

Ostry zespół wieńcowy u chorego z zaawansowaną niewydolnością serca

Acute coronary syndrome in patient with advanced heart failure

Marcin Protasiewicz¹, Arkadiusz Derkacz², Monika Przewłocka-Kosmala¹, Walentyna Mazurek¹

¹ Katedra i Klinika Kardiologii, Akademia Medyczna, Wrocław

² Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego, Akademia Medyczna, Wrocław

Kardiologia Pol 2007; 65: 1122-1124

Prezentujemy przypadek 58-letniego chorego z kardiomiopatią rozstrzeniową, przewlekłą niewydolnością serca, po implantacji kardiowertera-defibrylatora (AICD), przyjętego do ośrodka z powodu ostrego zespołu wieńcowego.

Opis przypadku

Omawiany chory od kilku lat miał stwierdzone znaczne powiększenie i uszkodzenie funkcji skurczowej lewej komory serca z frakcją wyrzutową 26%. Dwukrotnie, w latach 2002 i 2004, przebył zawał mięśnia serca (MI). Ze względu na utrwalony blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB) nie ustalono lokalizacji MI, a ich potwierdzeniem były typowe dolegliwości bólowe oraz wzrost enzymów nekrotycznych. Z powodu występowania częstoskurczów komorowych z towarzyszącą niestabilnością hemodynamiczną, w 2004 r. chory miał implantowany AICD. W wykonanej przed implantacją AICD koronarografii nie stwierdzono zmian organicznych w zakresie tętnic wieńcowych.

Obecnie chory trafił do ośrodka pełniącego 24-godzinny dyżur hemodynamiczny z powodu kolejnego incydentu bólowego oraz wzrostu troponiny I do wartości 136 ng/ml, z utrzymującym się LBBB, bez zmian EKG umożliwiających określenie lokalizacji MI. W wykonanej koronarografii uwidoczniono naczynia wieńcowe o gładkim obrysie, z utrzymującym się zakrzepem w zakresie bardzo silnie rozwiniętej tętnicy okalającej (Cx) oraz drugiej gałęzi marginalnej (OM), o typie zatoru „jeźdźca”

(Rycina 1). Zakrzep nie powodował zamknięcia tętnic, a jedynie ograniczał obwodowy przepływ w obu naczyniach – TIMI 2.

Ze względu na znaczne ryzyko embolizacji obwodu dużej Cx i dalsze pogorszenie ukrwienia silnie uszkodzonej lewej komory, podjęto decyzję o wykonaniu angioplastyki wieńcowej z zastosowaniem systemu do protekcji dystalnej GuardWire (Medtronic, Stany Zjednoczone). Po zabezpieczeniu gałęzi OM przewodnikiem do angioplastyki, na obwód Cx wprowadzono system protekcji i napełniono balonik systemu do średnicy 3 mm, zabezpieczając końcowy odcinek naczynia. Najpierw podjęto, niestety nieudaną, próbę odessania zakrzepu cewnikiem aspirującym. W związku z powyższym w miejscu zakrzepu Cx, metodą stentowania bezpośredniego (ang. *direct stenting*) implantowano stent Driver 3,5 × 18 (Medtronic, Stany Zjednoczone). Ze względu na brak widocznych zmian miażdżycowych w zakresie rozwidlenia tętnic stent został uplastowany w taki sposób, aby jego proksymalny koniec znajdował się tuż poniżej odejścia OM, co dawało możliwość ewentualnego zastosowania cewnika do aspiracji w razie uruchomienia zakrzepu i zamknięcia przepływu w drugim naczyniu. Po implantacji stentu i aspiracji ok. 20 ml krwi uzyskano pełne poszerzenie Cx z przywróceniem przepływu TIMI 3 w zakresie naczynia (Rycina 2.). Na specjalnym sitku wchodzącym w skład systemu zaobserwowano resztki rozkawałkowanej skrzepliny. Ze względu na zamknięcie OM, spowodowane oderwaniem skrzepliny, do naczynia wprowadzono cewnik aspirujący zestawu GuardWire i po odessaniu kolejnych 20 ml krwi

