

# Ostry zespół wieńcowy z przetrwałym uniesieniem odcinka ST z prawidłowym obrazem angiograficznym naczyń wieńcowych

Acute coronary syndrome with persistent ST-elevation and normal coronary angiography

Jarosław Gorący, Maciej Lewandowski, Tomasz Dryja, Robert Kaliszczak

Klinika Kardiologii, Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin

Kardiol Pol 2007; 65: 1515–1518

Przedstawiamy przypadek 37-letniego chorego przyjętego do Kliniki Kardiologii PAM z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego z przetrwałym uniesieniem odcinka ST (STE-ACS).

## Opis przypadku

Mężczyzna 37-letni został skierowany do Kliniki Kardiologii z izby przyjęć szpitala powiatowego w Zachodniopomorskiem z podejrzeniem STE-ACS w zakresie ściany dolnej i bocznej. Do tej pory bez wywiadu wieńcowego, czynny zawodowo, niepalący, nie chorował na cukrzycę, nadciśnienie, uprawiał rekreacyjnie sporty siłowe.

W dniu poprzedzającym hospitalizację chory skarżył się na dolegliwości bólowe w obrębie nadbrzusza (niezbyt nasilone, dlatego nie wzywał pogotowia ratunkowego). Dolegliwościom brzuszным towarzyszyły bóle głowy, w związku z czym samodzielnie przyjął doustnie 5 tabletek ergotaminy oraz 1 dawkę metadonu. Następnego dnia z miernie wyrażonymi dolegliwościami bólowymi nadbrzusza zgłosił się do poradni przyzakładowej, skąd po wykonaniu badania EKG, z rozpoznaniem ostrego zawału serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) został skierowany do szpitala rejonowego, a następnie, po podaniu nasycającej dawki kwasu acetylosalicylowego (ASA), przekazany do tutejszej Kliniki Kardiologii.

W chwili przyjęcia do Kliniki stan ogólny chorego był dobry, praktycznie bez dolegliwości bólowych, z miarową czynnością serca 80/min, ciśnieniem tętniczym krwi 120/80 mmHg, w I klasie Killipa. W badaniu echokardiograficznym obserwowano wybitną hipokinezę podstawnego segmentu ściany dolnej, bez istotnych zmian zastawkowych, z frakcją wyrzutową 60%. Natomiast w ba-

daniu EKG (wykonanym przy przyjęciu) stwierdzono istotne uniesienia odcinka ST w odprowadzeniach II, III, aVF oraz V<sub>6</sub> (Rycina 1). W badaniach laboratoryjnych odnotowano: CK-MB 46,8 U/l (norma <25,0), AST 171 U/l (norma <35,0), ALT 318 U/l (norma <45,0), LDH 325 U/l (norma <248,0) TnI 2,15 µg/l (norma <0,1).

Po podaniu choremu 600 mg kłopidogrelu wykonano koronarografię, w której stwierdzono prawidłowy angiograficznie obraz lewej oraz prawej tętnicy wieńcowej (Rycina 2.). Wobec powyższego zakwalifikowano go do leczenia zachowawczego. Zapis EKG wykonany bezpośrednio po badaniu koronarograficznym w zasadzie się nie zmienił (Rycina 3.) i utrzymał bez zmian do dnia wypisu z Kliniki.

W trakcie hospitalizacji badania laboratoryjne uzupełniono o następujące oznaczenia: CRP 25,4 mg/l (norma <9,0), cholesterol całkowity 140 mg/dl, LDL-cholesterol 104 mg/dl, HDL-cholesterol 26 mg/dl, trójglicerydy 88 mg/dl, homocysteina 2,31 µmol/l (norma 5,9–16,0).

Ze względu na angiograficznie prawidłowe tętnice wieńcowe postanowiono jeszcze raz dokładnie zebrać wywiad oraz przeanalizować farmakoterapię poprzedzającą zdarzenie. Chory „przypomniat sobie” jeszcze o sterydzie anabolicznym (preparat metandienonu) niejasnego pochodzenia (prawdopodobnie zza wschodniej granicy), przyjmowanym od 10 dni w dawce 1 tabletki dziennie w celu uzyskania szybkiego przyrostu masy mięśniowej. Na podstawie dokonanej analizy przyjęto, iż przyczyną ostrego zespołu wieńcowego był spazm tętnicy wieńcowej związany z przyjmowaniem środków anabolicznych w połączeniu z efedryną. Chociaż prawdopodobny jest także bezpośredni toksyczny wpływ metandienonu na komórki zarówno wątrobowe, jak i mięśnia sercowe-

