

## Nawrotowe zwężenie wieńcowe oraz progresja miażdżycy u chorej z wielonaczyniową chorobą wieńcową, leczoną etapową angioplastyką wieńcową, w tym z wykorzystaniem stentu pokrywanego lekiem

Tomasz Pawłowski, Jarosław Rzezak

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa

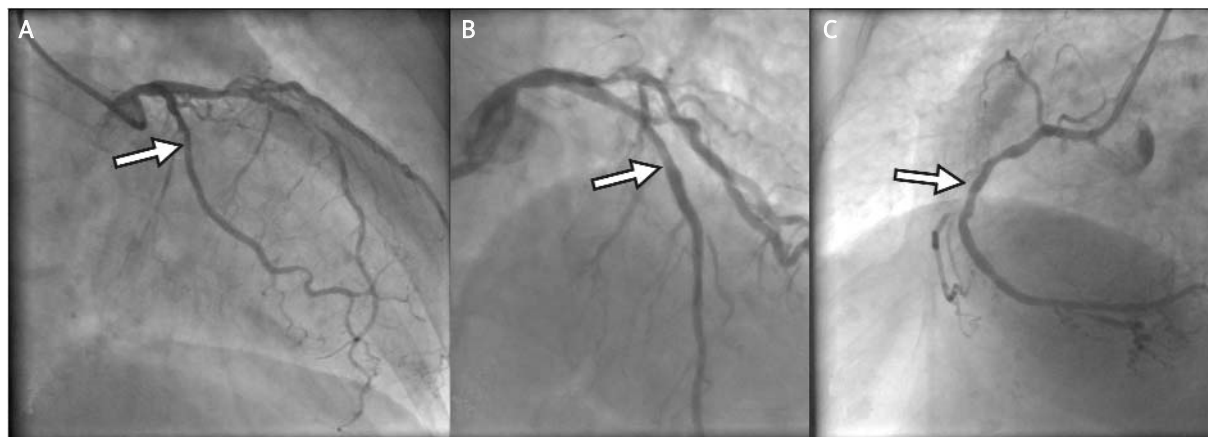
Kardiol Pol 2007; 65: 315-317

Prezentujemy przypadek 81-letniej chorej po wielokrotnych zabiegach rewaskularyzacji przezskórnej, skierowanej obecnie do tutejszej kliniki w celu wykonania kontrolnej koronarografii z powodu nawrotu doległości stenokardialnych.

### Opis przypadku

Historia kliniczna omawianej chorej rozpoczęła się w roku 2004, kiedy to z powodu ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia ST chora została przyjęta do tutejszej kliniki. W wykonanej wówczas koronarografii stwierdzono cechy trójnaczyniowej choroby wieńcowej. Wykonujący zabieg operator zidentyfikował zmianę

w gałęzi okalającej (GO) jako odpowiadającą za dolegliwości (ang. *culprit lesion*) i na niej wykonał zabieg angioplastyki z implantacją stentu (Sonic, Cordis). Na koniec hospitalizacji, wobec braku zgody chorej na zabieg postopowania aortalno-wieńcowego, zakwalifikowano ją do kolejnych etapów przezskórnej rewaskularyzacji. W pierwszej kolejności zaplanowano implantację stentu uwalniającego lek (DES) w środkowym segmencie gałęzi przedniej zstępującej (GPZ) oraz angioplastykę balonową w prawej tętnicy wieńcowej (PTW). Zabieg ten został przeprowadzony 2 miesiące później i chora bez żadnych powikłań, w stanie dobrym została wypisana do domu (Rycina 1).



**Rycina 1.** Obraz angiografii wszystkich tętnic wieńcowych po przebytych zabiegach angioplastyki. Strzałki wskazują miejsca interwencji: **A** – w tętnicy okalającej (pierwszy zabieg w trakcie OZW) oraz **B** – w tętnicy zstępującej przedniej i **C** – prawej tętnicy wieńcowej (w ramach drugiej angioplastyki)

### Adres do korespondencji:

dr n. med. Tomasz Pawłowski, Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa, tel./faks: +48 22 508 11 77

Niestety po upływie 4 miesięcy chora została przyjęta na OIOK z powodu silnych spoczynkowych dolegliwości stenokardialnych, połączonych z udokumentowaną w EKG oscylacją ukrwienia nad ścianą przednią. Wykonana wówczas koronarografia wykazała subtotałne zwężenie w obrębie proksymalnej części stentu lekowego (TAXUS, BSC) oraz ok. 40–50% redukcję światła stentu implantowanego w GO. Chora nadal nie wyrażała zgody na zabieg kardiochirurgiczny, dlatego w trybie pilnym cewnikiem balonowym została udrożniona GPZ z dobrym efektem angiograficznym (TIMI 3) (Rycina 2.). W wyniku zabiegu całkowicie ustąpiły dolegliwości bólowe w klatce piersiowej. W trakcie hospitalizacji wykonano badanie echokardiograficzne, które wykazało akinezę koniuszka oraz hipokinezę ściany przedniej. Dodatkowo przeprowadzono test wysiłkowy, który był dodatni w zakresie ściany bocznej, dlatego też chorą zakwalifikowano do planowej angioplastyki tętnicy okalającej lewej, uzależniając jej termin od nawrotu stenokardii. W leczeniu utrzymano kłopidogrel oraz kwas acetylosalicylowy, beta-bloker, inhibitor ACE oraz statynę.

