

Angioplastyka pnia lewej tętnicy wieńcowej powikłana dyslokacją rozprężonego stentu do aorty – opis przypadku

Angioplasty of the left main coronary artery complicated by deployed stent dislocation – a case report

Maciej Lewandowski, Jarosław Gorący, Irmina Kossuth, Tomasz Dryja, Robert Kaliszczak

Klinika Kardiologii, Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin

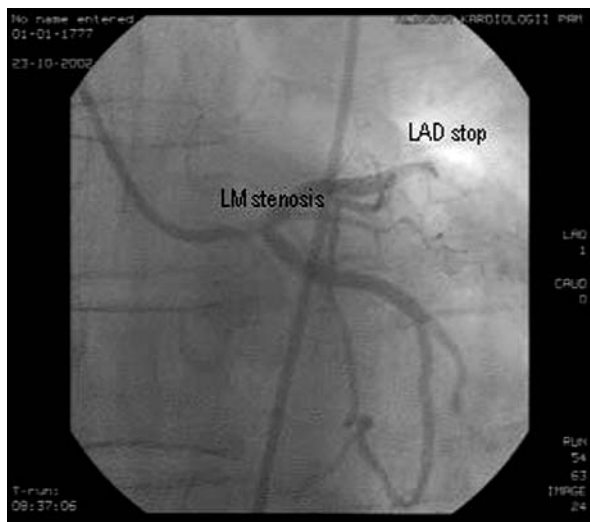
Post Kardiol Interw 2008; 4, 1 (11): 43–45

Słowa kluczowe: dyslokacja, stent, angioplastyka

Key words: dislocation, stent, angioplasty

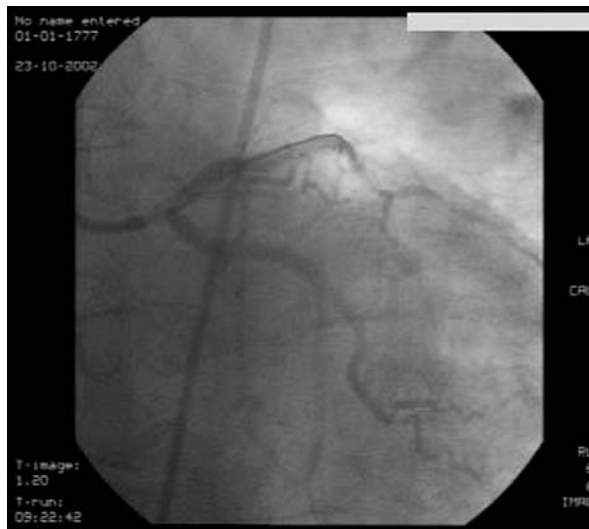
Mężczyzna 76-letni został przyjęty do naszej Kliniki w ramach ostrego dyżuru wieńcowego z objawami ostrego zawału ściany przednio-bocznej z uniesieniem odcinka ST (STEMI). Ból w klatce piersiowej utrzymywał się od około 5–6 godzin. W wywiadach nadciśnienie tętnicze oraz hipercholesterolemia. W przewlekłej terapii dotychczas przyjmował beta-adrenolityk, lek hamujący enzym konwertujący angiotensynę (ACE-I), kwas ace-

