

Nietypowe powikłanie po zabiegu pomostowania tętnic wieńcowych bez użycia krążenia pozaustrojowego u pacjenta ze skrajną niewydolnością serca – przypadek kliniczny

Uncommon complication after off-pump coronary artery bypass grafting procedure in case of Patient with end stage heart failure

Sebastian Woźniak, Mariusz Kuśmierczyk, Piotr Kołsut, Krzysztof Kuśmierski, Jacek Różański

II Klinika Kardiologii i Transplantologii Instytutu Kardiologii w Warszawie

Kardiologia i Torakochirurgia Polska 2011; 8 (1): 121–123

Streszczenie

W pracy opisano przypadek kliniczny 79-letniego obciążonego internistycznie chorego z zaawansowaną niewydolnością serca i chorobą wieńcową. Pacjent został zakwalifikowany do pomostowania aortalno-wieńcowego, a następnie operowany techniką bez zastosowania krążenia pozaustrojowego (ang. *off-pump coronary artery bypass grafting* – OPCABG). W okresie pooperacyjnym rozwinął się uogólniony proces zapalny (dodatnie posiewy krwi) oraz proces zapalny obejmujący lewą gałkę oczną. Mimo podjętych prób leczenia w 25. dobie pooperacyjnej wykonano zabieg enukleacji lewego oka.

Słowa kluczowe: zabieg OPCAB, enukleacja gałki ocznej.

Abstract

A case of 79-year-old man with coronary artery disease and heart failure. We performed OPCAB Procedure. Complications after procedure, local, and systemic bacterial infection caused left eye enucleation on 25 postoperative day.

Key words: OPCAB, enucleation.

Opis przypadku

Prezentujemy przypadek kliniczny 79-letniego pacjenta z rozpoznaniem wielonaczyniowej choroby wieńcowej, w klasie II wg skali Kanadyjskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ang. *Canadian Cardiovascular Society* – CCS), po dwukrotnym zawale serca o nieznanym czasie dokonania. Chory obciążony cukrzycą typu 2 (insulinoterapia), przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POCHP) wymagającą leków wziewnych, wieloletnim nadciśnieniem tętniczym, hiperlipidemią. Oszacowany wskaźnik masy ciała (ang. *body mass index* – BMI) wyniósł 31. Obliczony wskaźnik *Euroscore* – 27%. Ze względu na udział chorego w badaniu klinicznym u pacjenta wykonano pełną diagnostykę przedoperacyjną z uwzględnieniem badań wysiłkowych i rezonansu magnetycznego. Wyniki badań prezentowały się następująco. Sześciominutowy test marszowy (ang. *6 minute walk test* – 6MWT) wykazał 155 m. W badaniu wysiłkowym pacjent osiągnął równoważnik metaboliczny (ang. *metabolic equivalents term* – MET) o wartości 2,6. W badaniu EKG potwier-

dzono cechy przebytego zawału ściany przedniej, dolnej i bocznej o nieznanym czasie dokonania. Badanie koronarograficzne wykazało istotne zwężenia w gałęzi przedniej zstępującej (GPZ) oraz prawej tętnicy wieńcowej (PTW). Wykonane przedoperacyjne badanie echokardiograficzne zobrazowało poszerzoną jamę lewej komory – wymiar końcoworozkurczowy jamy lewej komory (ang. *left ventricular internal diameter diastolic* – LVIDD) do 6,9 cm. Zaobserwowano akinezę ściany bocznej, dolnej i koniuszka, hipokinezę pozostałych ścian. W wykonanej próbie dobutaminowej stwierdzono niewielką poprawę kurczliwości w omawianych segmentach. W wykonanym badaniu rezonansem magnetycznym wykazano EDV (ang. *end diastolic volume*) 310 ml N (105–187), ESV (ang. *end systolic volume*) 217 ml N (25–70) oraz potwierdzono brak perfuzji mięśnia w obszarze segmentu koniuszkowego dolnego i koniuszka lewej komory. Ze względu na cechy narastającej niewydolności serca pacjenta zakwalifikowano do zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego. Operację wykonano na bijącym sercu

Adres do korespondencji: lek. med. Sebastian Woźniak, II Klinika Kardiologii i Transplantologii Instytutu Kardiologii w Warszawie, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel. +48 22 343 46 10, e-mail: swozniak@ikard.pl



Ryc. 1. Gałka oczna przed zmianą opatrunku



Ryc. 2. Rozpoczęcie zabiegu enukleacji

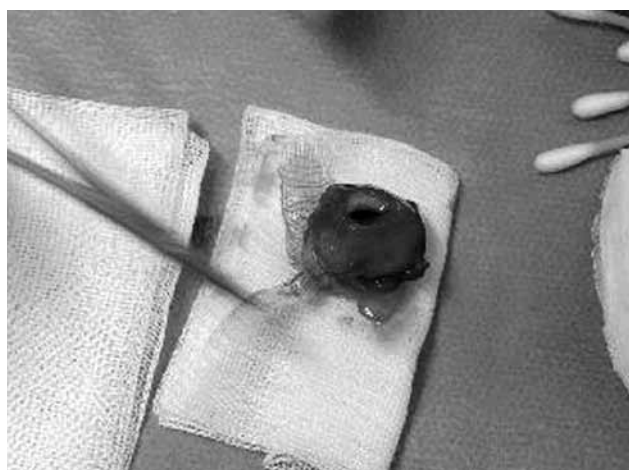
bez zastosowania krążenia pozaustrojowego (ang. *off-pump coronary artery bypass grafting* – OPCABG), w szerokospektralnej ostrości antybiotykowej (cefazolin) z zespoleniami tętnicy piersiowej wewnętrznej lewej z gałęzią międzykomorową przednią lewej tętnicy wieńcowej (ang. *left internal mammary artery to left anterior descending artery* – LIMA-LAD) oraz pojedynczy pomost żylny do prawej tętnicy wieńcowej. Ze względu na wysokie ryzyko okołoperacyjne i obciążenia internistyczne pacjent wymagał przedłużonego pobytu na oddziale pooperacyjnym. W okresie poope-



