

## Bezobjawowa przetoka wieńcowa ujawniona w trakcie zabiegu angioplastyki wieńcowej wykonanego w ostrym zespole wieńcowym

Asymptomatic coronary fistula disclosed during angioplasty performed due to acute coronary syndrome

Aneta I. Gziut, Tomasz Kulawik, Marcin Młotek

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa

Kardiologia Polska 2008; 66: 105–107

Przedstawiamy przypadek 46-letniej chorej przekazanej ze szpitala rejonowego w ramach ostrego dyżuru hemodynamicznego ze wstępnym rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego z uniesieniem odcinka ST.

### Opis przypadku

Kobieta 46-letnia, dotychczas nielecząca się z powodu chorób układu naczyniowego, zgłosiła się do Izby Przyjęć szpitala rejonowego z powodu dolegliwości bólowych zlokalizowanych w okolicy serca. Swoje dolegliwości chora określiła jako rozpieranie promieniujące do żuchwy. Ich natężenie było tak intensywne, że obudziły chorą.

W EKG wykonanym w izbie przyjęć wspomnianego szpitala stwierdzono uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach  $V_3$ – $V_4$ . Ponieważ w chwili zgłoszenia się chorej nie był możliwy transport do ośrodka pełniącego dyżur hemodynamiczny, przyjęto ją na oddział kardiologiczny. Podano jej heparynę niefrakcjonowaną, kwas acetylosalicylowy (ASA), kłopidogrel, morfinę oraz nitroglicerynę podjęzykowo. Około 30 min od rozpoczęcia farmakoterapii u chorej ustąpiły dolegliwości stenokardialne. W wykonanym wówczas EKG nie stwierdzono wcześniej opisywanych zmian, tj. uniesienia odcinka ST. Jednak mimo kontynuowania leczenia farmakologicznego, po ok. 4 godz. wystąpił kolejny epizod stenokardii z jednoczesnym uniesieniem odcinka ST w EKG. Zarówno dolegliwości, jak i zmiany w EKG ustąpiły ponownie po nitroglicerynie. W otrzymanych badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższony poziom markerów sercowych (troponina I 0,461 ng/ml). Po konsultacji telefonicznej z lekarzem dyżurnym tutejszej Kliniki chorą przekazano w celu dalszej diagnostyki i leczenia.

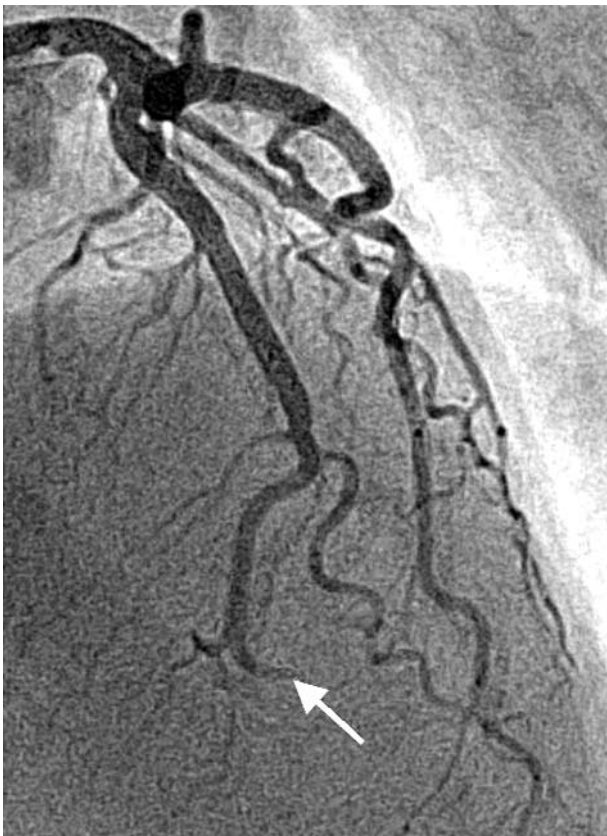
W chwili przyjęcia na Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) chora zgłaszała nieznaczne uczucie dyskomfortu w klatce piersiowej. W EKG stwierdzono 2-milimetrowe uniesienie odcinka ST i dwufazowe załamki T w odprowadzeniach  $V_2$ – $V_4$ . Chorą przekazano do pracowni hemodynamiki. Koronarografia ujawniła zamkniętą w dystalnym segmencie gałąź przednią zstępującą (GPZ) (Rycina 1). Zarówno w prawej tętnicy wieńcowej (Rycina 2.), jak i w gałęzi okalającej (Rycina 1.) nie stwierdzono istotnych zmian miażdżycowych. Bezpośrednio po badaniu diagnostycznym operator udroźnił zamknięte naczynie. Po wprowadzeniu lidera wieńcowego do obwodu naczynia wykonano predylatację cewnikiem balonowym o średnicy 2 mm (Sequent, Braun) pod ciśnieniem 8 atm. W kontrolnej koronarografii uwidoczniło się wypyływanie środka kontrastowego poza światło rewaskularyzowanego naczynia (Rycina 3.). Mimo stabilnego stanu klinicznego chorej, podejrzewając perforację tętnicy, wykonano badanie echokardiograficzne w pracowni hemodynamicznej. Badanie to nie wykazało płynu w worku osierdziowym. Uwidoczniło się jednak przepływy tętniczy do światła lewej komory (LV) w okresie jej rozkurczu (Rycina 4.). Ze względu na zwolniony przepływ w udroźnionym naczyniu operator podjął decyzję o kontynuowaniu zabiegu. Używając cewnika balonowego o średnicy 2,5 mm (Sequent, Braun), optymalizował efekt zabiegu. Mimo to nie uzyskano istotnej poprawy w przepływie krwi przez tętnicę (TIMI 2) (Rycina 5.). Ze względu na niewielki kaliber naczynia oraz lokalizację uprzedniego zamknięcia (obwodowy odcinek) odstąpiono od kontynuowania zabiegu i wszczęcia stentu.

