

# Nietypowy obraz kliniczny oraz angiograficzny ostrego zawału serca u chorego z zakrzepem w pniu głównym lewej tętnicy wieńcowej

Jarosław Gorący, Maciej Lewandowski, Irmina Kossuth

Klinika Kardiologii, Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin

Kardiologia Polska 2007; 65: 451-453

Prezentujemy przypadek 59-letniej chorej przyjętej do Kliniki Kardiologii PAM z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego z przetrwałym uniesieniem odcinka ST.

## Opis przypadku

Chora została skierowana do tutejszej Kliniki Kardiologii przez chirurga naczyniowego, który w trakcie planowej wizyty ambulatoryjnej stwierdził występowanie u niej „niepokojących” bólów w klatce piersiowej.

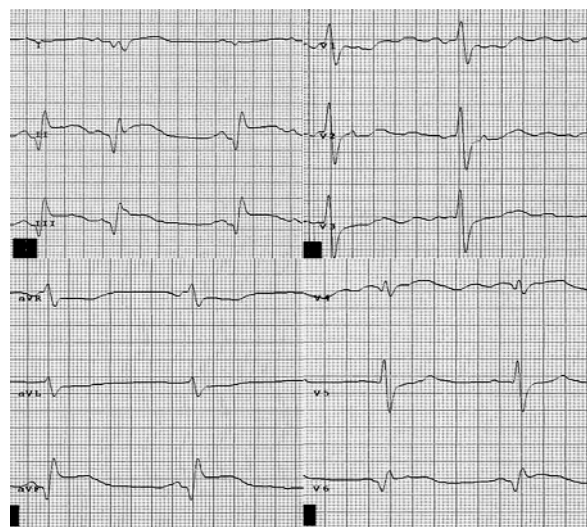
Z wywiadu zebranego na Izbie Przyjęć wynikało, iż bóle dławicowe (klasa II wg CCS) występowały u chorej już kilka tygodni wcześniej. Obecny epizod bólowy trwał od godzin nocnych (około 12 godz.). Jednak z uwagi na niezbyt duże nasilenie dolegliwości stenokardialnych, nie wzywała pogotowia ratunkowego i następnego dnia udała się na zaplanowaną dużo wcześniej wizytę w poradni naczyniowej.

Z czynników ryzyka wieńcowego u omawianej chorej stwierdzono: wiek pomenopauzalny, palenie papierosów (wg jej relacji rzuciła ten nałóg 4 tygodnie wcześniej) oraz niedoczynność tarczycy (choroba Hashimoto). Ponadto około pół roku wcześniej miał u niej miejsce epizod podostrego niedokrwienia prawej kończyny górnej (z zachowanym tętnem na tętnicy promieniowej, aczkolwiek słabszym niż po przeciwnej stronie). Chora była wówczas leczona w warunkach ambulatoryjnych i otrzymywała drobnocząsteczkową heparynę (przez 30 dni) oraz tienopirydynę (Aclothin 2 × 1 tabletkę). W badaniach kontrolnych w czerwcu i grudniu 2006 r. stwier-

dzono kliniczną poprawę w ukrwieniu prawej kończyny górnej. U chorej nie przeprowadzono badań obrazowych, przyjmując zakrzepowe tło epizodu niedokrwiennego.

Chora była leczona przewlekłe tienopirydyną, inhibitorem konwertazy, preparatem L-tyroksyny (75 µg/d), nie przyjmowała hormonalnej terapii zastępczej.

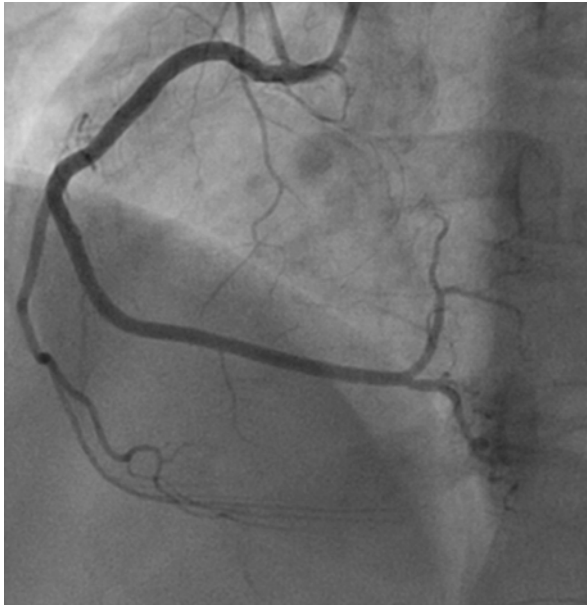
W chwili przyjęcia do kliniki stan ogólny pacjentki był dość dobry, bez hipotonii (RR 120/80 mm Hg) oraz cech niewydolności serca (Killip I). W wykonanym EKG stwierdzono cechy ostrego zawału z przetrwałym uniesieniem odcinka ST (STEMI) – ściana dolna, tylna i bocz-



