

Pomostowanie tętnic wieńcowych u chorej po uprzednio wykonanej przezskórnej angioplastyce i implantacji stentu do pnia lewej tętnicy wieńcowej

Coronary artery bypass grafting in a patient after percutaneous left main angioplasty with DES stent implantation

Wojciech Dyk¹, Jeremi Mizerski¹, Piotr Wolski²

¹ I Klinika Kardiologii, Instytut Kardiologii, Warszawa

² Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pooperacyjnej, Instytut Kardiologii, Warszawa

Abstract

We present surgical treatment of acute coronary syndrome due to the left main stenosis in a patient in whom 6 months earlier percutaneous left main angioplasty with DES-stent implantation was performed. We discuss indications for percutaneous angioplasty and for coronary artery bypass grafting in patients with left main stenosis.

Key words: left main stenosis, coronary artery angioplasty, coronary artery bypass grafting

Kardiologia Polska 2007; 65: 817-819

Wstęp

Zwężenie pnia lewej tętnicy wieńcowej (LTW) stwierdza się w 4–9% planowych koronarografi. U ok. 20% chorych kierowanych do chirurgicznego leczenia choroby wieńcowej występuje 50% zwężenie pnia LTW. Badania z randomizacją i retrospektywne wskazują, że wykonanie pomostów aortalno-wieńcowych (CABG) przedłuża życie większości tych chorych [1]. Zabiegi przezskórne (PCI) są zarezerwowane dla niewielkiej części tej grupy chorych – tych, u których wykonanie operacji kardiologicznej jest obciążone wysokim ryzykiem [1]. Uważa się wprawdzie, że sam zabieg PCI w zwężeniu pnia LTW nie jest obciążony wysokim ryzykiem, jednak do tej pory nie są znane jego wyniki odległe. Mimo wczesnych dobrych wyników implantacja stentu w zwężeniu pnia LTW pozostaje kontrowersyjna i uważa się, że CABG jest leczeniem z wyboru [2]. W większości ośrodków zwężenie pnia LTW jest wskazaniem do CABG. Niemniej w ostatnich latach wzrasta liczba zagiegów PCI pnia LTW wykonanych u wyselekcjonowanych chorych [3].

Opis przypadku

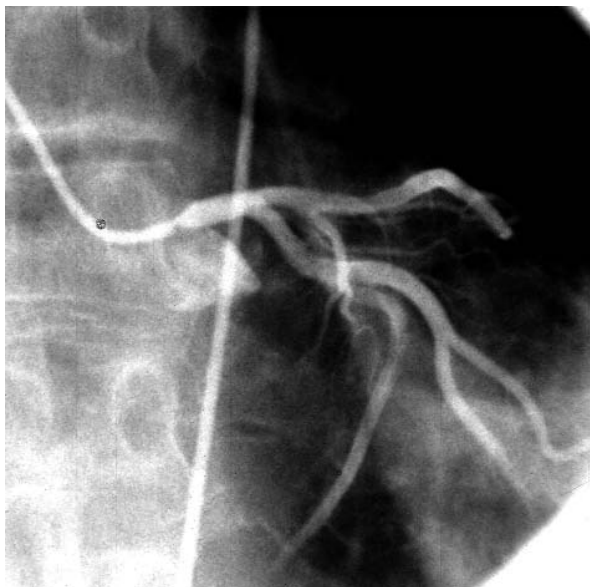
Chora w wieku 59 lat, dotychczas bez zawału serca, we wrześniu 2005 r. była hospitalizowana z rozpoznaniem niestabilnej choroby wieńcowej (IV klasa CCS), nadciśnienia i cukrzycy typu 2. W trakcie hospitalizacji wykonano koronarografię, w której stwierdzono 90% zwężenie ujścia LTW (Rycina 1.) oraz 40% zwężenie ujścia prawej tętnicy wieńcowej (PTW) (Rycina 2.). Po przygotowaniu chorej lekami antyagregacyjnymi wykonano PCI pnia LTW z implantacją stentu TAXUS. Po zabiegu wykonano kontrolną 64-rzędową tomografię komputerową, w której tym razem stwierdzono 20% zwężenie pnia PTW, a także skuteczne poszerzenie pnia LTW. Chora w stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu, do dalszej opieki ambulatoryjnej, z zaleceniem stosowania kwasu acetylosalicylowego (ASA) 1 × 150 mg i tiklopidyny 2 × 1 tabletkę na dobę. Pięć miesięcy po zabiegu wystąpił nawrót dolegliwości wieńcowych.

