

Skuteczne zastosowanie trombektomu Diver® w leczeniu ostrego zawału serca ściany dolnej

Sławomir Gołębiowski, Marcin Bartkowiak, Tomasz Pawłowski, Jarosław Rzezak

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa

Kardiologia Polska 2007; 65: 205-207

Prezentujemy przypadek 42-letniego mężczyzny skierowanego do Kliniki Kardiologii Inwazyjnej z wstępnym rozpoznaniem ostrego zawału serca.

Opis przypadku

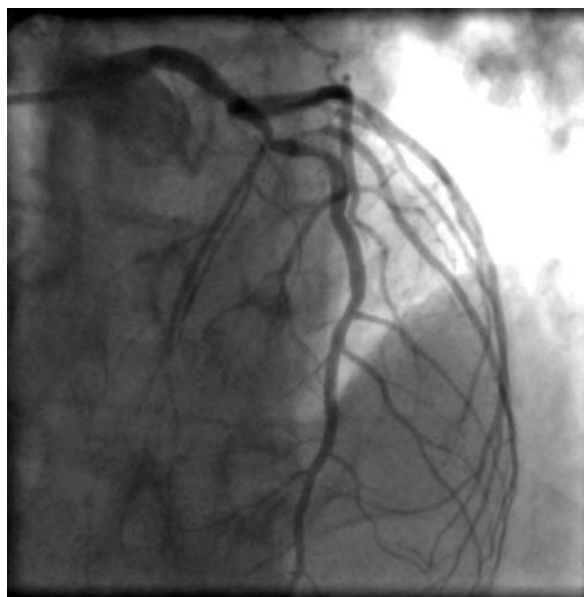
Omawiany chory zgłosił się do szpitala rejonowego z powodu silnego bólu w klatce piersiowej o charakterze ucisku, trwającego od ok. 5 godz.

Pacjent był w stanie ogólnym dobrym, bez duszności, sinicy i obrzęków. Z przeprowadzonego wywiadu wynikało, że poza nadwagą, nikotynizmem oraz obciążającym wywiadem rodzinnym chory nie miał innych czynników ryzyka choroby wieńcowej. Bóle o podobnym charakterze jak przy zgłoszeniu do szpitala występowały już kilka miesięcy wcześniej przy bardzo dużych wysiłkach fizycznych, jednak szybko ustępowały po ich przerwaniu.

W EKG wykonanym w szpitalu rejonowym stwierdzono uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach II, III oraz w aVF. W badaniach pobranych przy przyjęciu nie zanotowano istotnego wzrostu enzymów martwicy mięśnia serca. Choremu podano 300 mg aspiryny oraz – na podstawie wywiadu i badania EKG – zdecydowano o przekazaniu go do ośrodka pełniącego 24-godzinny dyżur kardiologiczny.

Po przewiezieniu chorego umieszczono na OIOK tutejszego szpitala. Nadal był w stanie ogólnym dobrym, w ramach leczenia podano kłopidogrel w dawce 600 mg i ze względu na objawową bradykardię 1 mg atropiny. Pacjenta przekazano do pracowni kardiologicznej w celu wykonania pilnej koronarografii. Tuż przed przekazaniem w EKG stwierdzono przetrwałe uniesienie odcinka ST nad ścianą dolną bez cech zawału prawej komory.

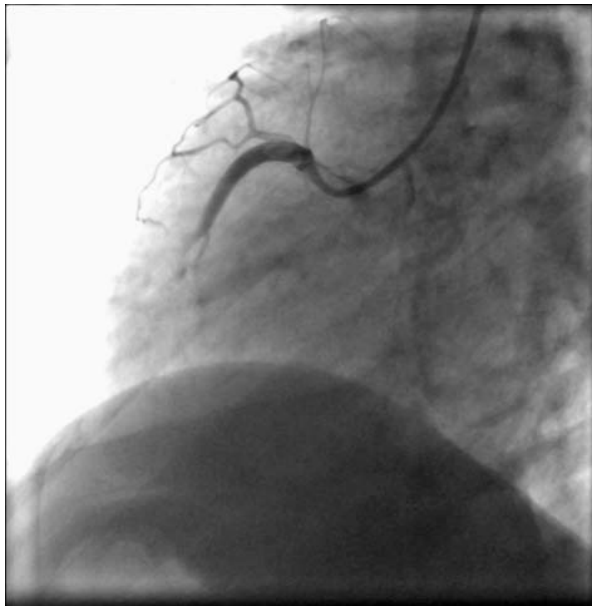
W koronarografii stwierdzono wielonaczyniową chorobę wieńcową: z istotnym zwężeniem (redukcja ok. 70%) w gałęzi przedniej zstępującej (Rycina 1), w miejscu odejścia gałęzi diagonalnej, która również była zwężona (ok. 80%) w ujściu, gałąź okalającą ze zmianami przyściennymi oraz dobrze rozwiniętą prawą tętnicę wieńcową (PTW), zamkniętą skrzepliną w środkowym odcinku.