Ryc. 3. Zabieg enukleacji – usunięcie aparatu ruchowego gałki ocznej

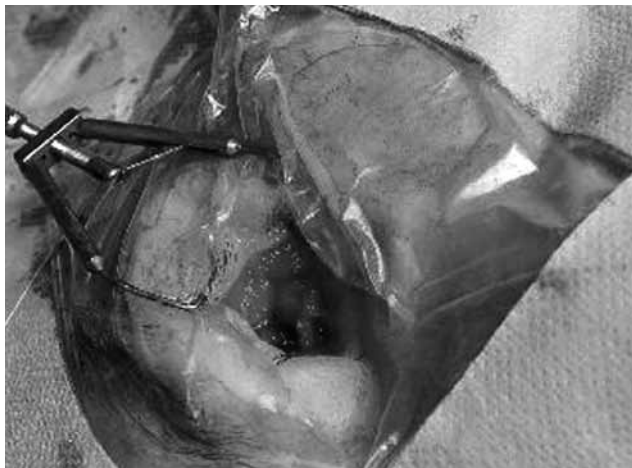


Ryc. 4. Zabieg enukleacji



Ryc. 5. Usunięta gałka oczna

racyjnym obserwowano stopniowe narastanie leukocytozy – w 10. dobie pooperacyjnej do wartości 14 tys./ μ l, w 13. dobie – do 16,1 tys. Pobrano posiewy krwi, zdecydowano o włączeniu antybiotykoterapii empirycznej. Parametry stanu zapalnego wyniosły odpowiednio: białko C-reaktywne



Ryc. 6. Oczodół po zakończonej procedurze enukleacji



Ryc. 7. Oczodół po zakończonej procedurze

(ang. *C-reactive protein* – CRP) – 21, l 52, PCT > 10. Od 12. doby pooperacyjnej obserwowano także małopłytkowość wymagającą okresowych przetoczeń koncentratu krwinek płytkowych.

Pacjent zaczął skarżyć się na ból lewego oka. W uzyskanym posiewie krwi wyhodowano *Serratia marcescens*. Wykonana konsultacja okulistyczna wykazała keratomalację z owrzodzeniem rogówki. Kontynuowano antybiotykoterapię ogólną, zgodną z antybiogramem oraz włączono antybiotyki miejscowe. Zalecono płukanie gałki ocznej 4 razy na dobę wraz ze zmianą opatrunków. Mimo zastosowanego leczenia proces zapalny postępował. W worku spojówkowym pojawiła się ropna treść. W posiewach uzyskanych z treści pobranej z worka stwierdzono obecność *Serratia marcescens*. Ze względu na silne dolegliwości bólowe, całkowity brak poczucia światła oraz ryzyko rozszerzenia procesu zapalnego przez ciągłość oczodołu zdecydowano o usunięciu gałki ocznej. Zabieg enukleacji wykonano w 25. dobie pooperacyjnej. W dalszym przebiegu pooperacyjnym obserwowano zmniejszenie leukocytozy do 12 tys., stężenia CRP do 17, jednak posiewy krwi w 41. dobie pooperacyjnej nadal wykazywały obecność ww. drobnoustroju. Stan ogólny pacjenta wyraźnie się poprawił. Chory nie gorączkował, został przeniesiony na oddział zachowawczy Kliniki Kardiologii, gdzie był intensywnie rehabilitowany. Pacjent był hospitalizowany w Instytucie Kardiologii do 52. doby. W wykonanym kontrolnym posiewie krwi nie stwierdzono obecności

bakterii. Ze względu na poprawę stanu ogólnego na prośbę pacjenta został on przeniesiony na rejonowy oddział rehabilitacji kardiologicznej w celu dalszej hospitalizacji.

W 63. dobie pooperacyjnej doszło do udaru niedokrwiennego ośrodkowego układu nerwowego, w następstwie którego pacjent zmarł (dane uzyskane po telefonicznej rozmowie z ośrodkiem rejonowym).

Omawiany przypadek kliniczny został zaprezentowany na konferencji naukowo-szkoleniowej „Torakoneptunalia 2010”.

Piśmiennictwo

1. Darwazah AK, Bader V, Isleem I, Helwa K. Myocardial revascularization using on-pump beating heart among patients with left ventricular dysfunction. *J Cardiothorac Surg* 2010; 10: 109.
2. Fan JC, Niederer RL, von Lany H, Polkinghorne PJ. Infectious endophthalmitis: clinical features, management and visual outcomes. *Clin Experiment Ophthalmol* 2008; 36: 631-636.
3. Lee SH, Woo SJ, Park KH, Kim JH, Song JH, Park KU. *Serratia marcescens* endophthalmitis associated with intravitreal injections of bevacizumab. *Eye (Lond)* 2010; 24: 226-232. Epub 2009 May 1.
4. Rodrigues AP, Holanda AR, Lustosa GP. Virulence factors and resistance mechanisms of *Serratia marcescens*. A short review. *Acta Microbiol Immunol Hung* 2006; 53: 89-93.
5. Hoff SJ. Off-pump coronary artery bypass: techniques, pitfalls, and results. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 2009; 21: 213-223.