Dnia 15 marca 2006 r. chora została przyjęta na OIOK naszego Instytutu ze szpitala rejonowego

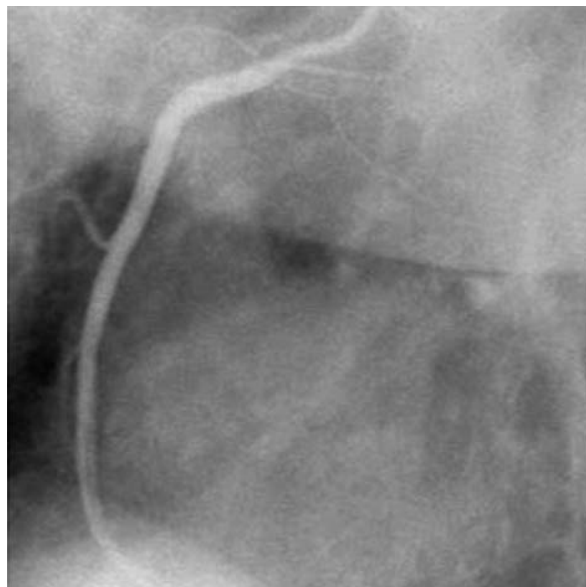
Adres do korespondencji:

dr n. med. Wojciech Dyk, I Klinika Kardiologii, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel.: +48 22 343 42 09, +48 22 343 42 11, faks: +48 22 343 45 10, e-mail: wojdyk@wp.pl

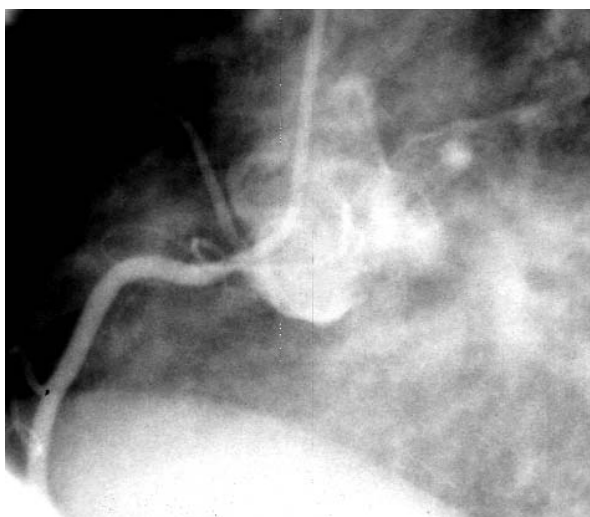
Praca wpłynęła: 21.12.2006. Zaakceptowana do druku: 07.02.2007.



Rycina 1. Angiografia lewej tętnicy wieńcowej



Rycina 4. Angiografia prawej tętnicy wieńcowej



Rycina 2. Angiografia prawej tętnicy wieńcowej



Rycina 3. Angiografia lewej tętnicy wieńcowej

z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI). Ból wieńcowy wystąpił 16 godz. przed przyjęciem do szpitala. W chwili przyjęcia do Kliniki w EKG zarejestrowano obniżenie odcinka ST w odprowadzeniach przedsercowych, spadek ciśnienia tętniczego, bez wzrostu troponiny. Tego samego dnia wykonano koronarografię, która pokazała ciasne zwężenie pnia LTW (80–90%) w miejscu wszczęcia stentu (Rycina 3.). Jego znaczna część wystawała do światła aorty. Stwierdzono też w gałęzi przedniej zstępującej (GPZ) i okalającej (GO) przyścienne zmiany miażdżycowe i istotne zwężenia w okolicy ujścia PTW (Rycina 4.), przy zachowanej dobrej kurczliwości lewej komory.

Chora została zakwalifikowana do pilnej operacji CABG oraz usunięcia stentu z ujścia LTW. Operowano ją 16 marca 2006 r. w naszej Klinice. Operację wykonano w krążeniu pozaustrojowym. Bez zakleszczania aorty wykonano trzy pomosty aortalno-wieńcowe: tętnicę piersiową wewnętrzną wszczepiono do GPZ oraz dwa żyłne pomosty do GO i PTW. Po wykonaniu pomostów zakleszczono aortę, czynność serca zatrzymano za pomocą roztworu kardiopleginy podanej do opuszki aorty. Nacięto poprzecznie opuszkę aorty i stwierdzono wystający z ujścia LTW do aorty stent (ok. 1 cm) częściowo wypełniony skrzepliną. Usunięto stent oraz skrzeplinę z ujścia LTW (Rycina 5.). Po zeszytciu aorty i podaniu ciepłej kardiopleginy odpowietrzono serce i zdjęto klem aortalny. Po jednokrotnej defibrylacji serce podjęło czynność rytmem nadkomorowym, a następnie zatokowym. Z powodu niewydolnej hemodynamicznie czynności serca zastosowano kontrpulsację wewnątrzortal-

ną i skutecznie odłączono chorą od krążenia pozaustrojowego.

