

Wstrząs kardiogeny u pacjenta z ostrym zamknięciem pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej

Aneta I. Gziut, Tomasz Andrzejewski, Piotr Seweryniak

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa

Kardiologia Pol 2007; 65: 85-87

Prezentujemy przypadek 53-letniego chorego przyjętego do naszej Kliniki z powodu rozwijającego się wstrząsu kardiogenego.

Opis przypadku

Pacjent na 4 tygodnie przed omawianą hospitalizacją zaobserwował duszność występującą przy każdym wysiłku fizycznym, ponieważ jednak od wielu lat leczył się z powodu astmy oskrzelowej, właśnie z nią wiązał te dolegliwości i dlatego ustalił termin wizyty u pulmonologa.

W dniu przyjęcia do szpitala, podczas wchodzenia schodami na I piętro u chorego wystąpiła duszność oraz silny ból zamostkowy o charakterze ucisku. Ponieważ – mimo odpoczynku – dolegliwości się nasilały, po ok. 3 godz. pacjent wezwał pogotowie ratunkowe. Przybyły lekarz po przeprowadzeniu badania podmiotowego i przedmiotowego (RR 90/55 mmHg, HR 130/min) oraz wykonaniu EKG (obniżenie odcinka ST w odprowadzeniach V_4-V_6) zdecydował o przewiezieniu chorego do naszej Kliniki. Tuż przed transportem podano mu 300 mg kwasu acetylosalicylowego (ASA) oraz 10 mg morfiny.

Przy przyjęciu na OIOK pacjent był w ciężkim stanie. W badaniu przedmiotowym – blady, spocony, osłuchowo trzeszczenia do wysokości kąta łopatek, RR 80/50 mmHg, HR 130/min. W EKG stwierdzono blok lewej odnogi pęczka Hisa oraz 1,5 mm uniesienie odcinka ST w aVR. Po podaniu 5 tys. jednostek niefrakcjonowanej heparyny, pacjenta przekazano do Pracowni Kardioangiograficznej.

Koronarografia ujawniła zamknięty w segmencie dystalnym pień główny lewej tętnicy wieńcowej (Rycina 1.). Dyżurny operator niezwłocznie zdecydował się na wykonanie zabiegu przezskórnej rewaskularyzacji

(PCI) i podał choremu dowieńcowo abcixsimab. W pierwszej fazie zabiegu do gałęzi pośredniej wprowadzono prowadnik wieńcowy (Rycina 2.) i wykonano na wysokości zamknięcia predylatację cewnikiem balonowym o średnicy 2,5 mm (Sequent, Braun). Podanie kontrastu uwidocznilo gałąź okalającą, dużą gałąź pośrednią oraz częściowy przepływ w gałęzi przedniej zstępującej (Rycina 3.). Operator wprowadził drugi prowadnik do gałęzi przedniej zstępującej i tym samym cewnikiem balonowym poszerzył jej początkowy odcinek. Kontrolne podanie kontrastu ukazało prawidłowy przepływ w gałęzi przedniej zstępującej z odchodzącą od niej zwężoną w ujściu, równoważną 1. gałęzią diago-



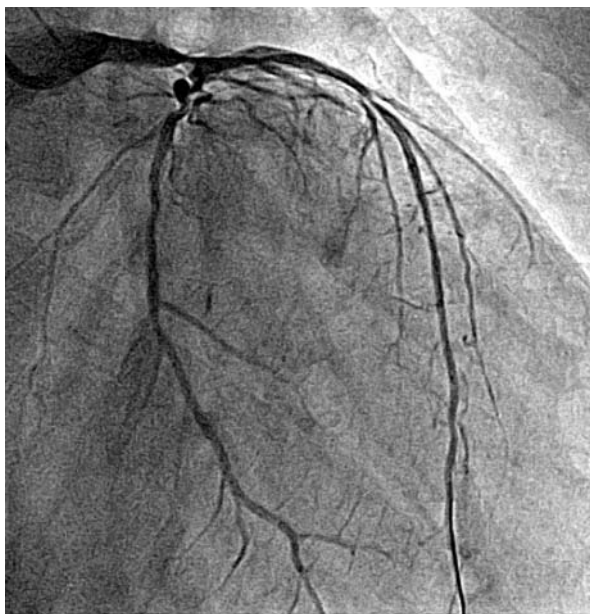
Rycina 1. Obraz angiograficzny lewej tętnicy wieńcowej – uwidacznia się zamknięty w segmencie dystalnym pień główny lewej tętnicy wieńcowej

