

# Rozwarstwienie tętnicy wieńcowej podczas zabiegu pierwotnej angioplastyki wieńcowej u chorej z reumatoidalnym zapaleniem stawów

Dissection of coronary artery during primary PCI in a patient with rheumatoid arthritis

Aneta I. Gziut, Piotr Seweryniak

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa

Kardiologia Pol 2007; 65: 1389–1390

Prezentujemy przypadek 65-letniej kobiety przyjętej do naszej Kliniki z wstępnym rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia odcinka ST.

## Opis przypadku

Omawiana chora od 12 lat leczyla się z powodu nadciśnienia tętniczego oraz reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS). Dotychczas zmiany wywołane RZS nie spowodowały istotnego ograniczenia jej sprawności, jednak przed ok. rokiem, ze względu na progresję zmian stwierdzoną w RTG dłoni oraz stóp, chorej zmodyfikowano farmakoterapię (enkorton 1 × 7,5 mg, alfacalcidol 1 × 25 mg).

Od ok. 3 mies. chora zaobserwowała pogorszenie wydolności fizycznej. Dzień przed omawianą hospitalizacją, po sutym obiedzie wystąpił ból o charakterze pieczenia w okolicy podmostkowej. Dolegliwości te chora początkowo ignorowała. Ponieważ jednak nie ustępowały przez >3 godz., zgłosiła się do naszego szpitala.

W wykonanym wówczas EKG nie stwierdzono zmian niedokrwiennych, także poziom markerów sercowych był w granicach normy – fosfokinaza kreatyniny (CPK) 33 U/dl, izoenzym MB kinazy kreatyniny (CK-MB) 20 U/dl, troponina I (cTnI) 0,1 ng/dl. Zdecydowano o pozostawieniu chorej na obserwacji. Podano jej kwas acetylosalicylowy (ASA) – 300 mg i enoksaparynę – 80 mg. Dolegliwości bólowe po ok. 3 godz. ustąpiły. Jednak w EKG wykonanym 6 godz. od zgłoszenia stwierdzono obniżenie odcinka ST w odprowadzeniach I, aVL, V<sub>5</sub>–V<sub>6</sub> oraz ujemny załamek T w odprowadzeniach V<sub>2</sub>–V<sub>5</sub>. Ponadto wykazano podwyższenie poziomu cTnI (0,55 ng/dl).

Wobec powyższych faktów chorą przekazano na oddział intensywnej opieki kardiologicznej (OIOK). Przy przy-

jęciu stan chorej oceniono jako stabilny (RR 140/80 mmHg, HR 60/min). Dodatkowo chora zgłosiła ponowny nawrót stenokardii. Z tego powodu przekazano ją do pracowni kardiografiograficznej w celu wykonania badania koronarografiograficznego.

Analiza koronarografii chorej wykazała poza 40% zwężeniem w dystalnym odcinku pnia głównego (LMS) obecność 2 istotnych zwężeń w proksymalnym i środkowym segmencie gałęzi przedniej zstępującej (LAD) (Rycina 1.). W pozostałych tętnicach wieńcowych ujawniono zmiany przyścienne (Ryciny 1. i 2.).

Ze względu na obraz kliniczny i angiografiograficzny zdecydowano o wykonaniu zabiegu angioplastyki (PCI) w LAD. W czasie predylatacji cewnikiem balonowym o średnicy 3,0 × 20 mm (Stormer, Medtronic) nastąpiła dyssekcja, przebiegająca od proksymalnego zwężenia LAD do dystalnego segmentu LMS (Rycina 3.). Z tego powodu implantowano 19-milimetrowy stent BX Sonic (średnica 3,5 mm, ciśnienie 12 atm), pokrywając od ujścia całą długość LMS oraz proksymalne zwężenie wraz z dyssekcją. Jednak analiza angiogramu wykazała, iż mimo odtworzenia światła naczynia poniżej stentu nastąpiło zjawisko *no-reflow* (Rycina 4.). Chorej podano bolus oraz wlew eptifibatydu. Zabieg kontynuowano, operator przy użyciu cewników balonowych (2,0 × 20 mm, a następnie 2,5 × 20 mm) poszerzył miejsce zwężenia w segmencie środkowym. Uzyskano odtworzenie światła naczynia z poprawą przepływu (TIMI 2–3).

Chorą po zabiegu przekazano na OIOK naszej Kliniki. W momencie przekazywania chora była w stanie ogólnym dobrym (częstotliwość rytmu serca 80/min, RR 120/60 mmHg), nie zgłaszała dolegliwości wieńcowych. Badanie EKG nie ujawniło nowych zmian niedokrwiennych.