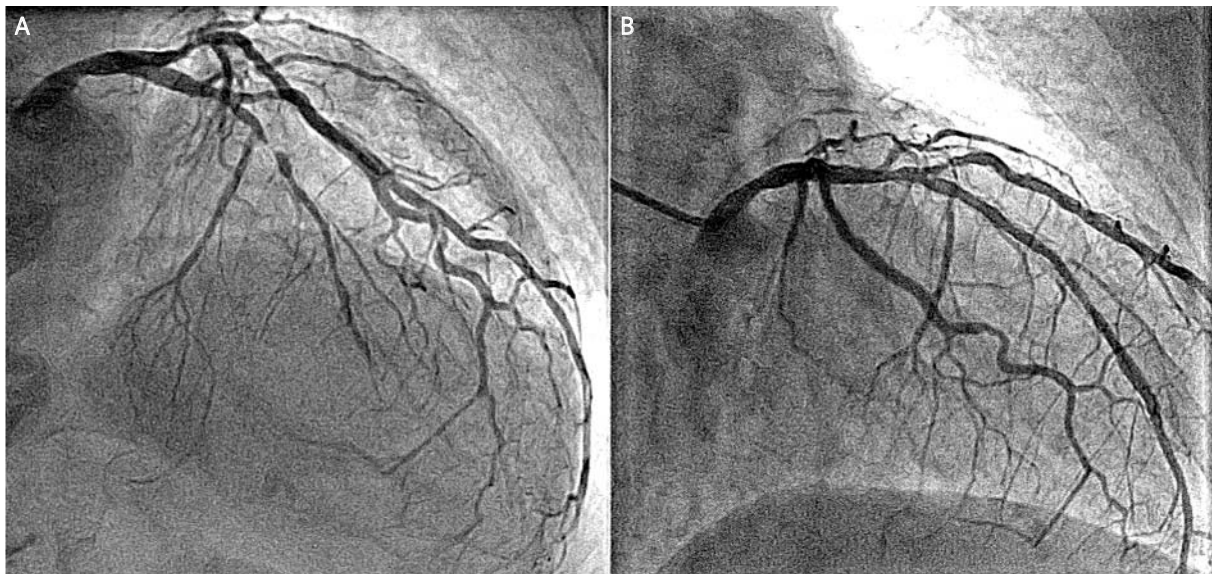
Około miesiąca później u chorej doszło do nasilenia występujących już wcześniej zaburzeń przewodzenia (blok p-k I° → blok p-k II°), z tego powodu wszczepiono jej kardiostymulator (DDD). Po miesiącu, w trakcie rutynowej kontroli kardiostymulatora chora poskarżyła się na występowanie dolegliwości stenokardialnych w odpowiedzi nawet na niewielki wysiłek (np. 50 m szybszego marszu). Wobec powyższego, chorą skierowano do tutejszej kliniki w celu wykonania kontrolnej korona-

rografii, przewidując nasilenie zmian w zakresie tętnicy okalającej lewej.

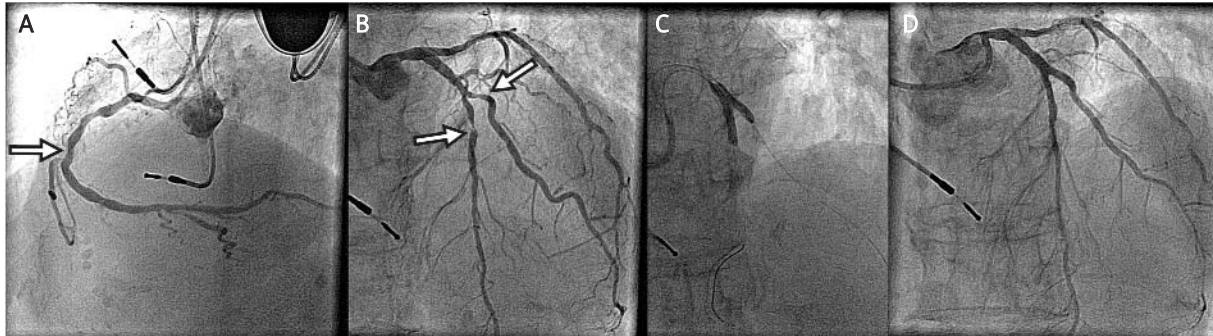
Wynik koronarografii znacznie odbiegał od spodziewanego. Wykazała ona zbliżony obraz angiograficzny w zakresie PTW oraz tętnicy okalającej, natomiast nowym znaleziskiem było istotne zwężenie w ujściu gałęzi diagonalnej i krytyczne, krótkie zwężenie GPZ zlokalizowane w bliższej połowie stentu lekowego (ang. *in-segment restenosis*) (Rycina 3.).

