

Pierwotna angioplastyka prawej tętnicy wieńcowej u chorego z przewlekłą pozawałową niewydolnością serca

Sławomir Gołębiowski, Aneta I. Gziut, Piotr Kwiatkowski, Jarosław Rzezak

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa

Kardiologia 2006; 64: 1312-1314

Prezentujemy przypadek 55-letniego chorego z przewlekłą niewydolnością serca, przyjętego do naszej kliniki w trybie pilnym z powodu ostrego zespołu wieńcowego.

Opis przypadku

Z przeprowadzonego wywiadu wynikało, że chory od ponad 15 lat palił papierosy, a od ok. 5 lat był leczony z powodu nadciśnienia tętniczego oraz podwyższonych wartości cholesterolu. Dostarczona dokumentacja medyczna dowodziła, że omawiany chory w październiku 2001 r. przeżył przednio-przegrodowy zawał serca, jednak został on rozpoznany rok później w trakcie hospitalizacji spowodowanej ostrą niewydolnością serca. W wykonanym wówczas badaniu echokardiograficznym stwierdzono: znacznie powiększoną jamę lewej komory (w rozkurczu – 74 mm), umiarkowaną niedomykalność mitralną, akinezę segmentów koniuszkowych przegrody i ściany bocznej oraz obniżoną frakcję wyrzutową lewej komory (ok. 45%). Test wysiłkowy był wówczas ujemny (przy obciążeniu 7 METs), a 5 mies. później echokardiograficzna próba dobutaminowa wykazała brak żywotności w zakresie przedniej ściany oraz upośledzoną kurczliwość w zakresie ściany dolnej serca. Wykonana miesiąc później (kwiecień 2002 r.) koronarografia wykazała: prawidłową gałąź okalającą lewą, zamkniętą gałąź przednią zstępującą oraz ok. 50% zwężenie w obwodowym odcinku prawej tętnicy wieńcowej.

Przez okres kolejnych 3 lat chory pozostawał pod opieką rejonowej poradni kardiologicznej, przyjmował kwas acetylosalicylowy, perindopril, bisoprolol oraz atorwastatinę. W styczniu 2004 r. chory zaczął się skarżyć na wysiłkowe bóle stenokardialne. Wykonany wtedy test wysiłkowy został oceniony jako dodatni (przy 5 METs) w obsza-

rze dolnej ściany. Natomiast badanie echokardiograficzne wykazało: poszerzoną jak poprzednio lewą komorę oraz akinezę ze ścięciem ściany przedniej i przegrody, z frakcją wyrzutową lewej komory rzędu 40%.

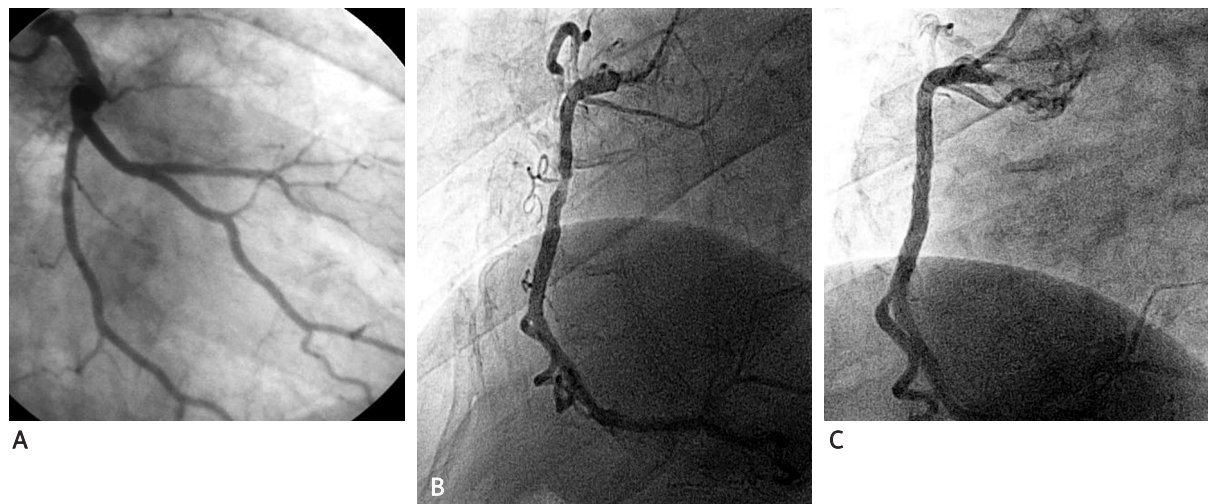
W efekcie ww. badań pod koniec stycznia 2005 r. omawianego chorego przyjęto do naszej kliniki w celu wykonania koronarografii. W badaniu tym stwierdzono podobny do opisywanego w 2002 r. obraz lewej tętnicy wieńcowej oraz istotne zwężenie w środkowym odcinku segmentu środkowego z przyściennymi zmianami (maksymalnie do 40% redukcji światła) w segmencie dystalnym prawej tętnicy wieńcowej (Rycina 1.).