---

## Adres do korespondencji:

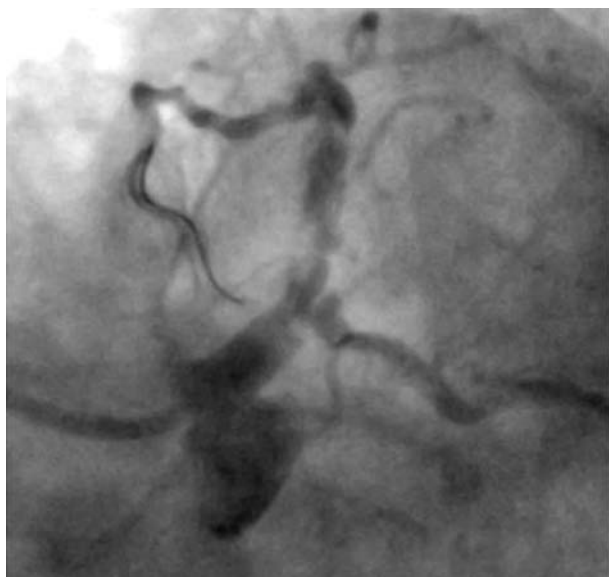
dr n. med. Aneta I. Gziut, Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa, tel.: +48 22 508 11 00, faks: +48 22 508 11 77, e-mail: kardiologia.inwazyjna@cskmswia.pl



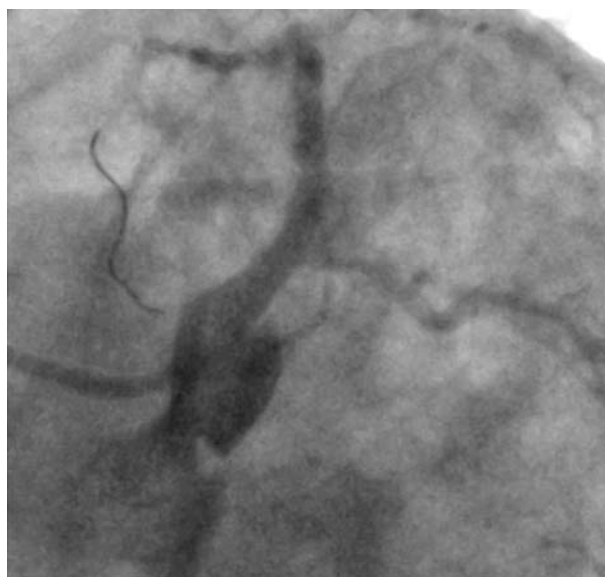
**Rycina 1.** Angiografia lewej tętnicy wieńcowej



**Rycina 2.** Angiografia prawej tętnicy wieńcowej



**Rycina 3.** Obraz angiograficzny tuż po predylatacji cewnikiem balonowym w proksymalnym zwężeniu gałęzi przedniej zstępującej. Zwraca uwagę wsteczna dyssekcja sięgająca dystalnego segmentu pnia głównego



**Rycina 4.** Obraz angiograficzny po implantacji stentu w lewej tętnicy wieńcowej. Zwraca uwagę brak wypełnienia dystalnego segmentu gałęzi przedniej zstępującej

nych. W badaniu echokardiograficznym stwierdzono zaburzenia kurczliwości w postaci hipokinezy segmentu środkowego przegrody międzykomorowej oraz segmentu podstawnego i środkowego ściany przedniej. Frakcję wyrzutową oceniono na 50%. W surowicy krwi chorej stwierdzono wzrost markerów martwicy mięśnia sercowego (maksymalnie 6 godz. po zabiegu PCI – cTnI 9,0 ng/dl, CK-MB 40 U/dl, CPK 279 U/dl).

W trakcie hospitalizacji w monitorowanym EKG nie stwierdzono istotnych zaburzeń rytmu i przewodzenia. Nie

powtórzyły się także epizody stenokardii. Po 7-dniowej hospitalizacji chora w stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu. W EKG wykonanym w dniu wypisu stwierdzono obecność dwufazowego załamka T w odprowadzeniach V<sub>3</sub>–V<sub>4</sub> oraz ujemnego załamka T w odprowadzeniach I, aVL, V<sub>5</sub>–V<sub>6</sub>. W leczeniu zalecono: beta-bloker, inhibitor ACE, statynę, ASA + klopidogrel. Przy wypisie ustalono, że chora za 3 mies. zostanie przyjęta do Kliniki w celu wykonania kontrolnej koronarografii.