

# Jedna pacjentka — różne oblicza choroby niedokrwiennej serca

One patient — many faces of myocardial ischaemia

Barbara Uznańska-Loch, Urszula Cieslik-Guerra, Tomasz Rechciński, Ewa Trzos, Jarosław D. Kasprzak, Małgorzata Kurpesa

Katedra i Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

## Abstract

We present the case of a woman treated with coronary angioplasty due to non-ST segment elevation myocardial infarction, then again because of restenosis, who continued to complain of chest pain and syncope. Holter electrocardiogram recording revealed atrioventricular block related to ST-segment elevations and variant angina was diagnosed. Despite administered medications, the patient required pacemaker implantation.

**Key words:** Prinzmetal's variant angina, coronary artery disease, atrioventricular block

Kardiol Pol 2013; 71, 6: 631–633

## OPIS PRZYPADKU

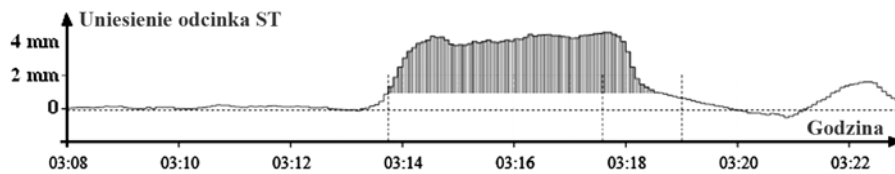
U 51-letniej kobiety z dyslipidemią, palącej tytoń, w sierpniu 2010 r. rozpoznano ostry zespół wieńcowy pod postacią zawału serca bez uniesienia odcinka ST. W koronarografii stwierdzono reakcję kurczową prawej tętnicy (naczynie bez istotnych zmian miażdżycowych), oddającej gałązki unaczyniające węzeł zatokowy i węzeł przedsionkowo-komorowy (p-k). Ponadto uwidoczniło 90-procentowe zwężenie w gałęzi marginalnej tętnicy okalającej, które zostało zaopatrzone z użyciem stentu metalowego. We wrześniu pacjentka przerwała rehabilitację kardiologiczną na wieść o śmierci syna. Wówczas również zdiagnozowano u chorej depresję. Z powodu nawrotu bólów w klatce piersiowej w listopadzie 2010 r. wykonano kolejną koronarografię, uwidaczniającą 90-procentową restenozę w gałęzi marginalnej. Jednocześnie przeprowadzono koronaroplastykę z implantacją stentu powlekanego. Pomimo już kolejnej interwencji ból w klatce piersiowej nawracał w nocy. Pacjentka została ponownie przyjęta do szpitala, a badanie EKG metodą Holtera rzuciło nowe światło na jej dolegliwości. Zapis był niepokojący: wysokim uniesieniem odcinka ST aż do 4,5 mm (ryc. 1) towarzyszyła tachykardia zatokowa (ryc. 2) z blokiem p-k I stopnia, następnie częstotliwość zespołów QRS zmieniała się gwałtownie wraz z wystąpieniem różnych form bloku p-k II stopnia,

aż do bloku 4:1, z pauzą trwającą 2,2 s włącznie (ryc. 3). Istotne zaburzenia przewodzenia p-k obserwowano wyłącznie podczas epizodów niedokrwienia miokardium. Zatem ostatecznie na podstawie zapisu holterowskiego postawiono diagnozę anginy Prinzmetala i włączono odpowiednie leki (diltiazem, nitroglicerynę), co pozwoliło opanować objawy. Wydawało się, że pacjentka ma szansę uniknąć konieczności wszczepienia stymulatora, co jako procedura inwazyjna zawsze wiąże się z pewnym ryzykiem powikłań, a dodatkowo dla części chorych stanowi źródło lęku i niepokoju [1]. Przedstawiona pacjentka nadal zmagająca się z poważnymi problemami związanymi z chorobą psychiczną. Po kilku miesiącach powtórzono monitorowanie EKG metodą Holtera i nie stwierdzono zaburzeń przewodzenia p-k. Niestety, w dłuższej obserwacji pacjentka zgłosiła nawrót dolegliwości pod postacią bólów w klatce piersiowej o charakterze pieczenia, w tym nocnych, a także omdleń w ciągu dnia, bez związku ze zgłaszanymi bólami. Całodobowe monitorowanie ciśnienia tętniczego nie wykazało nieprawidłowości. Wobec takiego obrazu klinicznego chora w marcu 2012 r. została przyjęta do Kliniki Kardiologii. Pacjentka 6 miesięcy wcześniej rzuciła palenie i przyjmowała następujące leki: diltiazem, klopidogrel, kwas acetylosalicylowy, atorwasterol, fenofibrat, omeprazol. W aktualnym badaniu echokardiograficznym kurczliwość

## Adres do korespondencji:

dr n. med. Barbara Uznańska-Loch, Katedra i Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. Wł. Biegańskiego, ul. Kniaziewiczka 1/5, 91–347 Łódź, tel: +48 42 251 60 34, e-mail: tyhe@op.pl