Miejsce istotnego zwężenia prawej tętnicy wieńcowej po predylatacji 3,0 mm cewnikiem balonowym poddano implantacji stentu Bx Sonic (3,5 × 18 mm; 14 atm), uzyskując pełne odtworzenie światła naczynia. Chorego w 2. dobie hospitalizacji, w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu z zaleceniem przyjmowania, obok poprzednio stosowanych leków, jeszcze kłopidogrelu przez 4 tygodnie. Ponadto zaplanowano kontrolny elektrokardiograficzny test wysiłkowy w 6 tygodni po zabiegu angioplastyki.

Wyżej opisany test wykonano na początku marca 2005 r. i oceniono jako ujemny (przy obciążeniu 10 METs). Był on przeprowadzony bez przerywania leczenia zaleconego po angioplastyce prawej tętnicy wieńcowej. Około 2 tygodni później chory został ponownie przyjęty do naszego szpitala w trybie pilnym z powodu ostrego zawału serca ściany dolnej. Z wywiadu zebranego przy przyjęciu wynikało, że po zaplanowanym wcześniej kontrolnym teście wysiłkowym chory odstawił kłopidogrel, a spoczynkowe dolegliwości stenokardialne pojawiły się już 5 dni później (Rycina 2.).

Adres do korespondencji:

Sławomir Gołębiowski, Klinika Kardiologii Inwazyjnej CSK MSWiA, ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa, tel.: +48 22 508 11 01, faks: +48 22 508 11 77, e-mail: sawek@poczta.fm



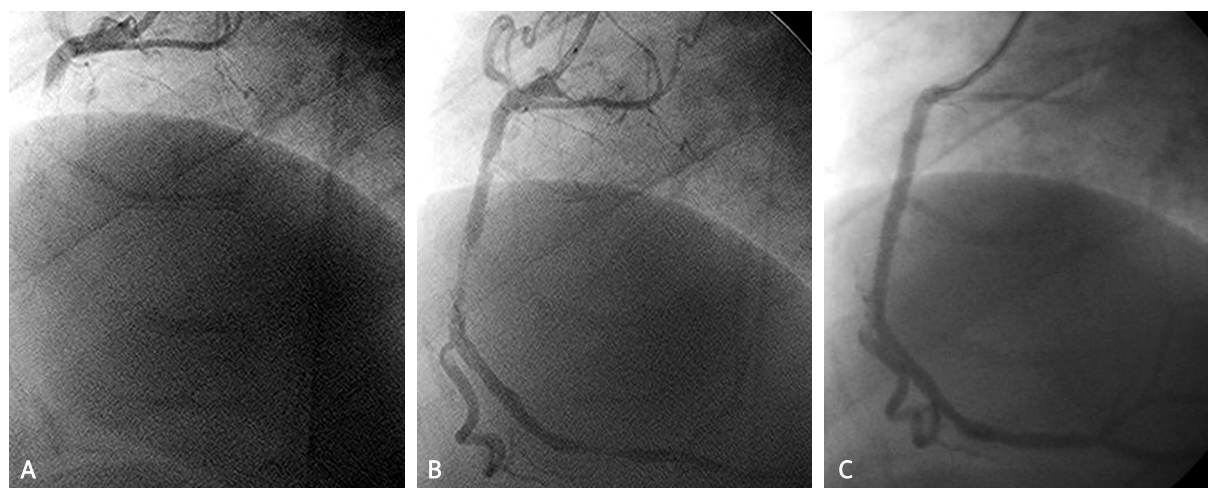
Rycina 1. Obraz naczyń wieńcowych z pierwszej koronarografii wykonanej w styczniu 2005 r.: A – lewa tętnica wieńcowa – zwraca uwagę wysokie zamknięcie gałęzi przedniej zstępującej; B – prawa tętnica wieńcowa – widoczne istotne zwężenie w segmencie środkowym; C – angiogram prawej tętnicy wieńcowej po implantacji stentu – widoczne pełne odtworzenie światła naczynia