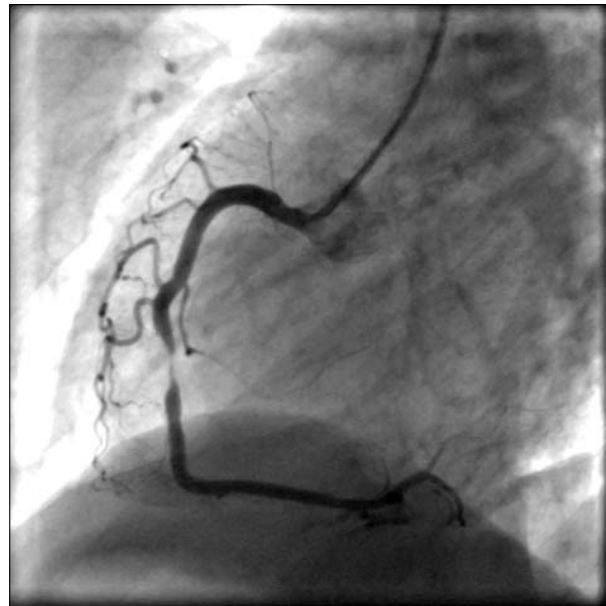
Ryc. 1. Istotne zwężenie w tętnicy przedniej zstępującej w miejscu odejścia gałęzi diagonalnej oraz septalnej pierwszej. Ponadto widoczne jest istotne zwężenie gałęzi diagonalnej

Adres do korespondencji:

lek. med. Sławomir Gołębiowski, Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa
tel.: +48 22 508 11 00, faks: +48 22 508 11 77, e-mail: sawek@poczta.fm



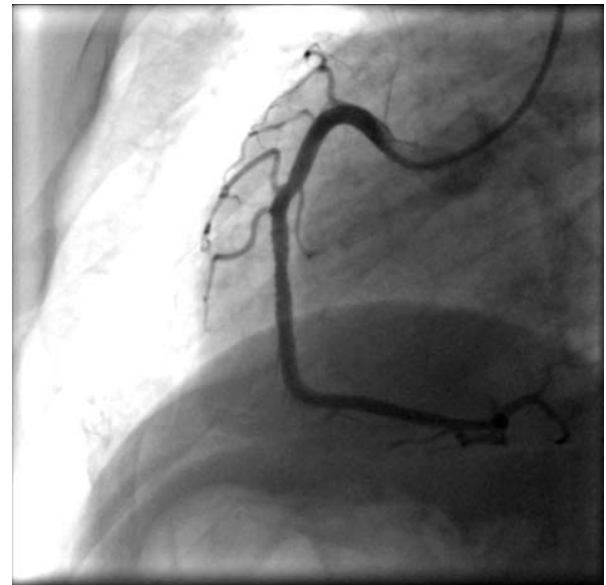
Ryc. 2. Angiogram dobrze rozwiniętej prawej tętnicy wieńcowej, zamkniętej zakrzepem w środkowym segmencie



Ryc. 3. Obraz angiograficzny po zabiegu trombektomii, widoczne 90% zwężenie w środkowym segmencie prawej tętnicy wieńcowej



Ryc. 4. Angiogram uzyskany w trakcie implantacji stentu 3,5 × 18 mm pod ciśnieniem 18 atm w środkowej części prawej tętnicy wieńcowej



Rys. 5. Angiogram ukazujący efekt końcowy zabiegu. Zwraca uwagę pełne odtworzenie światła naczynia

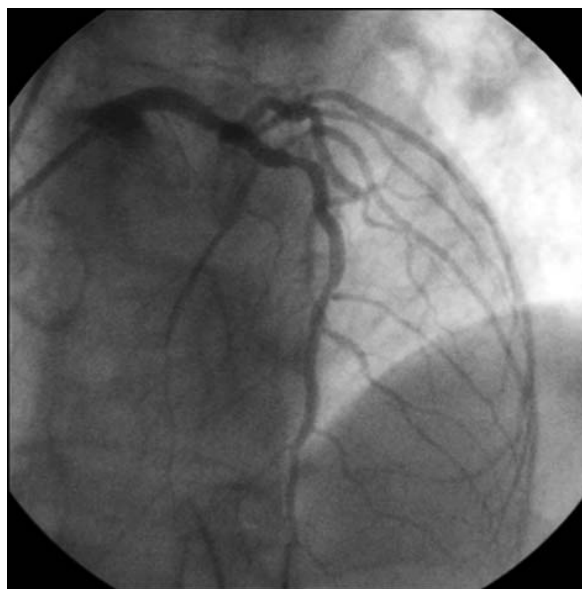
Ze względu na masywny zakrzep, tapetujący środkowy odcinek PTW (Rycina 2.), operator zdecydował o użyciu manualnego trombektomu ssącego DIVER (Invatec Co, IT). W celu usunięcia zakrzepu użyto strzykawki 50 ml. Podczas kilku pasażów trombektomem odessano

