

Bezpieczeństwo przezskórnej angioplastyki u pacjenta zdyskwalifikowanego z leczenia zabiegowego

The safety of percutaneous angioplasty in patient disqualified from surgical treatment

Katarzyna Widecka-Ostrowska, Maciej Lewandowski, Jarosław Gorący

Klinika Kardiologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin

Mężczyznę w wieku 85 lat, z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca, po przebyłym przemijającym niedokrwieniu mózgu, z afazją ruchową i niedowładem połowicznym prawostronnym, z przetrwałym migotaniem przedsionków, cukrzycą typu 2, dyslipidemią i miażdżycą zarostową dolnych skierowano do Kliniki Kardiologii w celu pogłębienia diagnostyki oraz ustalenia dalszego postępowania. W koronarografii wykonanej w 2010 r. stwierdzono istotne zwężenia: w części proksymalnej pnia lewej tętnicy wieńcowej (LCA) i w ujściu recesywnej prawej tętnicy wieńcowej. W USG tętnic szyjnych zaobserwowano niedrożność prawej tętnicy szyjnej wewnętrznej i krytyczne zwężenie lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej ($V_{max} > 400$ cm/s) z zachowanym dogłowym przepływem w tętnicach kręgowych. W echokardiografii stwierdzono pogrubienie mięśnia lewej komory i nieistotne niedomykalności zastawek: aortalnej, mitralnej i trójdzielnej. Kardiochirurdzy i chirurdzy naczyniowi zdyskwalifikowali chorego z leczenia operacyjnego. W styczniu 2011 r. pacjent był hospitalizowany w Klinice Neurologii z powodu przemijającej afazji ruchowej i osłabienia prawych kończyn. W tomografii głowy stwierdzono słabo odgraniczone ognisko niedokrwienne w sąsiedztwie rogu przedniego lewej komory bocznej. Do Kliniki Kardiologii po raz pierwszy pacjent został przyjęty w styczniu 2011 r. W koronarografii potwierdzono jedynie asymetryczne, istotne zwężenia w proksymalnej części pnia LCA (ryc. 1) bez istotnego zwężenia w ujściu prawej tętnicy wieńcowej. W angiografii tętnic szyjnych zaobserwowano zamkniętą od ujścia prawą tętnicą szyjną wewnętrzną i zwężoną krytycznie w części proksymalnej lewą tętnicę szyjną wewnętrzną (ryc. 2). Przeprowadzono zabieg angioplastyki tętnicy szyjnej z zachowaniem zasad profilaktyki depresji hemodynamicznej i pokontrastowej niewydolności nerek. W obawie przed bradykardią związaną z drażnieniem baroreceptorów okolicy opuszki tętnicy szyjnej na czas zabiegu założono elektrodą endokawitarną. Po założeniu systemu neuroprotekcji dystalnej (Emboshield) w technice bezpośredniej implantowano samorozprężalny stent hybrydowy, taperowany 7–10 mm (Cristallo). Następnie część środkową stentu poddano redylatacji cewnikiem balonowym 6,0 × 20 mm, w pełni odtwarzając światło naczynia (ryc. 3). Zabieg przebiegł pomyślnie, bez powikłań. Po raz kolejny chorego przyjęto w maju 2011 r. w celu przeprowadzenia angioplastyki pnia LCA. W technice bezpośredniej implantowano stent kobaltowo-chromowy (Skylor) 4,0 × 13 mm pod ciśnieniem 14 atm. Stent w całości poddano postdylatacji cewnikiem balonowym 4,0 × 8 mm pod ciśnieniem 18 atm. (ryc. 4). Podczas zabiegu przeprowadzono również kontrolę angiograficzną lewej tętnicy szyjnej, nie stwierdzając obecności odczynu restenotycznego w stencie. Pacjenta w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu w drugiej dobie po zabiegu. Techniki przezskórne należą do najbardziej dynamicznie rozwijających się technik zabiegowych i są interesującą alternatywą dla tradycyjnej chirurgii. W rękach doświadczonego operatora przezskórna angioplastyka szyjna jest mniej obciążająca dla pacjenta i pozwala skrócić czas hospitalizacji. Jak wykazano w wielu badaniach, u pacjentów z grupy najwyższego ryzyka operacyjnego, a taki stanowi z pewnością prezentowany przypadek, poddanych zabiegom przezskórnym jej wyniki nie są gorsze, a wg niektórych mogą być korzystniejsze w porównaniu z klasyczną chirurgią naczyniową. Aktualnie trudno jest mówić o przewadze jednej metody nad drugą, należałoby raczej traktować je jako uzupełniające się techniki, a decyzję o kwalifikacji do danego rodzaju leczenia za każdym razem powinno się podejmować indywidualnie w odniesieniu do konkretnego pacjenta, czego najlepszym przykładem jest opisany powyżej przypadek.



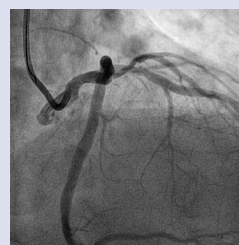
Rycina 1. Istotne, asymetryczne zwężenie pnia LCA



Rycina 2. Lewa i prawa tętnica szyjna przed zabiegiem



Rycina 3. Lewa tętnica szyjna przed zabiegiem angioplastyki i po nim



Rycina 4. Pień LCA po zabiegu angioplastyki

Adres do korespondencji:

lek. Katarzyna Widecka-Ostrowska, Klinika Kardiologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny, ul. Powstańców Wielkopolskich 72, 70–111 Szczecin, e-mail: k.widecka@gmail.com

Konflikt interesów: nie zgłoszono