

Ostre niedokrwienie kończyny w przebiegu zawału serca

Acute limb ischaemia during myocardial infarction

Irmina Kossuth, Maciej Lewandowski, Andrzej Modrzejewski, Jarosław Gorący

Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin

Wystąpienie ostrego niedokrwienia kończyny (ALI, *acute limb ischaemia*) wiąże się ze znacznym ograniczeniem lub zatrzymaniem przepływu w tętnicach kończyny dolnej. Jedną z przyczyn ALI może być zatorowość (35–40%) serc pochodna w przebiegu np. migotania przedsionków lub zawału serca (80%). Objawy ostrego niedokrwienia kończyn dolnych zależą od liczby i średnicy naczyń, które uległy całkowitemu zamknięciu lub zwężeniu, a także od umiejscowienia przeszkody, jakości krążenia obocznego i stanu naczyń przed wystąpieniem objawów ostrego niedokrwienia. Po 10–15 minutach masywnego niedokrwienia pojawiają się zaburzenia czucia, do których dołączają się zaburzenia ruchowe, a w stanach zaawansowanych występuje rozległa martwica tkanek. Według standardów ESC już w stopniu II ALI (wg klasyfikacji SVS) zaleca się niezwłoczną rewaskularyzację, by nie dopuścić do nieodwracalnych procesów w obrębie niedokrwionej kończyny. Poniższy przypadek opisuje jedną z opcji terapeutycznych w leczeniu ostrego niedokrwienia kończyny możliwą do przeprowadzenia w pracowni hemodynamicznej. Pacjent w wieku 62 lat, z wielopostopową miażdżycą w obrębie tętnic kończyn dolnych, tętnicy podobojczykowej lewej i tętnicach szyjnych, po wielokrotnych zabiegach angioplastyki w obrębie tętnic kończyn dolnych, trafił do szpitala z powodu objawów ostrego zawału z uniesieniem odcinka ST ściany dolnej. W wykonanej pilnie koronarografii (z dostępu promieniowego lewego) ujawniono zamkniętą świeżym zakrzepem prawą tętnicę wieńcową, którą poddano zabiegowi angioplastyki z implantacją metalowego stentu. W trakcie zabiegu doszło do krótkotrwałego nagłego zatrzymania krążenia w mechanizmie częstoskurczu komorowego, który poddano skutecznej kardiowersji, uzyskując powrót rytmu zatokowego. Po odzyskaniu przytomności pacjent zgłosił silny ból i nasilające się zaburzenia czucia w obrębie kończyny dolnej lewej. W badaniu przedmiotowym stwierdzono błądą, porażoną i zimną kończynę, bez wyczuwalnego tętna na tętnicach obwodowych. Natychmiast po zakończeniu zabiegu wieńcowego wykonano angiografię lewej kończyny dolnej, która ujawniła zamknięcie tętnicy biodrowej wspólnej, nieco powyżej implantowanego wcześniej stentu (ryc. 1). Zdecydowano o podaniu celowanej trombolizy — alteplazy, przez cewnik pozostawiony tuż nad skrzyżnię. Terapię rozpoczęto dotętniczym bolusem 10 mg alteplazy, a następnie kontynuowano 2-godzinny wlew 30 mg leku za pomocą pompy infuzyjnej podłączonej do cewnika pozostawionego w tętnicy biodrowej. Podczas infuzji alteplazy pacjenta przewieziono na Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej, gdzie wkrótce zaobserwowano ustąpienie dolegliwości bólowych kończyny. Po zakończeniu wlewu wykonano kontrolną angiografię, która ujawniła przywrócenie przepływu w tętnicy biodrowej zewnętrznej lewej (ryc. 2) i obwodowe ubytki perfuzji w zakresie tętnicy strzałkowej. W badaniu przedmiotowym stwierdzono, że powróciło tętno na tętnicach udowej, podkolanowej i grzbietowej stopy. Po kilku dniach hospitalizacji pacjent został wypisany do domu z zaleceniem kontroli w Poradni Chirurgicznej. Podstawowe znaczenie w ALI ma szybkie postawienie diagnozy i wdrożenie leczenia rewaskularyzacyjnego. Tromboliza celowana przez cewnik umieszczony w tętnicy powinna zostać rozważona w każdym przypadku ALI w stopniu łagodnym do umiarkowanego, a także u pacjentów z wysokim ryzykiem związanym z leczeniem chirurgicznym. W omawianym przypadku obydwa elementy zostały spełnione. Szybka interwencja przywracająca drożność naczynia nie pozwoliła rozwinąć się martwicy tkanek, a dodatkowo dotyczyła pacjenta z ostrym zawałem serca, u którego operacja wiąże się z dużym ryzykiem powikłań.



Rycina 1. Zamknięcie tętnicy biodrowej wspólnej lewej



Rycina 2. Tętnica biodrowa wspólna lewa po zastosowaniu trombolizy celowanej

Adres do korespondencji:

dr n. med. Irmina Kossuth, Klinika Kardiologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny, SPSK 2, ul. Powstańców Wlkp. 72, 70-111 Szczecin, e-mail: kossuth@tlen.pl

Konflikt interesów: nie zgłoszono