ok. 100 ml skrzepniętej krwi. W wykonanej potem kontrolnej angiografii uwidoczniono 90% zwężenie w środkowym odcinku PTW (Rycina 3.). W technice bezpośredniej w tym odcinku PTW implantowano stent (3,5 × 18 mm, Vision, Guidant) rozprężony pod ciśnie-

niem 18 atm, a następnie cewnikiem balonowym (4,5 × 10 mm, Voyager, Guidant) sekwencyjnie pod ciśnieniem 12–18 atm wykonano poszerzenie stentu (Rycina 4.). Po zabiegu w świetle naczynia uzyskano przepływ TIMI 3 (Rycina 5.). Pacjent w stanie ogólnym dobrym, bez dolegliwości stenokardialnych powrócił na OIOK.

W dalszej obserwacji stan chorego był stabilny, bez arytmii i cech niewydolności serca. Do leczenia włączono małą dawkę β -adrenolityku, ACE inhibitor, heparynę, kwas acetylosalicylowy, klopidogrel i statynę. Maksymalne wartości enzymów wskaźnikowych martwicy serca wyniosły 1187 u/l dla kinazy kreatyninowej oraz 176 u/l dla frakcji sercowej, troponina I 1,49 ng/ml. W echokardiografii serca wykazano akinezę podstawnej połowy ściany dolnej i tylnej, a także hipokinezę pozostałej części ściany dolnej. Kurczliwość pozostałej części mięśni, w tym wolnej ściany prawej komory, była prawidłowa. Frakcję wyrzutową oceniono na 50%. Po 5-dniowej rehabilitacji pacjenta wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym. Jednocześnie zakwalifikowano go do planowej angioplastyki w gałęzi przedniej zstępującej.

Przez kolejne 3 mies. chory pozostawał pod opieką tutejszej Poradni Przyklinicznej. Nie miał objawów zaostrożenia choroby wieńcowej i niewydolności serca. Zabieg planowej angioplastyki w gałęzi przedniej zstępującej z implantacją stentu uwalniającego lek



Rys. 6. Angiogram uzyskany w wyniku implantacji stentu Cypher do tętnicy przedniej zstępującej

(3,5 × 16 mm, Cypher, Cordis) wykonano bez powikłań (Rycina 6.). Utrzymano leczenie farmakologiczne z zaleceniem skojarzonego przyjmowania preparatu kwasu acetylosalicylowego i klopidogrelu przez 12 mies.

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



U podłoża patomechanizmu ostrego zawału serca z uniesieniem ST (STEMI) leży zamknięcie naczynia odpowiedzialnego za zawał (IRA) tworzącym się na pękniętej blaszce miażdżycowej zakrzepem. Celem leczenia STEMI jest jak najszybsze odtworzenie światła IRA, a tym samym i wystarczającego przepływu krwi. Obecnie cel ten można osiągnąć poprzez zastosowanie terapii fibrinolitycznej oraz pierwotnej angioplastyki wieńcowej (pPCI).

Po szerokim wprowadzeniu pPCI do użytku klinicznego dość szybko okazało się, że mechaniczne udroż-

nienie IRA nie zawsze zapewnia uzyskanie optymalnego wyniku, tj. przywrócenie pełnej perfuzji mięśnia sercowego. U takich chorych stwierdza się: gorszy przepływ w skalach TIMI lub MBG, niższy odsetek rezolucji odcinka ST oraz mniejszą frakcję wyrzutową lewej komory, które w efekcie decydują o gorszym rokowaniu odległym (np. roczna śmiertelność przy MBG 3 wynosi ok. 7%, natomiast przy MBG 0/1 22%!).

W trakcie zabiegów pPCI dochodzi do uwalniania elementów miękkiej blaszki miażdżycowej (w tym kryształów cholesterolowych, makrofagów) oraz cząstek zakrzepu, które oprócz embolizacji dystalnej, powodującej okluzję naczynia, mogą prowadzić do „odczynu naczyniowego” na poziomie wieńcowych naczyń