---

## Adres do korespondencji:

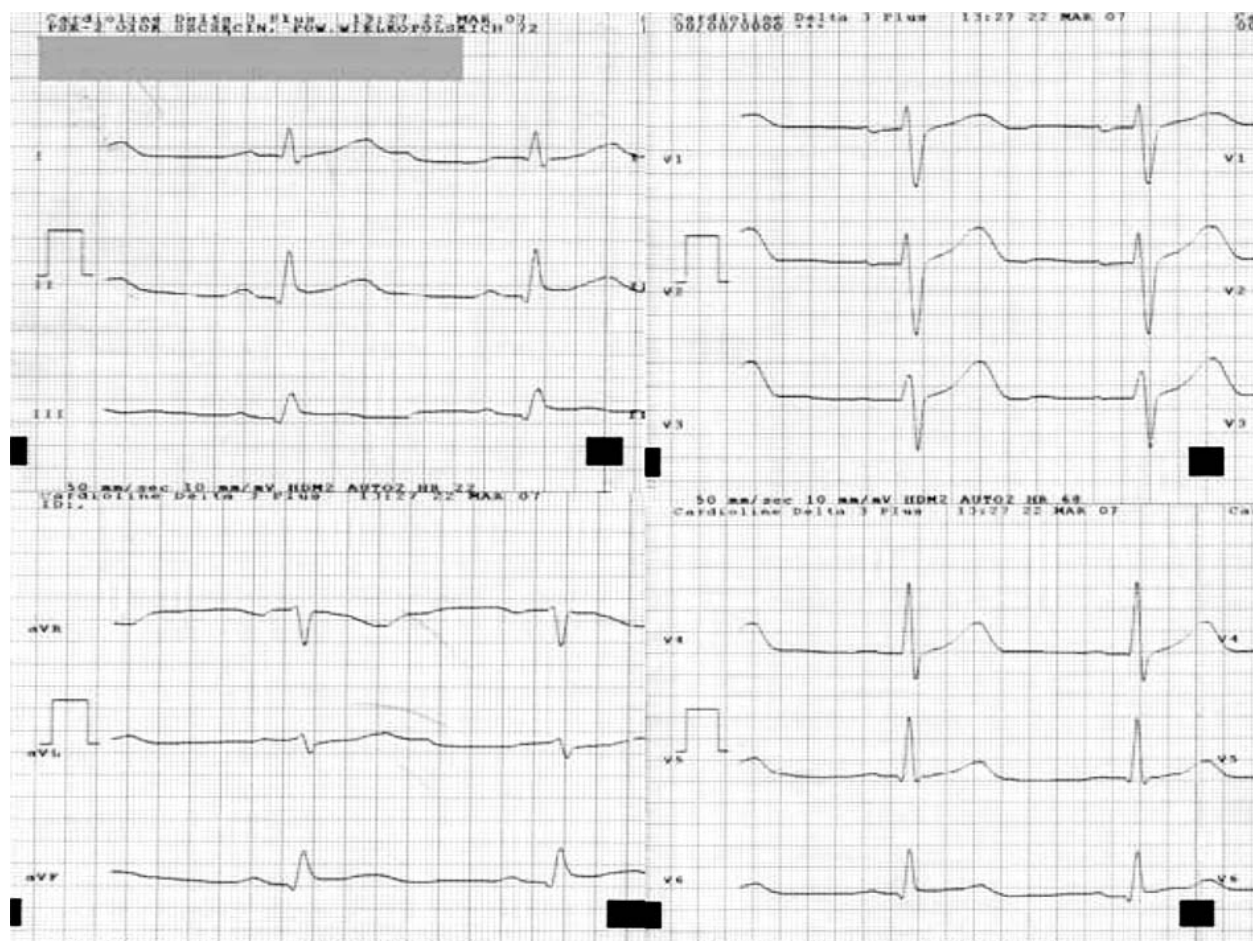
dr n. med. Jarosław Gorący, Klinika Kardiologii, Pomorska Akademia Medyczna, ul. Powstańców Wlkp. 72, 70-111 Szczecin, tel.: +48 91 466 14 20, e-mail: sphe@sci.pam.szczecin.pl



Rycina 1. Wyjściowy EKG – widoczne istotne uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach II, III, aVF i V<sub>6</sub>