Wobec całokształtu obrazu klinicznego, wielkości gałęzi diagonalnej (obejmującej także koniuszkową część ściany bocznej) oraz stwierdzanych poprzednio zaburzeń kurczliwości, zdecydowano o wykonaniu zabiegu angioplastyki w obrębie gałęzi diagonalnej oraz środkowego segmentu GPZ. Najpierw w gałęzi diagonalnej w technice bezpośredniej implantowano (14 atm) stent chromo-kobaltowy (3,0 × 20 mm, Skylor, Invatec Co), a następnie cewnikiem balonowym poszerzono zwężenie w stencie lekowym implantowanym w GPZ. Zabieg zakończono jednoczesną inflacją dwóch baloników (tzw. technika *kissing*), w wyniku czego odtworzono światło obu gałęzi z prawidłowym przepływem (Rycina 3.).

Zalecono przyjmowanie wcześniej przepisanych leków, tj. kłopidogrelu, preparatu kwasu acetylosalicylowego, beta-blokera, inhibitora ACE i statyny. Chorą w stanie dobrym, bez dolegliwości stenokardialnych wypisano do domu. W okresie obserwacji 3-miesięcznej chora nie zgłaszała dolegliwości, a dystans chromania wieńcowego wydłużył się do ponad 1000 m.



**Rycina 2. A** – obraz lewej tętnicy wieńcowej uzyskany w trakcie pierwszej kontrolnej angiografii, **B** – wynik następnej angioplastyki balonowej w obrębie stentu lekowego



**Rycina 3.** A – obraz prawej tętnicy wieńcowej (strzałka wskazuje miejsce leczone angioplastyką balonową), B – obraz lewej tętnicy wieńcowej (strzałki wskazują istotne zwężenia w 1. gałęzi diagonalnej oraz środkowym segmencie tętnicy przedniej zstępującej), uzyskane podczas kolejnej kontrolnej koronarografii. Angiogramy C i D pokazują końcowy etap (*kissing balloon technique*) angioplastyki balonowej i jej wynik

## Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Wyobrażam sobie, że lektura powyższego przypadku budzi nie-małe emocje. Część z czytelników słusznie może zadać pytanie, dlaczego ta chora nie została poddana operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG). Przecież nie od dziś wiadomo, iż w przypadku wielonaczyniowej choroby wieńcowej (MVD) zabieg ten w porównaniu z leczeniem przezskórnym zapewnia lepsze wyniki odległe. Przy tym z badania CASS wiadomo, że leczenie operacyjne wydłuża takim chorym życie w porównaniu z leczeniem zachowawczym. Jednak omawiana chora była nastawiona do ewentualnego CABG wyjątkowo negatywnie. Tak na marginesie, to wcale nie jest rzadki przypadek. Co więcej, problem ten pojawia się coraz częściej i dotyczy zarówno młodych ludzi (nie chcą się poddać operacji związanej ze sternotomią), jak i w podeszłym wieku (obawiają się wyniku końcowego zabiegu). Warto podkreślić, iż tego nastawienia naszej chorej nie zmienił również konsultujący ją kardiochirurg i dlatego zaplanowaliśmy u niej leczenie przezskórne.

Nasz plan zakładał interwencję na ciasno zwężonych naczyniach, przy czym w tzw. tętnicy życia (przednia zstępująca) implantację stentu istotnie zmniejszającego prawdopodobieństwo restenozy, tj. typu DES, i angioplastykę balonową w prawej tętnicy wieńcowej. Dobry wynik bezpośredni powyższego zabiegu, jak i dobry efekt wcześniejszego stentowania tętnicy okalającej lewej napawał optymizmem. Jednak jeszcze raz okazało się, że życie potrafi wyreżyserować zaskakującą historię.

W ciągu następnych 6 miesięcy chora była u nas 2-krotnie hospitalizowana. Pierwszy raz po 4 miesiącach, ze względu na wystąpienie ostrego zespołu wieńcowego (OZW), a drugi 2 miesiące później, z powodu znamiennego spadku tolerancji wysiłku. W obu wypadkach tętnicą odpowiedzialną za objawy kliniczne była tętnica przednia zstępująca, czyli ta zaopatrzona „lepszym stentem”. No cóż, omawiany przypadek uświadamia, że stenty DES nie eliminują zjawiska restenozy wieńcowej, przy czym wręcz zastanawiające jest to, że u naszej chorej ujawniło się ono tak szybko, tj. już w 4 miesiące po zabiegu implantacji (!). W moim przekonaniu fakt pojawienia się nowego zwężenia (ang. *de novo lesion*) w początkowym odcinku 1. gałęzi diagonalnej oraz krótki czas utrzymania światła