Stabilną hemodynamicznie chorą przewieziono na oddział pooperacyjny. Po 5 dobach odłączono i usunięto kontrapulsację wewnątrzaortalną i chorą przeniesiono na oddział zachowawczy. Po kilkudniowej rehabilitacji, zagojeniu się rany i usunięciu szwów chorą wypisano do domu w stanie dobrym, do dalszej opieki ambulatoryjnej kardiologicznej, z typowym leczeniem przeciwplatekowym (ASA 1 × 150 mg i tiklopidyna 2 × 1 tabletką na dobę).

Dyskusja

Rewaskularyzacja chirurgiczna jest nadal leczeniem z wyboru u chorych ze zwężeniem pnia LTW. Implantację stentu należy rozważyć, jeżeli nie ma możliwości wykonania CABG oraz u chorych z bardzo wysokim ryzykiem zabiegu operacyjnego (euroSCORE >10%) [4]. U chorych z ciasnym zwężeniem pnia LTW i ze wstrząsem PCI może być zabiegiem ratującym życie, mimo że wyniki PCI z wszczępieniem stentu są gorsze niż CABG [1]. Także dla pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem operacyjnym PCI może być lepszą alternatywą. Decyzja o sposobie leczenia powinna być konsekwencją dyskusji między kardiologiem inwazyjnym i kardiochirurgiem [1].

W badaniu APROACH w grupie chorych ze zwężeniem pnia LTW leczonych CABG lub PCI przeżycie roczne wyniosło odpowiednio 92,7 i 86,9% [2]. Od połowy lat 90. ubiegłego wieku wykonuje się w uzasadnionych sytuacjach PCI pnia LTW. Park i wsp. po przeanalizowaniu 42 chorych potwierdzili 100% skuteczność zabiegu, natomiast wczesna restenoza wystąpiła u 22%. Ellis i wsp. przeanalizowali 107 chorych po PCI pnia LTW. Śmiertelność po 6 mies. od zabiegu wyniosła 10,6%. Autorzy uważają, że zabieg ten może być alternatywą dla CABG tylko u wyselekcjonowanych chorych [3].

W trakcie pierwszej hospitalizacji omawianą chorą zakwalifikowano do PCI pnia LTW, mimo że ryzyko CABG było niewielkie. Sam zabieg PCI był skuteczny i niepowikłany, jednak wynik odległy był mniej pomyślny. Dobry efekt zabiegu utrzymał się ok. 5 mies. i chora



Rycina 5. Stent w ujściu pnia lewej tętnicy wieńcowej

z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego wymagała ponownej diagnostyki, a następnie pilnego leczenia operacyjnego. Naszym zdaniem zwężenie pnia LTW jest wskazaniem do leczenia operacyjnego, a zabiegi PCI należałoby pozostawić dla chorych z dużym ryzykiem okołoperacyjnym. Operacja w trybie pilnym oraz w sytuacji nawrotu zwężenia była obarczona niewydolnością lewokomorową, z koniecznością zastosowania kontrapulsacji wewnątrzaortalnej oraz przedłużonym pobytem na oddziale pooperacyjnym.

Piśmiennictwo

1. Tanigawa J, Sutaria N, Goktekin O, et al. Treatment of unprotected left main coronary artery stenosis in the drug-eluting stent era. *J Interv Cardiol* 2005; 18: 455-65.
2. Peszek-Przybyła E, Buszman P, Białkowska B, et al. Stent implantation for the unprotected left main coronary artery. The long-term outcome of 62 patients. *Kardiologia Polska* 2006; 64: 1-6.
3. Gao RL, Xu B, Chen JL, et al. Chinese Registry of Unprotected Left Main Coronary Artery Stenting investigators. Prognosis of unprotected left main coronary artery stenting and the factors affecting the outcomes in Chinese. *Chin Med J (Engl)* 2006; 119: 14-20.
4. Przezskórne interwencje wieńcowe. Wytyczne postępowania Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. *Kardiologia Polska* 2005; 63: 265-320.