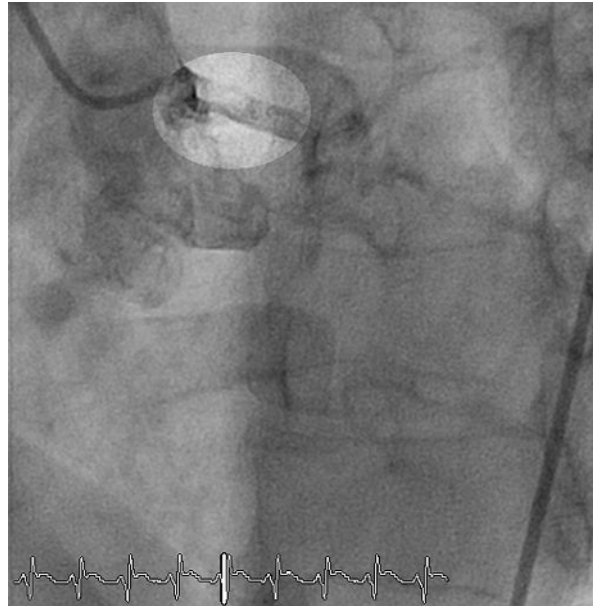
Rycina 1. Wyjściowy obraz EKG

## Adres do korespondencji:

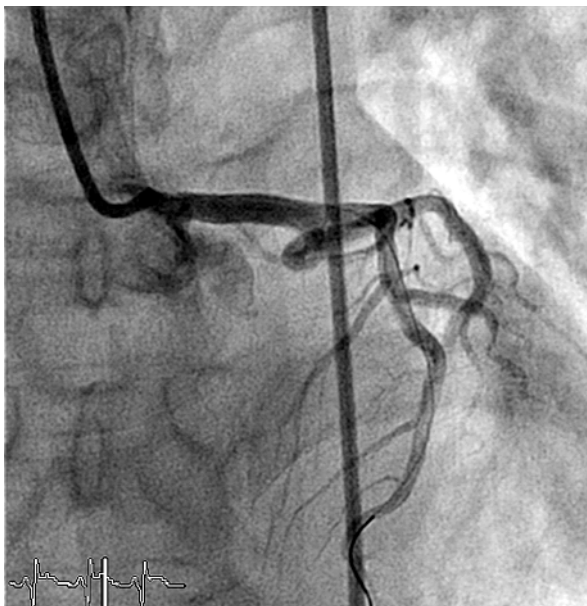
Jarosław Gorący, Klinika Kardiologii Pomorskiej Akademii Medycznej, ul. Powstańców Wlkp. 72, 70-111 Szczecin, tel.: +48 91 466 14 20, e-mail: sphe@sci.pam.szczecin.pl



**Rycina 2.** Prawidłowy obraz angiograficzny prawej tętnicy wieńcowej



**Rycina 3.** Obraz angiograficzny pnia lewej tętnicy wieńcowej – widoczny zakrzep w proksymalnym odcinku pnia (nieselektywne podanie kontrastu)



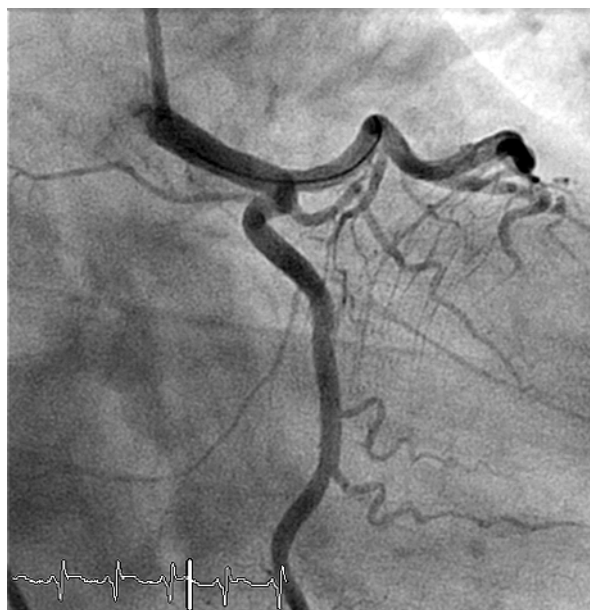
**Rycina 4.** Lewa tętnica wieńcowa po podaniu (*i.c.*) abciksimabu. Zwraca uwagę brak zakrzepu oraz niezbyt ciasna redukcja bliższego odcinka pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej

na (Rycina 1.). W badaniu echokardiograficznym obserwowano obszar akinezy połowy przykoniuszkowej części lewej komory (LV) bez istotnych zmian zastawkowych. Globalną frakcję wyrzutową oceniono na 40–45%. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono poziom hormonu tyreotropowego (TSH) w granicach normy, leukocytozę 24 G/l (z przewagą neutrofilii) oraz

nadpłytkowość (600 G/l) z obecnością anizocytozy i płytek olbrzymich, troponinę Tn I 9,42  $\mu\text{g/l}$  (N <0,1), CK-MB 63,0  $\mu\text{l}$  (N <25,0).