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



**Rycina 1.** Przykład epizodu przemijających zmian odcinka ST — wysokie uniesienie aż do +4,5 mm pojawiające się i zanikające w ciągu 4 min



**Rycina 2.** Zapis z monitorowania EKG metodą Holtera, fragment zarejestrowany podczas epizodu niedokrwienia miokardium. Rytm zatokowy o częstotliwości 105/min (tachykardia zatokowa). Blok przedsionkowo-komorowy I stopnia z odstępem PQ wynoszącym 240 ms. Czas trwania zespołów QRS: 80 ms. Istotne uniesienie odcinka ST w kanale 1 oraz 3. Odstęp QT: 350 ms



**Rycina 3.** Zapis z monitorowania EKG metodą Holtera, fragment zarejestrowany podczas epizodu niedokrwienia miokardium. Strzałki wskazują załamki P. Rytm zatokowy o częstotliwości 107/min (tachykardia zatokowa). Blok przedsionkowo-komorowy II stopnia typu 2:1 (odstęp PQ w ewolucjach przewodzonych ok. 310 ms), następnie blok zaawansowany 4:1, z pauzą 2218 ms. Czas trwania zespołów QRS: 70 ms. Istotne uniesienie odcinka ST w kanale 1 oraz 3, istotne obniżenie odcinka ST w kanale 2. Odstęp QT: 360 ms

lewej komory była dobra, z frakcją wyrzutową lewej komory wynoszącą 60%. Ostatecznie więc zdecydowano o zabezpieczeniu chorej stymulatorem serca pracującym w trybie DDDR. Osiem miesięcy po wszczepieniu rozrusznika pacjentka czuła się dobrze, nie zgłaszała bólów wieńcowych, nie doszło także do ponownych incydentów omdlenia.

## OMÓWIENIE

Przypadek opisywanej pacjentki ilustruje jednocześnie różne oblicza choroby niedokrwiennej serca: zawał bez uniesienia odcinka ST z potwierdzonym krytycznym zwężeniem tętnicy wieńcowej, restenozę w miejscu pierwotnej interwencji, dławicę odmienną ze spektakularnym blokiem p-k

oraz omdlenia prawdopodobnie związane z kurczem tętnicy wieńcowej. Znalezione w pierwszej koronarografii zwężenie tętnicy marginalnej wydawało się wyjaśniać podłoże bólu, powtórna koronarografia ujawniła restenozę, która również mogła tłumaczyć nawrót dolegliwości. Warto jednak pamiętać, że wg piśmiennictwa zwężenie tętnicy wieńcowej o > 50% można znaleźć nawet u 44,3% osób, a chorobę wielonaczyniową u 8,7% pacjentów z dławicą Prinzmetalą [2].

Pierwszy opis dławicy piersiowej wywołanej kurczem naczyń podał Prinzmetal w 1959 r. [3]. Kurcz tętnicy wieńcowej może spowodować nie tylko niedokrwienie miokardium, ale również poważne arytmie, a nawet być przyczyną nagłego zgonu [4]. Istnieje duża szansa na uzyskanie dobrej odpowiedzi na leki, nawet u chorych z ciężkimi objawami, takimi jak blok p-k III stopnia czy zawał serca. Z kolei, w ok. 14% przypadków nawet podawane jednocześnie dwa leki rozszerzające naczynia nie wystarczają, by opanować objawy [5].

Przebieg kliniczny może zatem być różny i część pacjentów wymaga wszczepienia rozrusznika serca z powodu

bloku zatokowo-przedsionkowego czy bloku p-k. Niektórym chorym wszczepia się kardiowerter-defibrylator z powodu obecności groźnych arytmii komorowych [6].

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

#### **Piśmiennictwo**

1. Młynarska A, Młynarski R, Kargul W. Changes of quality of life 6 months after cardiac pacemaker implantation. *Pol Przegl Kardiol*, 2010; 12: 116–120.
2. Lanza GA, Sestito A, Sgueglia GA et al. Current clinical features, diagnostic assessment and prognostic determinants of patients with variant angina. *Int J Cardiol*, 2007; 118: 41–47.
3. Prinzmetal M, Kennamer R, Merliss R et al. A variant form of angina pectoris. *Am J Med*, 1959; 27: 375–388.
4. Tsurukawa T, Kawabata K, Miyahara K et al. Sudden death during Holter electrocardiogram monitoring in a patient with variant angina. *Intern Med*, 1996; 35: 966–969.
5. Kusama Y, Kodani E, Nakagomi A et al. Variant angina and coronary artery spasm: the clinical spectrum, pathophysiology, and management. *J Nihon Med Sch*, 2011; 78: 4–12.
6. Seniuk W, Mularek-Kubzdela T, Grygier M et al. Cardiac arrest related to coronary spasm in patients with variant angina: a three-case study. *J Intern Med*, 2002; 252: 368–376.