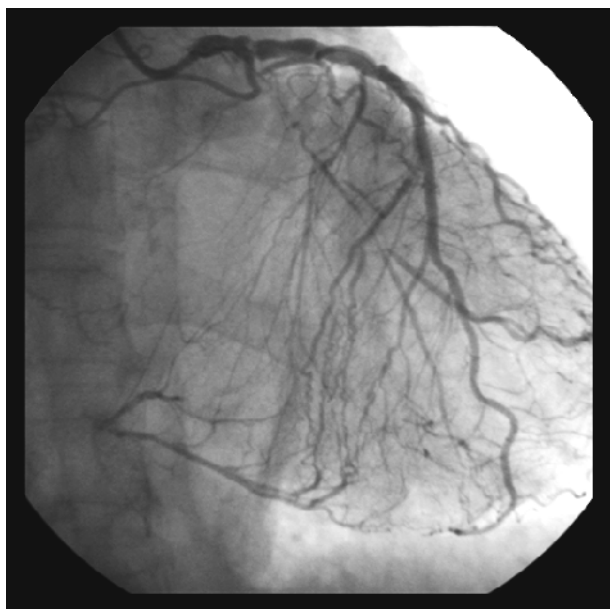
Operator po analizie wszystkich danych klinicznych oraz angiograficznych zdecydował się na zabieg stentowania pnia głównego oraz gałęzi przedniej zstępującej. Z uwagi na zaobserwowane problemy z kaniulacją lewej tętnicy wieńcowej podjęto decyzję o wykonaniu zabiegu z dostępu przez prawą tętnicę udową. Po jej nakłuciu operator miał jednak problemy z manipulacją cewnikiem pro-

wadzącym. Podanie kontrastu wykazało obecność 90-procentowego zwężenia ujścia prawej tętnicy biodrowej wspólnej (Rycina 5.). Ostatecznie zabieg wykonano z dostępu przez lewą tętnicę udową.

W pierwszym etapie zabiegu w obrębie pnia głównego i początkowego odcinka gałęzi przedniej zstępującej wykonano predylatację cewnikiem balonowym, a następnie implantowano stent metalowy 4,0 mm o długości 20 mm (Rycina 6.). W drugim etapie w ujście prawej tętnicy podobojczykowej wszczepiono stent 14 mm o średnicy 6,0 mm (Rycina 7.). W sumie użyto 380 ml środka kontrastującego (Visipaque, Bayer AG).

Po zabiegu stan chorej był stabilny. Podczas dalszego pobytu w Klinice kobieta została poddana rehabilitacji. W badaniach laboratoryjnych obserwowano normalizację poziomu markerów sercowych, nie stwierdzono istotnego wzrostu stężenia kreatyniny. Po 6 dniach hospitalizacji chorą w dobrym stanie wypisano do domu. W wykonanym w dniu wypisu EKG nie stwierdzono zmian niedokrwiennych. Chorej zalecono przyjmowanie: ASA, kłopidogrelu, ramiprylu, metoprololu, eplerenonu, atorwastatyny oraz estrów wielonienasyconych kwasów tłuszczowych.

Po 2 miesiącach od pierwszej hospitalizacji kobieta została planowo przyjęta do szpitala w celu wykonania kontrolnej koronarografii oraz ewentualnego zabiegu angio-



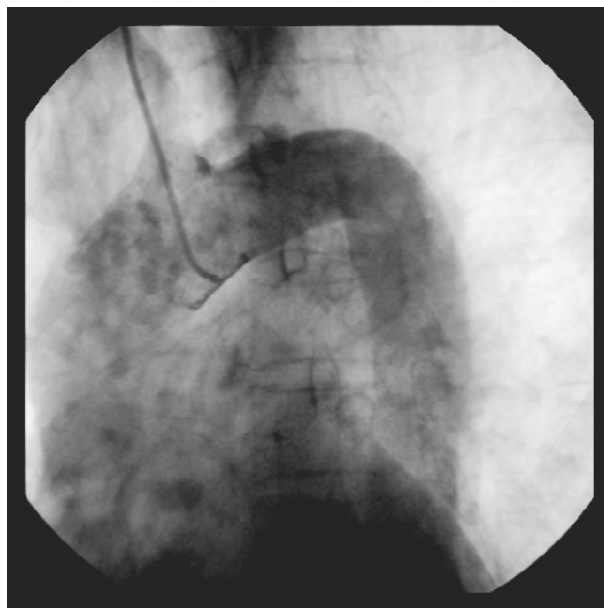
Rycina 1. Angiogram lewej tętnicy wieńcowej w projekcji lewej dogłowej. Zwraca uwagę istotne zwężenie w ujściu pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej, 70-procentowe zwężenie w gałęzi przedniej zstępującej oraz zamkniętą w segmencie proksymalnym gałąź okalającą, z obwodem wypetniającym się przez homokolaterale. Ponadto widoczne końcowe gałęzie prawej tętnicy wieńcowej