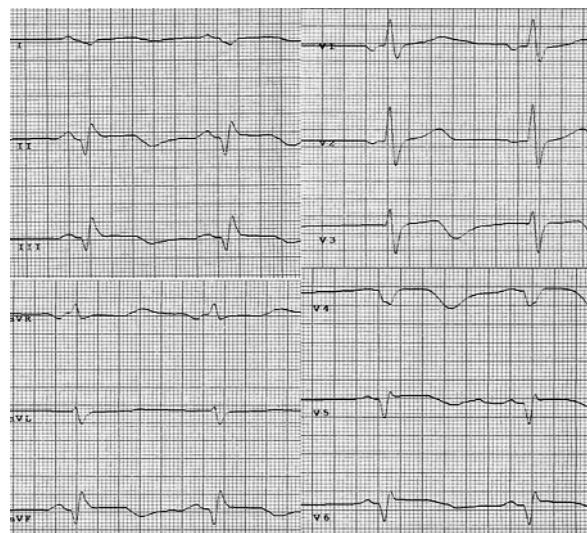
Chorą zakwalifikowano do koronarografii w trybie pilnym, którą wykonano po podaniu 600 mg kłopidogrelu. Badanie to ujawniło prawidłowy angiograficznie (bez zwężeń) obraz prawej tętnicy wieńcowej (Rycina 2.) oraz zakrzep w pniu głównym lewej tętnicy wieńcowej (LCA) praktycznie zamykający światło naczynia (Rycina 3.) i stąd blokujący napływ (TIMI 1–2) kontrastu na tętnice: przednią zstępującą (LAD) oraz okalającą lewą (LCX). Wobec obrazu angiograficznego chorą zakwalifikowano do zabiegu stentowania pnia głównego LCA jako miejsca odpowiedzialnego za niestabilność wieńcową (ang. *culprit lesion*). Tuż przed jego wykonaniem do ujścia LCA podano bolus abciksimabu oraz podłączono jego wlew dożylny. Kontrolne podanie środka kontrastującego ujawniło brak wcześniej obecnego zakrzepu, niezbyt ciasne zwężenie (ok. 40%) w początkowym odcinku pnia głównego LCA oraz poprawę napływu krwi do obu bocznic, tj. LAD i LCX (Rycina 4.). Operator implantował (14 atm) w pniu głównym w technice bezpośredniej stent stalowy o dużej średnicy (4,5 × 12 mm, Liberte, BSC), obejmujący ujście aortalne i proksymalną jego część. Decyzja o implantacji stentu bez wspomaganie kontrapulsacją wewnątrzortalną (IABP) podyktowana była dobrym stanem hemodynamicznym i dobrą reakcją na wlew abciksimabu.

W efekcie opisanego zabiegu uzyskano pełne odtworzenie światła pnia głównego LCA, bez obecności



**Rycina 5.** Obraz angiograficzny po zabiegu implantacji stentu do pnia lewej tętnicy wieńcowej

zwężenia rezydualnego, angiograficznych cech dyssekcji oraz z dobrym przepływem (TIMI 3 w LCX i TIMI 2–3 w LAD) (Rycina 5.). Po skutecznym zabiegu stentowania stopniowo zaczęły ustępować dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, w EKG zaobserwowano ewolucję zmian ST-T, z wytworzeniem załamek Q nad ścianą dolną i boczną oraz wysokimi załamekami R w  $V_1$ – $V_2$  (Rycina 6.). W kontrolnym badaniu echokardiograficznym wykazano poprawę kurczliwości (ograniczenie akinezy



**Rycina 6.** Zapis EKG w dzień po zabiegu stentowania pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej. Widoczna ewolucja zmian w stosunku do zapisu wyjściowego

do 1/3 przykoniuszkowej LV). Frakcję wyrzutową oceniono na 50%.

Chora została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym, w piątej dobie hospitalizacji, z zaleceniami niepalenia tytoniu, regularnego przyjmowania leków (kwas acetylosalicylowy, klopidogrel, beta-bloker, inhibitor ACE, statyna, L-tyroksyna, IPP) oraz konsultacji hematologicznej. Ponadto za 4 mies. zaplanowano wykonanie kontrolnej koronarografii.

## Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Do tej pory komentowałem wiele przypadków przeskórnej interwencji na pniu głównym lewej tętnicy wieńcowej (LMS), jednak takiego jak ten ze Szczecina wśród nich jeszcze nie było. A z pewnością należy go zaliczyć nie tylko do bardzo ciekawych, ale wręcz dydaktycznych.

Analizując opisany przypadek, doszedłem do wniosku, iż warto zwrócić uwagę na co najmniej trzy sprawy związane z chorobą LMS. Pierwsza z nich wiąże się z zaawansowaniem miażdżycy u chorych z istotnym zwężeniem w LMS. Otóż z angiograficznego punktu widzenia jest to przypadek choroby jednego naczynia, tyle że najważniejszego (!). Wszystko wskazuje na to, że była to „młoda” zmiana, którą tworzyły tzw. ranliwa blaszka miażdżycowa (ang. *vulnerable plaque*). Warto