

Restenoza w ujściu mniejszej tętnicy po zabiegu kompleksowej angioplastyki wieńcowej. Jak leczyć?

Ostial restenosis of the side branch after complex PCI. How to treat?

Marcin Kożuch, Jerzy Żuk, Bogusław Poniąkowski, Sławomir Dobrzycki

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Akademia Medyczna, Białystok

Kardiologia Pol 2007; 65: 720-722

Przedstawiamy przypadek 55-letniej chorej poddanej kompleksowej angioplastyce (PCI) pnia lewej tętnicy wieńcowej (GLTW), gałęzi okalającej (GO) i gałęzi przedniej zstępującej (GPZ) z powodu restenozy w miejscu interwencji przeprowadzonej w ostrej fazie zawału serca (MI).

Opis przypadku

Chora została przyjęta do kliniki we wrześniu 2006 r. w celu wykonania planowej angioplastyki restenozy w miejscu ujścia GO.

W badaniu podmiotowym stwierdzono wieloletni wywiad cukrzycy typu 2 leczonej doustnymi lekami hipoglikemizującymi oraz kontrolowane farmakologicznie nadciśnienie tętnicze. W maju 2006 r. chora była hospitalizowana w klinice z powodu ostrego MI ściany przednio-bocznej. Wykonano wówczas PCI 85% zwężenia z obecnością skrzepliny w ujściu GPZ (Rycina 1.). Była to jedyna istotna zmiana ujawniona w tętnicach wieńcowych podczas koronarografii w czasie ostrego MI. U chorej wykonano bezpośrednią implantację stentu Liberte (3,5 × 16 mm, ciśnienie 14 atm), obejmując dystalną część GLTW oraz proksymalny odcinek GPZ. Po rozprężeniu stentu obserwowano przejściowe zamknięcie światła GO (Rycina 2.). Przez „oczko” stentu implantowanego do GPZ wprowadzono prowadnik i cewnik balonowy (Avita 2,0 × 20 mm), a następnie poszerzono ujście GO. Zabieg optymalizowano metodą *kissing balloons*, rozprężając jednocześnie cewniki balonowe w GLTW, GPZ i GO. Zabieg zakończono bez dyssekcji i zwężenia rezydualnego (Rycina 3.). Przekłatkowe badanie echokardiograficzne wykazało wówczas hipokinezę ściany

przedniej z 53% frakcją wyrzutową lewej komory (LVEF), oszacowaną metodą Simpsona. Przed MI chora przyjmowała glimepiryd, ramipryl, kwas acetylosalicylowy i simwastatynę. Od momentu MI zaczęła stosować intensywną insulinoterapię. Zalecono również przyjmowanie kłopidogrelu do czasu kontrolnej oceny koronarograficznej. Trzy miesiące później (w sierpniu 2006 r.) chora zgłosiła się do kliniki w celu kontroli angiograficznej. W badaniu angiograficznym wykazano restenozę w ujściu GO (85% zwężenie – Rycina 4.), bez progresji miażdżycy w pozostałych naczyniach wieńcowych. Chorą zakwalifikowano do planowego zabiegu PCI w miejscu restenozy.