tylosalicylowy (ASA) 75 mg/dobę i simwastatynę 20 mg/dobę. W badaniu echokardiograficznym stwierdzono akinezę 1/2 przykoniuszkowej ściany przedniej i bocznej z hiperkinezą pozostałych ścian i globalną frakcją wyrzutową 50%. W badaniu przedmiotowym nie stwierdzano cech niewydolności serca, ciśnienie tętnicze wynosiło 140/110 mm Hg. Podano 300 mg kłopidogrelu (wcześniej otrzymał 300 mg ASA) i w trybie nagłym wykonano koronarografię, w której stwierdzono zamkniętą w części środkowej tętnicę zstępującą przednią (LAD), istotne zwężenie gałęzi tylnobocznej prawej tętnicy wieńcowej, a także krótki, istotnie zwężony pień lewej tętnicy wieńcowej (LMS) (ryc. 1.). Podjęto decyzję o natychmiastowej rekanalizacji LAD oraz konsultacji kardiochirurgicznej w trybie planowym (w celu pomostowania istotnie zwężonego LMS). Stosując technikę „wiszącego” (a więc bez pełnej intubacji) cewnika prowadzącego, wykonano udrożnienie LAD (ryc. 2.) z implantacją metalowego stentu (3,0 × 12 mm) – uzyskano przepływ TIMI 3. Bezpośrednio po zabiegu wystąpił spadek ciśnienia tętniczego (80/60 mm Hg) i nasilenie angiograficznych cech zwężenia LMS. Biorąc pod uwagę pogorszenie stanu klinicznego, wykonano próbę natychmiastowej implantacji stentu do LMS (stent metalowy 3,5 × 8 mm – 9 atm). Po jego implantacji w technice bezpośredniej, ze względu na suboptymalny wynik angiograficzny wykonano postdylatację stentu (cewnik balonowy 3,5 × 8 mm – 14 atm). Niestety, ze względu na niewielką długość pnia doszło

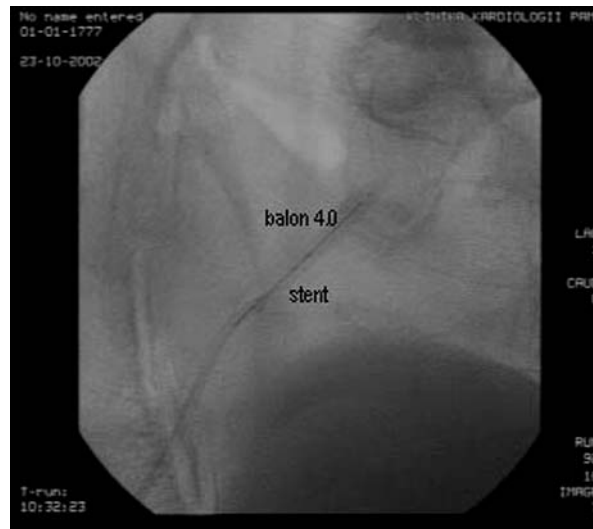


Ryc. 1. Wyjściowa angiografia lewej tętnicy wieńcowej
Fig. 1. Baseline angiogram of the left coronary artery

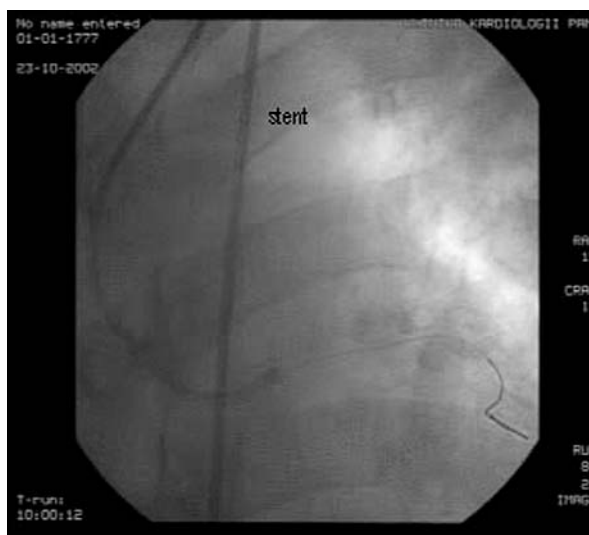
Adres do korespondencji/Corresponding author: dr n. med. Maciej Lewandowski, Klinika Kardiologii Pomorskiej Akademii Medycznej, ul. Powstańców Wlkp. 72, 72-111 Szczecin, tel. +48 91 466 13 78, faks +48 91 466 13 79, e-mail: malewandowski@o2.pl
Praca wpłynęła 21.12.2007, przyjęta do druku 08.02.2008.



