

Przemijające uniesienie odcinka ST u chorej po przebytych zawale serca leczonym inwazyjnie bez zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych

Transient ST-segment elevation in a patient after myocardial infarction with normal coronary arteries

Janusz Bednarski, Paweł Komorowski, Marek Stopiński

Pododdział Kardiologii, Szpital Zachodni im. Jana Pawła II, Grodzisk Mazowiecki

Kardiologia Pol 2008; 66: 214–215

Prezentujemy przypadek 59-letniej kobiety skierowanej do Kliniki Kardiologii Inwazyjnej z wstępnym rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego (ACS) z przemijającym uniesieniem odcinka ST nad ścianą przednią.

Opis przypadku

Prezentowana chora zgłosiła się do szpitala rejonowego z powodu nawracających od ok. 3 godz. bólów zamostkowych, promieniujących do okolicy międzyłopatkowej i barków, dobrze reagujących na przyjmowaną podjęzykowo nitroglicerynę.

Od kilku dni chora skarżyła się na pogorszenie tolerancji wysiłku. Z tego też powodu zgłosiła się do gabinetu kardiologicznego, gdzie w wykonanym 2 dni przed przyjęciem do szpitala badaniu EKG stwierdzono ujemne załamki T w odprowadzeniach V_1 – V_4 .

W wywiadach przebyty w 2002 r. zawał serca bez załamki Q ściany przednio-bocznej i wykonana miesiąc później angioplastyka 90% zwężenia w ujściu gałęzi przedniej zstępującej (GPZ), z implantacją stentu. W przeszłości również nadżerkowe zapalenie błony śluzowej żołądka.

Chora była leczona przewlekłe z powodu łagodnego nadciśnienia tętniczego ramiprylem 5 mg/dobę. Poza tym przyjmowała bisoprolol 5 mg/dobę, kwas acetylosalicylowy (ASA) 75 mg/dobę, kłopidogrel 75 mg/dobę (od 3 mies. – lek włączony przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) oraz atorwastatynę w dawce 40 mg/dobę. Dwa tygodnie wcześniej zakończyła przyjmowanie serii iniekcji domięśniowych z diklofenakiem i witaminą B_{12} z powodu objawów rwy kulszowej.

Występujące przy przyjęciu bóle zamostkowe wg chorej swym charakterem przypominały bóle zawałowe sprzed 5 lat, były tylko nieco słabsze i krótsze.

W wykonanym w szpitalu rejonowym EKG w czasie bólu stwierdzono uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach V_1 – V_3 maksymalnie do 2,5 mm, sugerujące ostre niedokrwienie ściany przedniej. Potwierdzeniem tego mogły być stwierdzone w przyłóżkowym badaniu echokardiograficznym, nowe w stosunku do opisywanych w 2002 r. zaburzenia kurczliwości lewej komory w postaci hipokinezy podstawnego i środkowego segmentu ściany przedniej i przegrody międzykomorowej. Poza tym stwierdzono małe niedomykalności wszystkich zastawek.

Chorej podano dożylny bolus heparyny niefrakcjonowanej 5000 j., 300 mg ASA, 75 mg kłopidogrelu oraz 5 mg metoprololu *i.v.*; w krótkim czasie uzyskano istotne zmniejszenie dolegliwości dławicowych oraz powrót odcinka ST w odprowadzeniach V_1 – V_3 do linii izoelektrycznej.

W związku z powyższym obrazem klinicznym, wywiadem angioplastyki w proksymalnym odcinku GPZ, co – wobec uniesień odcinka ST w odprowadzeniach V_1 – V_3 – mogło nasuwać podejrzenie redukcji światła w stentowanym odcinku GPZ lub świadczyć o skurczu poddanego angioplastyce naczynia, jak również z uwagi na nieprawidłowy wynik oznaczonego przy przyjęciu izoenzymu MB kinazy kreatyniny (CK-MB) (masa 12,45 ng/ml, norma do 2,88 ng/ml) zdecydowano o przekazaniu chorej do ośrodka pełniącego 24-godzinny dyżur kardiograficzny.

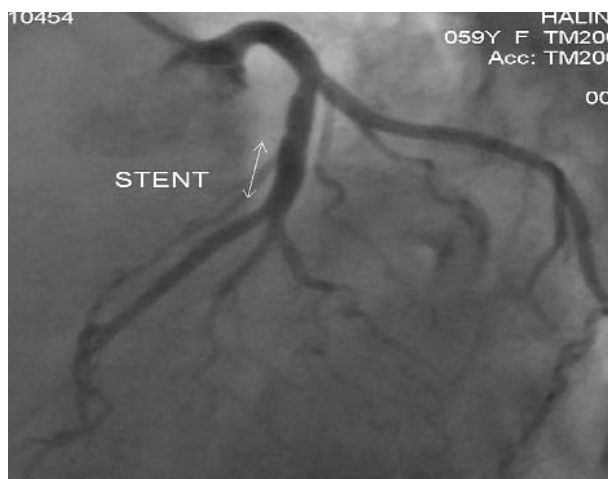
Po przewiezieniu do tutejszej Kliniki u chorej wykonano w trybie pilnym koronarografię, w której stwierdzono

Adres do korespondencji:

lek. med. Janusz Bednarski, Pododdział Kardiologii, Szpital Zachodni im. Jana Pawła II, ul. Daleka 11, 05-825 Grodzisk Mazowiecki, tel: +48 22 755 90 25, faks: +48 22 755 90 12, e-mail: kardiologia@szpitalzachodni.pl



Rycina 1. Angiogram lewej tętnicy wieńcowej omawianej chorej uzyskany w czasie kontrolnej koronarografii. Zwracają uwagę gładkie obrysy ścian oraz brak zmian obustronnych



Rycina 2. Angiogram lewej tętnicy wieńcowej omawianej chorej w innej projekcji. Strzałka wskazuje lokalizację stentu implantowanego w 2002 r.



Rycina 3. Angiogram prawej tętnicy wieńcowej omawianej chorej. Widoczne gładkie obrysy jej ścian oraz brak zwężeń miażdżycowych

prawidłowy obraz naczyń wieńcowych oraz dobry efekt angioplastyki sprzed 5 lat (Ryciny 1–3.).

Po przeniesieniu chorej na OIOK ponownie stwierdzono uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach V_1 – V_3 do 2 mm, jednak tym razem bez nawrotu dolegliwości stenokardialnych. Kontynuowano więc leczenie ASA, klopidogrelem, statyną, enoksaparyną i ramiprylem oraz dołączono omeprazol. W dalszej obserwacji stan chorej był dobry, dolegliwości dławicowe nie nawracały. Wartości enzymów wskaźnikowych dla martwicy mięśnia sercowego wynosiły maksymalnie: fosfokinaza kreatyniny 300 U/l, CK-MB 28 U/l (norma <25 U/l) oraz troponina I 0,50 ng/ml (norma do 0,20 ng/ml). W kolejnym badaniu echokardiograficznym stwierdzono utrzymywanie się zaburzeń kurczliwości o poprzednio opisywanej lokalizacji. Frakcję wyrzutową oszacowano na 52%. Chorą w 5. dobie hospitalizacji w dobrym, stabilnym stanie ogólnym wypisano do domu. W wypisowym badaniu EKG stwierdzono przetrwałe uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach V_1 – V_3 do 2 mm. W okresie 5 mies. obserwacji chora nie skarżyła się na nawrót wyżej opisanych dolegliwości klinicznych. W kontrolnym echokardiogramie stwierdzono niewielką poprawę kurczliwości lewej komory.