Chorą w stabilnym stanie hemodynamicznym przekazano na OIOK. Od czasu odtworzenia przepływu w GPZ ustą-

---

### 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: kardiologia.inwazyjna@cskmswia.pl



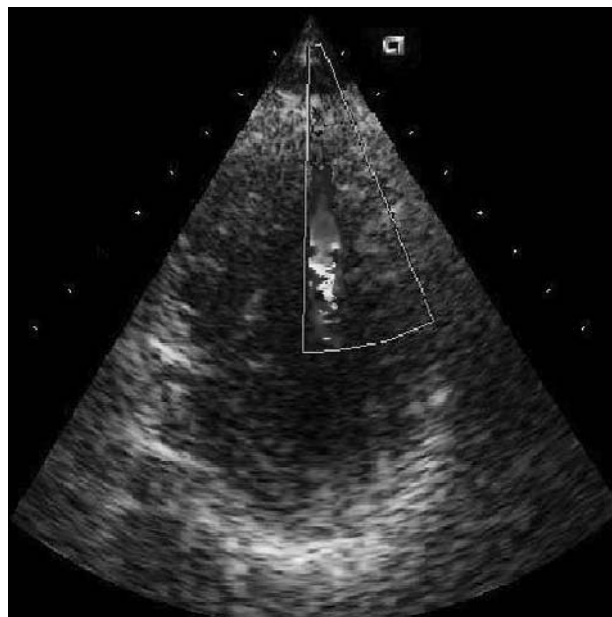
**Rycina 1.** Obraz angiograficzny lewej tętnicy wieńcowej – widoczna amputowana w segmencie dystalnym gałąź przednia zstępująca



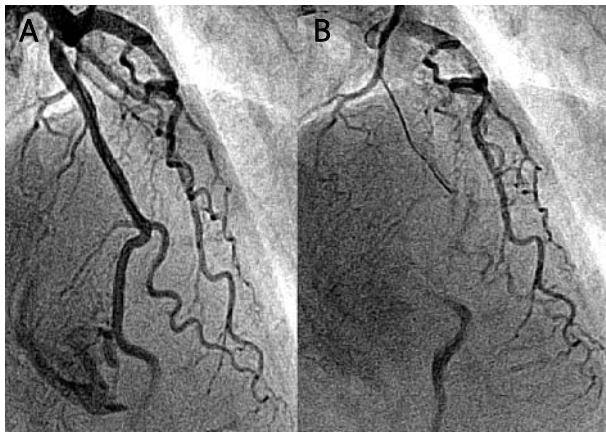
**Rycina 3.** Angiografia lewej tętnicy wieńcowej bezpośrednio po pierwszej predylatacji cewnikiem balonowym. Widoczna przetoka z tętnicy do lewej komory serca położona za miejscem uprzedniej amputacji. W rewaskularyzowanej tętnicy pozostaje lider naczyński