W wykonanej w trybie pilnym koronarografii (koniec marca 2005 r.) stwierdzono zamknięcie prawej tętnicy wieńcowej od początku segmentu środkowego, z porównywalnym w stosunku do poprzedniego badania obrazem lewej tętnicy wieńcowej. Operator zdecydował się na wykonanie zabiegu rekanalizującego prawą tętnicę wieńcową.

Przed zabiegiem choremu podano abciximab (ReoPro, Centrocor) w typowych dawkach. Po sforsowaniu miejsca zamknięcia przewodnikiem angioplastycznym BMW poszerzono je (12 atm) cewnikiem balonowym

o średnicy 3 mm. Ze względu na wystąpienie długiego rozwarstwienia dystalnie do implantowanego w styczniu 2005 r. stentu, operator był zmuszony implantować w to miejsce następny stent (Chopin 3,5 × 15; 16 atm), który odtworzył pełny przepływ krwi w naczyniu.

Choremu w trakcie pobytu na OIOK ze względu na napady częstoskurczu komorowego wdrożono leczenie amiodaronem. W 10. dobie hospitalizacji wykonano programowaną stymulację prawej komory, w trakcie której wywołano niepodtrzymujący się częstoskurcz komorowy. W EKG występował blok lewej odnogi pęczka



Rycina 2. Angiogramy prawej tętnicy wieńcowej uzyskane w marcu 2005 r.: A – obraz po pierwszym podaniu kontrastu – widoczne wysokie zamknięcie tętnicy; B – stan po użyciu cewnika balonowego 3,0 – widoczne zwężenie na proksymalnym brzegu stentu oraz istotna redukcja światła poniżej, spowodowana dyssekcją; C – obraz na koniec zabiegu pierwotnej angioplastyki wieńcowej

Hisa z opóźnieniem międzykomorowym równym 90 ms. W wykonanym pod koniec hospitalizacji badaniu UKG stwierdzono rozstrzeń lewej komory (rozkurcz – 76 mm) z rozległymi zaburzeniami kurczliwości oraz znacznie obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory (EF=21%).

Po 18 dniach hospitalizacji pacjenta wypisano do domu z zaleceniem stałej kontroli w tutejszej Poradni Przyklinicznej Niewydolności Serca oraz regularnego przyjmowania przepisanych leków (kwasu acetylosalicylowego z tiklopidyną oraz: karwedilolu, perindoprilu, hydrochlorotiazidu, amiodaronu, spironolaktonu, simwastatyny).

Chorego ponownie przyjęto do tutejszej kliniki w listopadzie 2005 r. z powodu znacznego nasilenia się ko-

morowych zaburzeń rytmu serca. Kontrolna koronografia wykazała utrzymujący się dobry efekt angioplastyki w prawej tętnicy wieńcowej oraz brak zmian w stosunku do poprzedniego badania w lewej tętnicy wieńcowej. Obraz ultrasonograficzny był bardzo zbliżony do poprzedniego, natomiast 24-godzinna rejestracja EKG wykazała wstawki monomorficznego częstoskurczu komorowego, co zadecydowało o ostatecznej decyzji implantacji automatycznego kardiowertera-defibrylatora (ICD). Zabieg ten odbył się bez powikłań i chory w 5. dobie hospitalizacji został wypisany do domu. Obecnie pozostaje pod stałą opieką tutejszej Przyklinicznej Poradni Niewydolności Serca.