Adres do korespondencji:

dr n. med. Arkadiusz Derkacz, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego, Akademia Medyczna, ul. Pasteura 4, 50-367 Wrocław, tel.: +48 71 327 09 54, e-mail: aderkacz@chirs.am.wroc.pl



Rycina 1. Koronarografia lewej tętnicy wieńcowej. Widoczna skrzeplina na rozwidleniu gałęzi okalającej i marginalnej



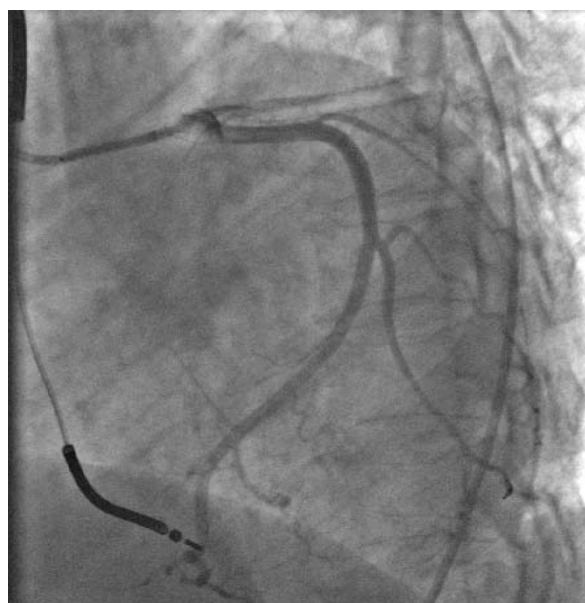
Rycina 2. Po zabiegu angioplastyki gałęzi okalającej. Prawidłowy obraz gałęzi okalającej z jednoczesnym brakiem przepływu w gałęzi marginalnej

przywrócono prawidłowy przepływ w tętnicy, bez uwidocznienia zmian organicznych (Rycina 3.). Stan chorego po zabiegu był dobry. Chory nie zgłaszał dolegliwości stenokardialnych, nie pojawiły się cechy dekompensacji krążenia.

Podsumowanie

Mimo przebycia dwóch MI, wykonana w kilka miesięcy po drugim incydencie koronarografia nie uwidoczniała zmian organicznych. Nie można wykluczyć, że także obecnie mogłoby dojść do samoistnej lizy uwidocznionej skrzepliny, a w efekcie do ponownego pojawienia się obrazu „czystych naczyń”. Mimo to zdecydowaliśmy się implantować stent naczyniowy, gdyż z powodu stwierdzonego w EKG LBBB zarówno poprzednie incydenty, jak i ostatni MI miały nieokreśloną lokalizację, a uszkodzenie lewej komory serca było już znaczne. Nie można więc wykluczyć, że wszystkie incydenty mogły być spowodowane niewidoczną w angiografii zmianą w zakresie Cx. Niestety, ze względu na silne dolegliwości stenokardialne i liczne komorowe zaburzenia rytmu serca po inflacji balonu systemu protekcji nie zdecydowaliśmy się na użycie ultrasonografii wewnątrzwieńcowej, która mogła wnieść więcej informacji na temat morfologii opisywanej zmiany.

Ze względu na incydent zakrzepicy (zatoru?) tętniczej diagnostykę chorego poszerzono w kierunku trombofilii. Wykonane badania nie wykazały nieprawidłowo-



Rycina 3. Końcowy efekt zabiegu

ści poziomu białek C i S, antytrombiny III, obecności przeciwciał antyfosfolipidowych czy mutacji czynnika V.

Nasz chory jest przypadkiem skrajnym. Obecne już ciężkie uszkodzenie mięśnia serca nakazuje szczególną ostrożność w przeprowadzaniu zabiegu angioplastyki i próbę przywrócenia prawidłowej perfuzji możliwie du-

żego obszaru mięśnia sercowego. Mimo wyników badań klinicznych, które nie wykazały korzyści z zastosowania systemu GuardWire w naczyniach natywnych w wypadku MI z uniesieniem odcinka ST, tym razem strategia zabiegu okazała się właściwa, a system protekcji dosko-

nale spełnił swą funkcję. W 7. dniu hospitalizacji chory został wypisany do domu w stanie dobrym. Mając na uwadze całość obrazu klinicznego, do terapii, oprócz leczenia typowego, włączono również preparat acenokumarolu.