Adres do korespondencji:

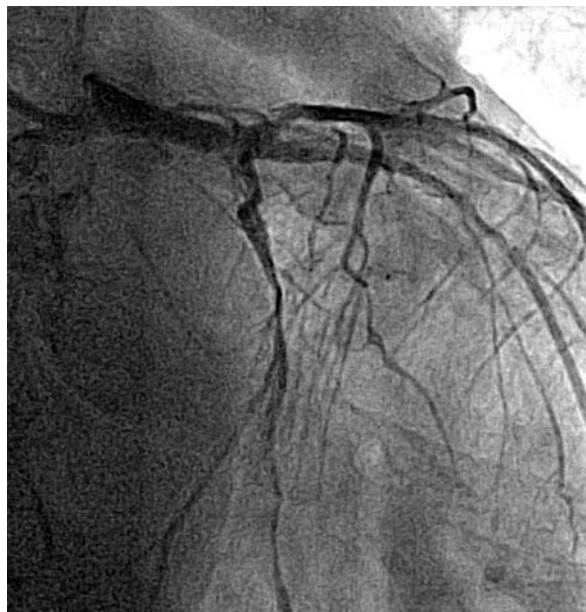
Aneta I. Gziut, Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa, tel.: +48 22 508 11 00, faks: +48 22 508 11 77, e-mail: kardiologia.inwazyjna@cskmswia.pl



Rycina 2. Angiografia po wprowadzeniu lidera wieńcowego do gałęzi pośredniej; widoczny przebieg lewej tętnicy wieńcowej z krytycznym zwężeniem w końcowej części pnia głównego tej tętnicy



Rycina 3. Angiografia pnia głównego bezpośrednio po pierwszej predylatacji cewnikiem balonowym



Rycina 4. Obraz angiograficzny lewej tętnicy wieńcowej bezpośrednio po zakończonym zabiegu PCI zarówno w LMS, jak i obu jej gałęziach



Rycina 5. Angiografia prawej tętnicy wieńcowej

nalną. W następnym etapie zabiegu implantowano 8 mm stent (Liberte, BSC) o średnicy 3,5 mm, obejmujący dystalny segment pnia głównego oraz proksymalny odcinek gałęzi przedniej zstępującej. Kontynuując zabieg, poprzez oczko implantowanego stentu poszerzono ujście gałęzi pośredniej. Niestety, ze względu na rozwarstwienie jej początkowego odcinka konieczne było implantowanie stentu (Liberte 2,5 × 8 mm). Podanie środka kontrastującego potwierdziło prawidłowy

przeptyw przez gałęzie lewej tętnicy wieńcowej (Rycina 4.). Po zakończeniu zabiegu PCI wykonano koronarografię w prawej tętnicy wieńcowej. Poza dwoma pośrednimi zwężeniami w proksymalnym (50%) i środkowym (60%) segmencie stwierdzono zmiany przyścienne na całym jej przebiegu (Rycina 5.).

Po zabiegu chorego w stanie dość ciężkim przekazano na OIOK (RR 100/50 mmHg, HR 110/min). W wykonanym bezpośrednio po zabiegu EKG stwierdzono zespół

QS w odprowadzeniach V_1 – V_2 , brak progresji załamka R w odprowadzeniach V_3 – V_4 . Monitorowanie poziomu markerów martwicy serca ujawniło maksymalne ich wartości w 10. godz. po PCI (TnI 4,84 ng/dl, CPK MB 186 U/dl, CPK 1126 U/dl). W badaniu echokardiograficznym wykonanym w 1. godz. po powrocie chorego z Pracowni, stwierdzono rozległe zaburzenia kurczliwości: akinezę ściany przedniej, bocznej i koniuszka, hipokinezę ściany tylnej i przedniej części przegrody międzykomorowej. Frakcję wyrzutową lewej komory oceniono na 28%.