Rycina 2. Prawidłowy obraz angiograficzny lewej i prawej tętnicy wieńcowej

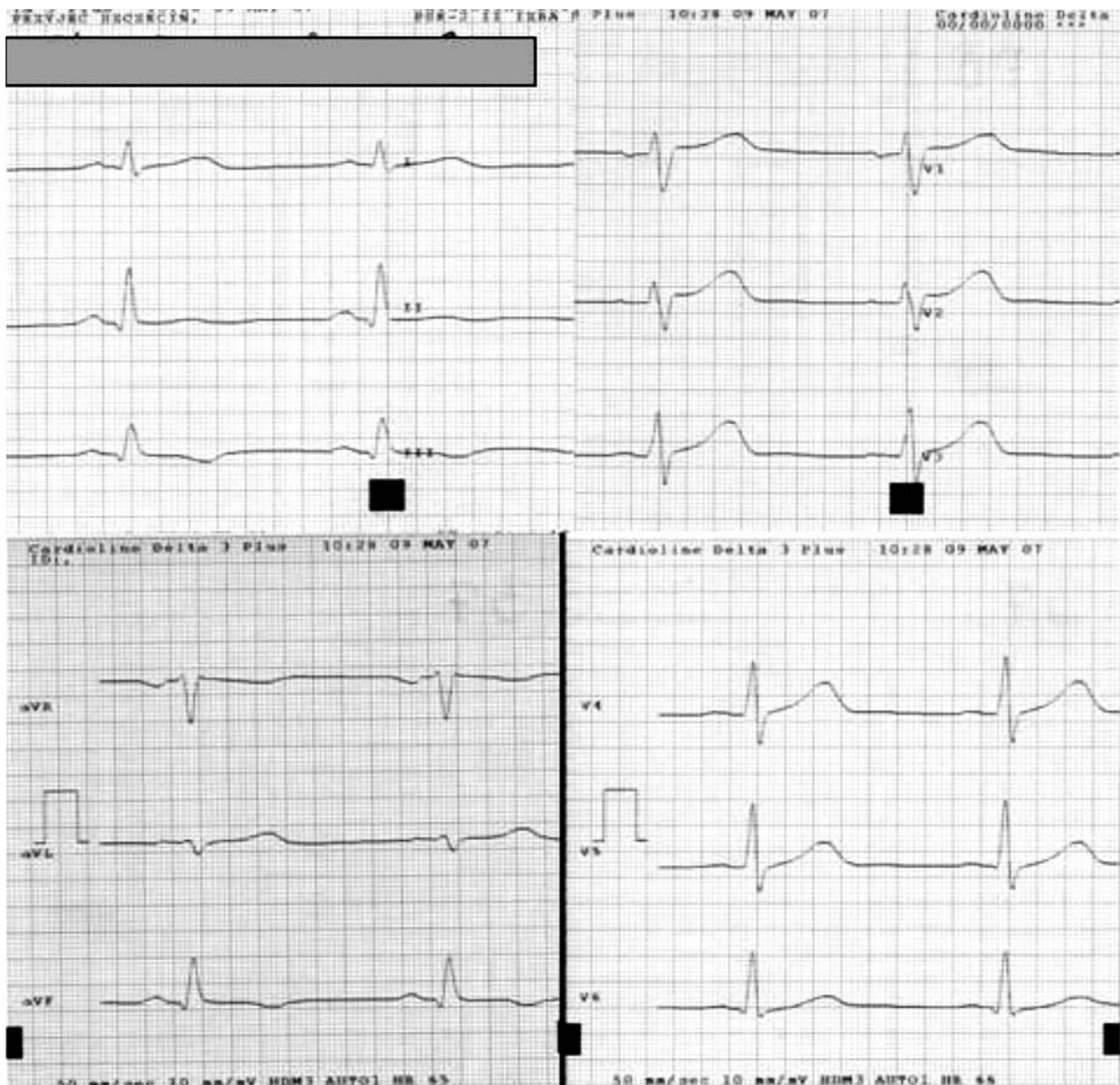


**Rycina 3.** EKG wykonywane po przeprowadzonym badaniu angiograficznym – mniejsze uniesienie odcinka ST w tych samych odprzewodzeniach co w badaniu wyjściowym

go. Kontynuowano terapię: ASA, kłopidogrel, chlorowodorek werapamilu oraz preparaty ostaniające komórki wątrobowe. Chory został wypisany w 4. dobie pobytu w stanie ogólnym dobrym, z zaleceniem regularnej kontroli ambulatoryjnej.

W badaniach kontrolnych wykonanych w 40. dniu od wypisania ze szpitala stwierdzono: w badaniu echokardiograficznym ustąpienie zaburzeń kurczliwości, w EKG ewolucję zmian ST-T w postaci normalizacji odcinka ST-T oraz ujemnych załamków T w III oraz aVF (Rycina 4.). Także wszystkie aktywności enzymatyczne wróciły do wartości prawidłowych.

Opisany przypadek jeszcze raz podkreśla rolę koronarografii w weryfikacji wątpliwego rozpoznania ACS, a także, co jeszcze istotniejsze, rozsądek lekarzy z rejonu i prawidłową współpracę pomiędzy szpitalem powiatowym a pracownią angiograficzną pełniącą ostry dyżur. W obliczu wątpliwości klinicznych zdecydowano się bowiem na transport chorego z dość odległego ośrodka (co trwało dłużej niż standardowe 90 min), ale oszczędzono mu ewentualnych powikłań związanych z niepotrzebną fibrylizacją z użyciem streptokinazy (najczęściej jedyne leku fibrynolitycznego dostępnego na polskich oddziałach internistycznych i kardiologicznych).



**Rycina 4.** Kontrolne badanie EKG (wykonane w 40. dobie od wypisania) – ewolucja zmian ST-T; normalizacja zapisu w odprawieniach II i V<sub>6</sub> oraz pojawienie się ujemnych załamków T w III i aVF