Ryc. 2. Angiografia po udrożnieniu gałęzi zstępującej przedniej
Fig. 2. The angiogram after the successful recanalization of the left descending artery



Ryc. 4. Stent sprowadzony do tętnicy udowej
Fig. 4. The stent pulled down to the femoral artery



Ryc. 3. Zdyslokowany, rozprężony stent „nawleczony” na cewnik prowadzący
Fig. 3. Dislocated, deployed stent trodden onto the guiding catheter

do dyslokacji rozprężonego (sic!) stentu do aorty. Stent „wyrzelił” z pnia i został „nawleczony” na cewnik prowadzący (ryc. 3.). Na szczęście stan kliniczny chorego uległ stabilizacji, ciśnienie tętnicze się znormalizowało (RR 100/70 mm Hg), a przepływ przez lewą tętnicę wieńcową oceniono na TIMI 3. Biorąc pod uwagę powyższe fakty, odstąpiono od kontynuacji zabiegu. Znajdujący się w aorcie zstępującej stent sprowadzono do prawej tętnicy udowej. Dokonano tego za pomocą balonu 4,0 mm poddanego inflacji w aorcie (dystalnie do stentu), poprzez bezpośrednią trakcję cewnika prowadzącego, cewnika balonowego oraz lidera angioplastycznego (ryc. 4.). Na-

stępnie usunięto stent z tętnicy udowej przez jej chirurgiczne nacięcie i bezpośrednie usunięcie stentu tkwiącego na przewodniku. Stabilny hemodynamicznie chory został przekazany na Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej, gdzie nie zgłaszał dolegliwości do końca hospitalizacji. Po konsultacji kardiochirurgicznej zakwalifikowano go do operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG) w trybie planowym i wypisano do domu po 8 dniach pobytu w szpitalu. Zabieg CABG, który wykonano 6 tygodni później, przebiegł bez powikłań.

Omawiając powyższy przypadek, należy stwierdzić, iż w trakcie podejmowania decyzji klinicznych nasuwało się kilka pytań, a co za tym idzie – kilka „wyzwań” dla operatora. Po pierwsze, biorąc pod uwagę zwężenie LMS, czy w ogóle należało przeprowadzić zabieg pierwotnej angioplastyki wieńcowej? Wydaje się, że istotne, ale niezbyt ciasne (około 50–60%) zwężenie LMS nie było w tym momencie bezwzględnym przeciwwskazaniem do tego typu procedury, gdyż korzyści z udrożnienia zamkniętej LAD wydawały się znacznie większe niż ewentualne ryzyko uszkodzenia stabilnego pnia przez cewnik prowadzący. W związku z tym uznano, że przeprowadzenie tego zabiegu było słuszne.

Po drugie, sądząc po późniejszym przebiegu omawianego zabiegu, decyzja o natychmiastowym zaopatrzeniu stentem LMS była nieco zbyt pochopna, gdyż w tym przypadku przejściowa destabilizacja kliniczna była wywołana początkowym okresem reperfuzji oraz spazmem naczyniowym. To jednak trudno było ocenić w danym momencie, a biorąc pod uwagę miejsce ewentualnej destabilizacji blaszki miażdżycowej, zbyt długie oczekiwanie mogło się zakończyć niekorzystnie.

Po trzecie w końcu, niezbyt fortunny wydaje się dobór długości stentu do LMS, który prawdopodobnie nie „wy-

strzeliłby” z tętnicy wieńcowej, gdyby był dłuższy i odpowiednio długim fragmentem zakotwiczył się o LMS i początkowy odcinek LAD. W tym przypadku dążenie do zastosowania jak najkrótszego stentu metalowego (a więc maksymalne ograniczenie ryzyka restenozy) zaowocowało niecodziennym powikłaniem, jakim była wyżej opisana sytuacja.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że mimo kilku zastrzeżeń co do samej idei zabiegu, opisany przypadek może być pożytecznym dla kardiologów interwencyjnych przykładem rzadko spotykanego powikłania i sposobu postępowania w podobnych sytuacjach. W dostępnym autorom piśmiennictwie nie udało się odszukać żadnych publikacji opisujących dyslokację rozprężonego stentu.