U chorego kontynuowano wlew heparyny niefrakcjonowanej, natomiast ze względu na hipotonię przez 3 dni stosowano wlew z dobutreksu. Ponadto w trakcie hospitalizacji, wraz z poprawą kliniczną chorego, do leczenia włączano i zwiększano dawki inhibitora konwertazy, leków moczopędnych, a po odstawieniu amin katecholowych – β -bloker. Od 1. doby pacjent otrzymywał statynę oraz ASA i kłopidogrel. W kolejnych zapisach EKG obserwowano ewolucję zawatu ściany przednio-bocznej. W trakcie całego okresu hospitalizacji chory nie zgłosił nawrotu dolegliwości stenokardialnych.

W badaniu echokardiograficznym wykonanym w ostatnim dniu hospitalizacji stwierdzono poprawę kurczliwości w obrębie koniuszka (hipokineza) i ściany tylnej (normokineza). Frakcję wyrzutową oceniono na 37%. W badaniu EKG – zespół QS w V_1 – V_3 , dwufazo-

we załamki T w V_4 – V_6 , I, aVL). Po 12-dniowej hospitalizacji chorego wypisano do domu. W leczeniu zalecono: β -bloker, inhibitor ACE, 2 leki moczopędne, statynę, ASA + kłopidogrel.

Na dzień przed wypisem na posiedzeniu kardiologiczno-kardiochirurgicznym chorego zakwalifikowano do planowego (4–6 tygodni później) zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG). Początkowo chory nie zgadzał się na proponowany zabieg, jednak ze względu na niską tolerancję wysiłku, epizody stenokardii (CCS 2/3) po 4 mies. zdecydował się na leczenie operacyjne. Z informacji uzyskanej od chorego wynika, iż pomimo wcześniejszej kwalifikacji do 5 pomostów naczyniowych (!) – wszczepiono mu jedynie pomost tętniczy z lewej tętnicy piersiowej wewnętrznej do 1. gałęzi diagonalnej. W badaniu echokardiograficznym wykonanym w dniu wypisu z Kliniki Kardiochirurgii stwierdzono akinezę ściany przedniej, przegrody międzykomorowej, hipokinezę koniuszka i ściany bocznej. W leczeniu kontynuowano zaleconą poprzednio farmakoterapię.

Chory okresowo zgłasza się na kontrolne wizyty w Przyklinicznej Poradni Kardiologicznej. Jego wydolność fizyczna nie poprawiła się istotnie, dlatego też zaproponowano mu wykonanie kontrolnej koronarografii.

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



No i mamy następny przypadek chorego z chorobą pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej (LMS), któremu życie ratuje skuteczny zabieg przezskórnej rewaskularyzacji (PCI). Jak zwykle można mieć uwagi do poszczególnych decyzji operatora, ale osiągnięty wynik, tj. skuteczne odtworzenie przepływu

krwi w lewej tętnicy wieńcowej, broni się sam. Dlatego nie pozostaje mi nic innego, jak podzielić się z czytelnikami przemyśleniami, które wiążą się z analizą opisanego przypadku. Mam przy tym nadzieję, iż przydadzą

się one niejednemu kardiologowi interwencyjnemu, zwłaszcza w czasie samodzielnie prowadzonego 36-godzinnego dyżuru kardioangiograficznego.

I tak, przede wszystkim należy pamiętać, że tło wieńcowe, a zwłaszcza lokalizacja zamknięcia na poziomie LMS, jest najczęstszą przyczyną wstrząsu kardiogenego oraz że PCI jest najbardziej efektywną metodą jego leczenia. Przy czym, zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC), w takich przypadkach przedłużone jest tzw. „okno terapeutyczne” dla PCI z 12 godz. od rozpoczęcia dolegliwości do 24 godz. Poza tym warto wiedzieć, iż najnowsze opracowania badania SHOCK udowodniły, że zysk ze