Rycina 2. Nieselektywny angiogram prawej tętnicy wieńcowej uzyskany w wyniku aortografii. Widoczne 60-procentowe zwężenie w ujściu prawej tętnicy wieńcowej i jej zamknięcie pod koniec segmentu proksymalnego



Rycina 3. Podanie kontrastu do końcowego odcinka prawej tętnicy podobojczykowej ujawniło obecność ciasnego (ok. 85%) zwężenia w jej ujściu, tuż powyżej odejścia tętnicy szyjnej wspólnej prawej



Rycina 4. Podanie kontrastu do łuku aorty ujawniło niedrożność w ujściu tętnicy podobojczykowej lewej



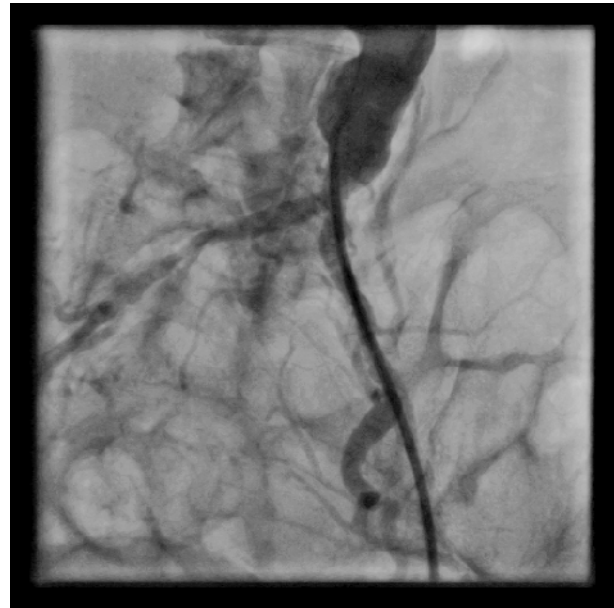
Rycina 5. Podanie kontrastu do dolnego odcinka aorty brzusznej wykazało obecność 90-procentowego zwężenia ujścia prawej tętnicy biodrowej wspólnej



Rycina 6. Angiogram lewej tętnicy wieńcowej po implantacji stentu stalowego (4,0 × 20 mm) w obrębie pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej i początkowego odcinka gałęzi przedniej zstępującej



Rycina 7. Obraz angiograficzny po implantacji stentu stalowego (6,0 × 14 mm) w ujście prawej tętnicy podobojczykowej w drugim etapie pierwotnego zabiegu



Rycina 8. Wynik wszczepienia w ujście zwężonej prawej tętnicy biodrowej wspólnej stentu metalowego 12 mm o średnicy 6,0 mm w ocenie angiograficznej

plastyki w istotnie zwężonej prawej tętnicy biodrowej wspólnej. Chora negowała dolegliwości stenokardialne oraz chromanie przestankowe. Przy przyjęciu w badaniu przedmiotowym ciśnienie tętnicze wynosiło 125/70 mmHg, HR 65/min. W EKG nie stwierdzono niedokrwienia mięśnia sercowego.

Koronarografia nie wykazała restenozы w stencie implantowanym do pnia głównego oraz w ujściu prawej tętnicy podobojczykowej. W następnym etapie w ujście zwę-

żonej prawej tętnicy biodrowej wspólnej implantowano stent 12 mm o średnicy 6,0 mm, odtwarzając w pełni światło naczynia (Rycina 8.).

Następnego dnia po zabiegu chorą wypisano do domu z zaleceniem kontynuowania dotychczasowego leczenia. Podczas kolejnych wizyt w poradni przyklinicznej (3 i 6 miesięcy po plastyce tętnicy biodrowej) pacjentka nadal negowała jakiegokolwiek dolegliwości.