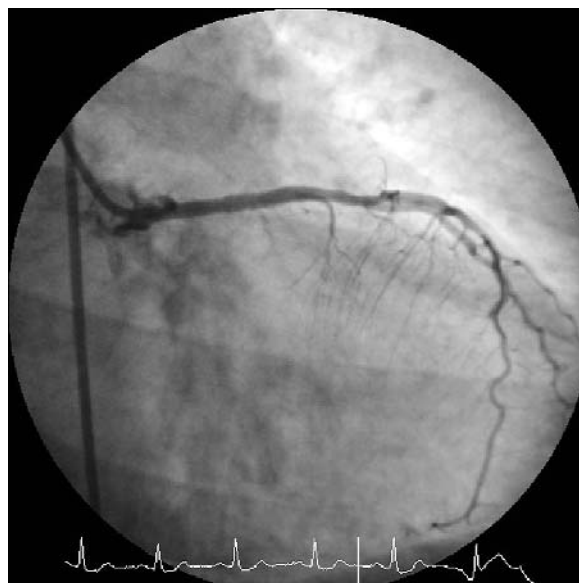
Przy przyjęciu, zarówno w badaniu przedmiotowym, jak i w standardowo wykonywanych badaniach dodatkowych, nie wykazano odchyłań od normy. W EKG stwierdzono rytm zatokowy, miarowy, o częstości zespołów QRS 60/min, bez cech świeżego niedokrwienia. Przed zabiegiem PCI u chorej stosowano profilaktykę nefropatii kontrastowej, podając dożylnie fizjologiczny roztwór chlorku sodu z wodorowęglanem sodu. W 2. dobie hospitalizacji wykonano skuteczny zabieg kompleksowej angioplastyki wieńcowej GLTW, GO i GPZ. Procedurę rozpoczęto od predylatacji zwężonego ujścia GO cewnikiem balonowym Sprinter 2,5 × 20 mm (Rycina 5.). Następnie, obejmując końcowy odcinek GLTW oraz początkowy fragment GO, implantowano stent Taxus Liberte 3,0 × 16 mm pod ciśnieniem 16 atm. Decyzja co do wyboru stentu podyktowana była jego specjalną konstrukcją, która umożliwia właściwe umieszczenie stentu w naczyniach różnego kalibru. Fragment stentu w GLTW doprężono cewnikiem bala-

Adres do korespondencji:

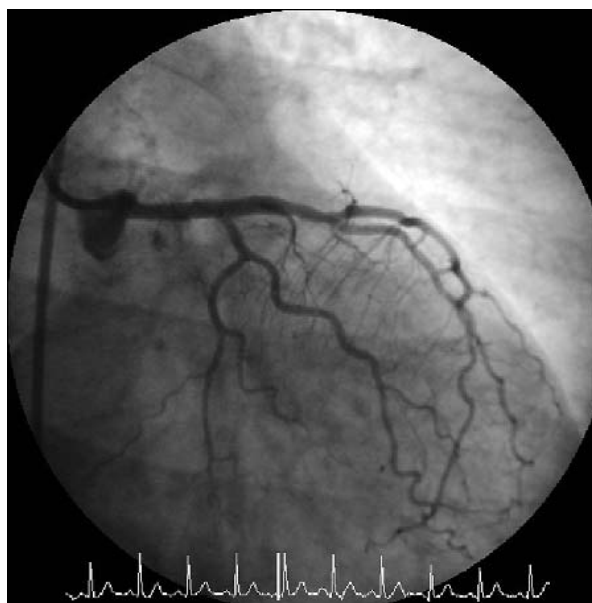
lek. med. Marcin Kożuch, Klinika Kardiologii Inwazyjnej AM, ul. M. Curie-Skłodowskiej 24a, 15-276 Białystok, tel.: +48 85 746 88 95, faks: +48 85 746 88 28, e-mail: marcinkozuch@poczta.onet.pl



Rycina 1. Angiogram przedstawiający obraz lewej tętnicy wieńcowej przed interwencją w czasie ostrego zawału serca. Miejsce zwężenia w gałęzi przedniej zstępującej (GPZ) zaznaczono strzałką. W świetle GPZ widoczna skrzeplina



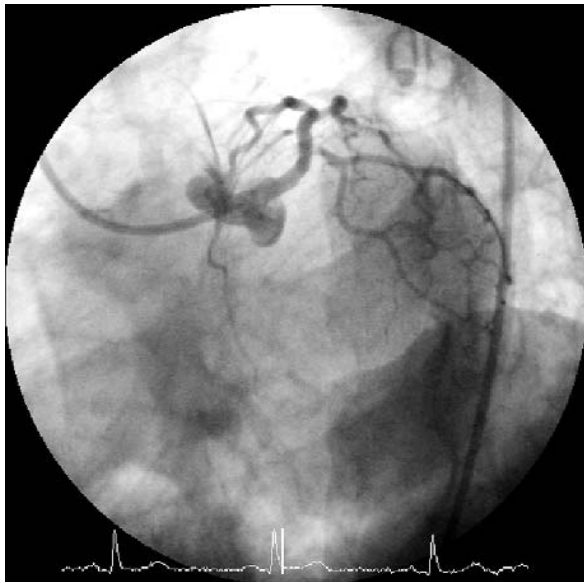
Rycina 2. Angiogram lewej tętnicy wieńcowej po bezpośredniej implantacji stentu do gałęzi przedniej zstępującej. Widoczny brak zakontrastowania gałęzi okalającej



