

Akutní uzávěr dvou koronárních tepen u pacienta s EKG obrazem akutního infarktu myokardu dolní stěny, s kardiogenním šokem, řešený primární multi PTCA

Marek Richter, Martin Sluka, Marcela Škvařilová, Jiří Ostránský
I. interní klinika FN Olomouc

Interv Akut Kardiolog 2003;2:40

Osmatřicetiletý muž byl přivezen na katetizační sál s pětihodinovou anamnézou akutního infarktu myokardu (AIM) s kardiogenním šokem (vstupně TK 80/50 mm Hg, TF 100/min.). Dle EKG je obraz AIM dolní stěny (elevace ST úseku II, III aVF s 3–5 mm depresi ST úseků ve V 2–6). Při kontrolní EKG křivce s odstupem 15 min. (ještě ve spádové, odesílající nemocnici) se jeví vývoj bloku pravého raménka Tawarova. Jako rizikový faktor bylo zjištěno pouze kouření (20 cigaret denně). Jednalo se primomaniestací ischemické choroby srdeční.

Po příjezdu na angiosál byla významná elektrická nestabilita, kdy se projevila vstupně 2× fibrilace komor s el. verzí, pak ještě v průběhu intervence 3× fibrilace komor s el. verzí, 1× běh setrvalé komorové tachykardie s reakcí na Mesocain.

Koronarograficky byl verifikován uzávěr v prox. části pravé koronární tepny (ACD) a uzávěr v prox. části ramus interventricularis anterior (RIA). Přistoupilo se k PTCA intervenci na ACD. Před intervencí byl, kromě standardní léčby (Aspegic, Heparin před transportem), aplikován Integrilin ve dvou bolusech a pak následně v kontinuální infuzi. Byla provedena rekanalizace ACD ultratenkým vodičem Stabiliser Plus a pak

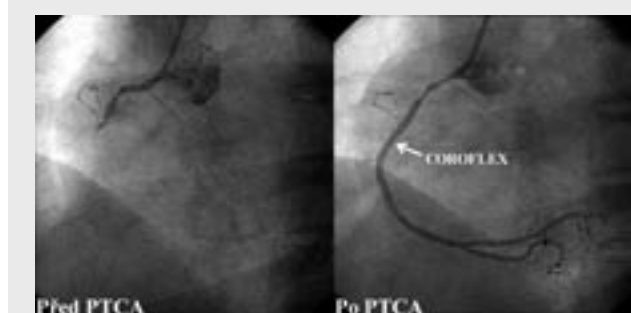
direktní stenting (stent Coroflex o průměru 3,0 mm a délky 25 mm) s TIMI flow 3. Nicméně dále se prohlubuje závažnost klinického stavu pacienta (elektrická nestabilita pacienta (viz výše), další pokles systolického TK na 40 mm Hg bez reakce na vasopresory). Následně se projevila intervence na RIA, kdy byl do periferie tepny zaveden ultratenký vodič Stabilizer Plus. Po predilataci balonkovým katetrem Stormer o průměru 3,0 mm a délky 15 mm byl implantován stent Sonic BX o průměru 3,0 mm a délce 13 mm – výsledně bez residuální stenózy s TIMI flow 3. Došlo k příznivé hemodynamické odezvě se vzestupem TK na 80/50 mm Hg. Byla zavedena kontrapulsace v režimu 1:1, kdy postupně dochází k hemodynamické stabilizaci pacienta (TK 110/60 mm Hg s postupným vysazením vasopresorů).

Echokardiograficky akineza anteroseptálně, apikálně, apikoinferiorně, celková ejekční frakce (EF) 25 %.

Pacient byl 10. den hospitalisace propuštěn do domácího ošetření s medikací Anopyrin, Ticlid, Egilok, Tritace, Sortis.

Po třech měsících je nemocný subjektivně bez obtíží, bez stenokardií, s dobrou tolerancí námahy. Echokardiograficky s difúzní lehkou hypokinézou a s EF 45 %.

Obrázek 1. Primární PTCA na ACD s implantací stentu



Obrázek 2. Primární PTCA na RIA s implantací stentu



MUDr. Marek Richter
I. interní klinika FN Olomouc
I.P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
e-mail: Marek.Richter@fnol.cz