**Rycina 2.** Angiografia prawej tętnicy wieńcowej



**Rycina 4.** Obraz echokardiograficzny wykonany bezpośrednio po rewaskularyzacji gałęzi przedniej zstępującej

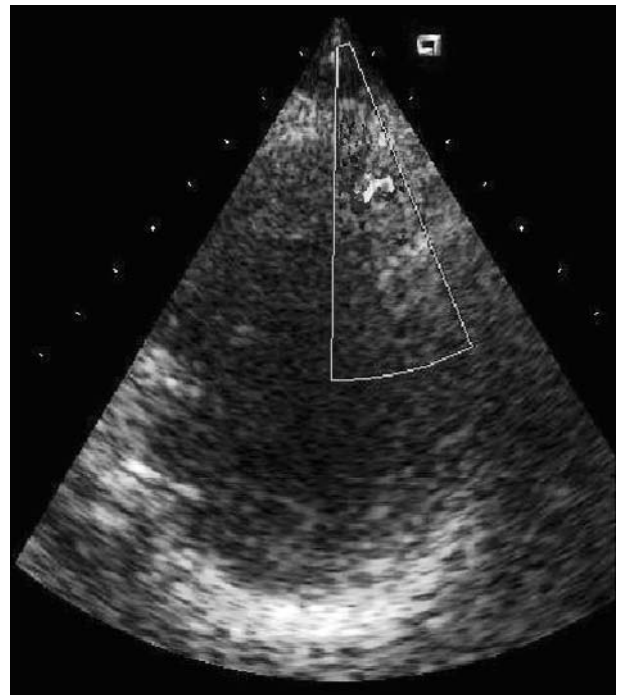


**Rycina 5.** Obraz angiograficzny lewej tętnicy wieńcowej bezpośrednio po zakończonym zabiegu przezskórnej angioplastyki gałęzi przedniej zstępującej. Zwraca uwagę zwolniony przepływ w obwodowym odcinku leczonego naczynia (**B** – widoczne zakontrastowanie krwi w odcinku dystalnym przy jednoczesnym braku środka kontrastującego w segmencie proksymalnym)



**Rycina 6.** Obraz lewej tętnicy wieńcowej w kontrolnej koronarografii wykonanej 2 mies. po zabiegu

pił dyskomfort w klatce piersiowej. W kolejnych zapisach EKG obserwowano ewolucję zawału serca typu non-Q ściany przedniej. W badaniu echokardiograficznym stwierdzono zaburzenia kurczliwości w postaci akinezy przykoniuszkowej połowy ściany przedniej, segmentu koniuszko-



**Rycina 7.** Obraz echokardiograficzny 2 mies. po zabiegu przezskórnej angioplastyki

wego i częściowo środkowego przedniego przegrody międzykomorowej wraz z hipokinezą całego koniuszka LV. Frakcję wyrzutową LV oceniono na 47%. Nie wykazano cech nadciśnienia płucnego. W 12. godz. od PCI stwierdzono maksymalny poziom wartości enzymów wskaźnikowych: CK-MB 103 IU/l, cTnI 22,84 ng/ml. W trakcie całego okresu hospitalizacji chora nie zgłosiła nawrotu dolegliwości stenokardialnych. W 6. dobie wypisano ją do domu, planując wykonanie kontrolnej koronarografii w celu oceny efektu zabiegu oraz ewentualnej kwalifikacji do zamknięcia przetoki wieńcowo-komorowej. W leczeniu zalecono: beta-bloker, inhibitor ACE, statynę, ASA + kłopidogrel.

Po 6 tygodniach od zabiegu chorą ponownie przyjęto do tutejszej Kliniki. Negowała występowanie dolegliwości wieńcowych, nie zauważyła też pogorszenia tolerancji wysiłku. W wykonanej kontrolnej koronarografii stwierdzono dobry efekt angioplastyki balonowej w GPZ z prawidłowym przepływem (TIMI 3). Operator wykonujący badanie stwierdził znacznie mniejszy przepływ krwi w przetoce wieńcowej w porównaniu z pierwszym badaniem (Rycina 6.). W badaniu echokardiograficznym stwierdzono zmniejszenie obszaru upośledzonej kurczliwości w porównaniu z badaniem sprzed 1,5 mies. Frakcja wyrzutowa LV wynosiła 50%. Również w badaniu echokardiograficznym wykazano zmniejszenie przepływu w przetoce (Rycina 7.). Ze względu zarówno na obraz kliniczny, jak i na wyniki wykonanych badań chorą zakwalifikowano do dalszego leczenia zachowawczego. Kontynuowano zaleconą poprzednio farmakoterapię.