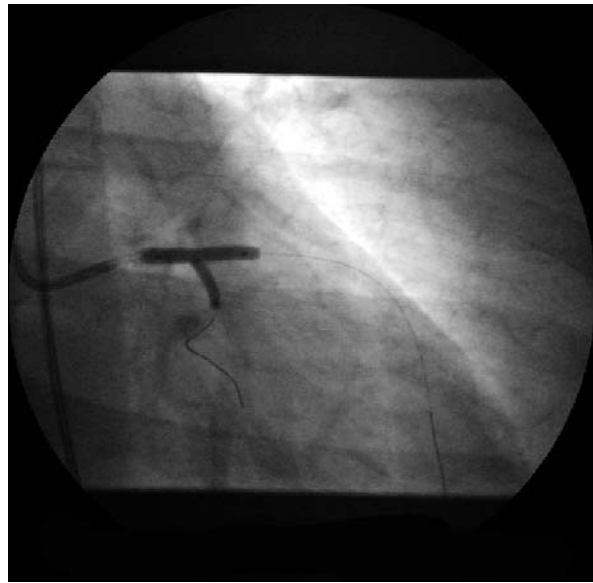
Rycina 3. Angiogram lewej tętnicy wieńcowej po pierwotnej angioplastyce gałęzi przedniej zstępującej



Rycina 4. Angiogram lewej tętnicy wieńcowej z widoczną restenozą w ujściu gałęzi okalającej



Rycina 5. Angiogram lewej tętnicy wieńcowej po predylatacji ujścia gałęzi okalającej



Rycina 6. Angiogram przedstawiający moment jednoczesnego rozprężenia cewników balonowych w pniu lewej tętnicy wieńcowej, gałęzi przedniej zstępującej i gałęzi okalającej – *kissing balloons*



Rycina 7. Angiogram przedstawiający końcowy efekt kompleksowej angioplastyki pnia lewej tętnicy wieńcowej, gałęzi przedniej zstępującej i gałęzi okalającej

nowym 3,5 × 8 mm, pod ciśnieniem 14 atm. W kolejnym etapie wprowadzono prowadnik do GPZ i po fenestracji stentu zabieg optymalizowano metodą *kissing balloons* z użyciem cewników balonowych: 3,0 × 20 mm w GPZ i 3,5 × 20 mm w GO (Rycina 6.). Mniejszy rozmiar cewnika balonowego rozprężonego w GPZ wynikał z dążenia do zminimalizowania traumatyzacji ściany naczynia. Zabieg zakończono bez dyssekcji i zwężeń rezydualnych (Rycina 7.). W okresie okotozabiegowym obserwowano wytworzenie się niewielkiego krwiaka w miejscu wklucia do prawej tętnicy udowej, bez ultrasonograficznych cech tętniaka rzekomego i bez spadku parametrów morfologii krwi obwodowej. W kontrolnym przezklatkowym badaniu echokardiograficznym stwierdzono poprawę funkcji skurczowej lewej komory (LVEF 58%) w porównaniu z badaniem wykonanym przed 4 mies. w ostrej fazie MI. Po 3 dniach hospitalizacji chorą wypisano do domu, zalecając utrzymanie wcześniejszej farmakoterapii w warunkach ambulatoryjnych: kwas acetylosalicylowy, bursztynian metoprololu, ramiprylu, simwastatyna, intensywna insulinoterapia. Zalecono kontynuację przyjmowania kłopidogrelu przez 12 mies. oraz zaplanowano kontrolną koronarografię za 4 mies. Ze względu na brak dolegliwości dławicowych pacjentka nie wyraziła zgody na wykonanie kontrolnej koronarografii.