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Z całą pewnością lektura powyższego przypadku klinicznego doskonale obrazuje problemy, z jakimi przychodzi się zmierzyć kardiologowi interwencyjnemu pełniącemu całodobowy dyżur w pracowni kardiograficznej.

Istotnie zwiększona dostępność do procedur kardiologii inwazyjnej powoduje, że w trakcie ww. dyżurów przychodzi nam leczyć coraz „trudniejszych” chorych. Z całą pewnością do takich można zaliczyć przypadek przedstawiany w komentowanym *Angiogramie miesiąca*. Nie ulega wątpliwości, iż użycie dodatkowego sprzętu, poza rutynowo stosowanymi urządzeniami, było jak najbardziej na miejscu. Warto o tych dodatkowych urządzeniach pamiętać i umieć się nimi posługiwać. Praktyka uczy, iż urządzenia do protekcji przeciwzatorowej (tzw. proksymalne, dystalne oraz trombektomia) są coraz szerzej wykorzystywane. Mają mocną pozycję w zabiegach na zdegenerowanych pomostach aortalno-wieńcowych oraz przy stentowaniu tętnic szyjnych, natomiast stosowne wytyczne ESC/AHA/ESC nie zalecają ich obligatoryjnego stosowania u chorych z ostrym zespołem wieńcowym (OZW). Efekty uzyskane przez Kolegów z Wrocławia dowodzą jednak, iż przy właściwej kwalifikacji są bardzo pomocne.

Warto również pamiętać, że w wypadku stwierdzenia dużego zakrzepu, oprócz leczenia mechanicznego, możemy się wspomagać stosowną farmakoterapią. Obecnie za optymalną uważa się w takich przypadkach tzw. potrójną terapię przeciwplateletową (kwas acetylosalicylowy, tienopirydyna, bloker IIb/IIIa). Dostępne są również doniesienia o skuteczności „koktajlu” Combo (1/2 dawki lityku + abciksamab). Autorzy powyższego

doniesienia ograniczyli farmakoterapię do dwóch leków przeciwplateletowych, ale decydująca okazała się skuteczna protekcja mechaniczna (typu okludera dystalnego).

Jednak w tym konkretnym przypadku najbardziej uderzająca dla mnie była nieadekwatność zaawansowania miażdżycy tętnic wieńcowych w stosunku do stopnia uszkodzenia serca opisywanego chorego. Brak tutaj konkretnych parametrów echokardiograficznych, jednak należy pamiętać, iż pierwotna przyczyna powiększenia lewej komory oraz upośledzenia jej funkcji skurczowej nie musiała mieć tła naczyniowego. Należy uwzględnić również proces zapalny oraz uwarunkowania genetyczne (np. pierwotną kardiomiopatię rozstrzeniową – KR). W tym właśnie aspekcie zwraca uwagę brak w opisie echokardiograficznym omawianego chorego tętniaka pozawałowego, który bardzo często jest skutkiem zawału w sercu niepoddawany wcześniej treningowi niedokrwienemu. Należy pamiętać, iż w znacznej części przypadków KR może współistnieć miażdżycy tętnic wieńcowych o różnym zasięgu oraz dynamice rozwoju. Upraszczając, można powiedzieć, iż wykonana kiedyś koronarografia u chorego z KR nie zwalnia z jej powtórzonego wykonania jakiś czas później (zazwyczaj po kilku latach), zwłaszcza przy nagłej progresji niewydolności serca lub pojawieniu się nowych objawów klinicznych (np. arytmii komorowych czy dolegliwości stenokardialnych).

Nie ulega wątpliwości, że świadomość tych faktów jest ważna przy diagnozowaniu chorych z niewydolnością serca. W jego ramach należy pamiętać o danych, które wnoszą biopsja mięśnia sercowego oraz wewnątrznaczyniowe badanie ultrasonograficzne (ICUS). Właściwe postawienie rozpoznania o koincydencji różnorodnych procesów upośledzających funkcję serca wymaga wykonania tych specjalistycznych badań.