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Muszę przyznać, że zaprezentowany *Angiogram miesiąca* jest nieco inny niż poprzednie. Otóż, moim zdaniem, najciekawsze w nim (a i bardzo pouczające!) są nie obrazy angiograficzne ani protokół angioplastyki wieńcowej, a opis przebiegu choroby niedokrwiennej serca (ChNS) u stosunkowo młodego

chorego. Po zapoznaniu się z tym przypadkiem zapewne wielu czytelników uzmysłowi sobie wagę i znaczenie skutecznego leczenia zawału serca, zwłaszcza gdy tętnicą odpowiedzialną za zawał jest gałąź przednia zstępująca. Jak wynika z przedstawionego przypadku, można go przeżyć bez większych objawów klinicznych, jednak trzeba mieć świadomość, że nierzadko pozostawia on nieodwracalne wręcz skutki, na przykład upośledzając znacznie kurczliwość serca. Co więcej, historia przedstawionego chorego w bardzo obrazowy sposób pokazuje, że u człowieka proces miażdżycowy może niejako rozciągać się w czasie, ujawniając się w kolejnych tętnicach wieńcowych. Z tym wiązać się oczywiście nawracające dolegliwości bólowe oraz nasilające się objawy kliniczne, zmuszające do wykonywania kolejnych koronarografii.

Opisany przypadek może również służyć jako przykład właściwej kwalifikacji chorych po przebytych zawałach serca do zabiegów rewaskularyzacyjnych (zarówno

przezskórnych, jak i operacyjnych). To dzięki wykazaniu w echokardiograficznej próbie wysiłkowej brakowi żywotności odstąpiono od próby rekanalizacji lub postomostowania (np. LIMA) gałęzi przedniej zstępującej. Zastanawia mnie tylko to, że wynik tej próby nie skłonił lekarza prowadzącego do angioplastyki w prawej tętnicy wieńcowej. Zapewne zadecydował tutaj subiektywny brak dolegliwości u chorego. Fakt, że chory ten nieźle funkcjonował przez następne 3 lata, dowodzi jednak, że wielkiego błędu nie popełniono. W przypadkach wielonaczyniowej choroby wieńcowej warto wykorzystać pomiar cząstkowej rezerwy wieńcowej (*fractional flow reserve*) do potwierdzenia istotności zwężeń uznawanych w obrazie angiograficznym za tzw. pośrednie (redukcja średnicy 45–65%).

W przedstawianym przypadku na omówienie zastępują jeszcze dwie kwestie. Pierwsza dotyczy wystąpienia u opisanego chorego ostrego zawału serca, i to w kilka dni po ujemnym teście wysiłkowym, natomiast druga – komorowych zaburzeń rytmu u chorego z niską frakcją wyrzutową lewej komory, a właściwie sposobu ich leczenia. Nie ukrywam, że pierwsza kwestia jest bardziej spekulatywna, jednak wydaje się wielce prawdopodobne, że u naszego chorego w pobliżu implantowanego wcześniej stentu była tzw. ranliwa blaszka (*vulnerable plaque*), która pomimo stosowanego leczenia (zapewne odstawienie klopidogrelu nie było obojętne) pę-

kła i zainicjowała ostry zespół wieńcowy. Ten właśnie fakt jednoznacznie dowodzi, że przeskórne leczenie ChNS jest leczeniem miejscowym i nie chroni przed formowaniem się nowych blaszek miażdżycowych. W drugiej kwestii nasze postępowanie musi być bardzo pragmatyczne. W kierowanej przeze mnie Klinice w przypadku przeciwwskazań staramy się zawsze zaczynać leczyć takich chorych lekami antyarytmicznymi (najczęściej amiodaronem), wykorzystując do oceny skuteczności 24-godzinne monitorowanie EKG. W razie niepowodzenia, przy istnieniu tzw. substratu arytmicznego (związanego ze znacznie zaburzoną i obniżoną kurczliwością lewej komory <35%), kwalifikujemy ich do implantacji

automatycznego kardiowertera-defibrylatora. Natomiast w razie jego częstego uruchamiania się, staramy się wykonać ablację RF ogniska arytmogennego. U chorych z lepszą frakcją wyrzutową przy nieskuteczności farmakoterapii często odwracamy kolejność, zaczynając od ablacji, a kończąc na implantacji ICD.

Rokowanie opisanego chorego nie należy do najlepszych. Jest jeszcze stosunkowo młody, frakcja wyrzutowa lewej komory jest istotnie obniżona, a możliwości kolejnych rewaskularyzacji są ograniczone. Wydaje się, że chory ten jest naturalnym kandydatem do przeszczepienia serca, a fakt implantacji ICD znacznie zwiększa jego szanse na dotrwanie do odpowiedniego momentu.