

Klinická kasuistika: reziduální angina pectoris po léčbě infarktu myokardu perkutánní revaskularizací

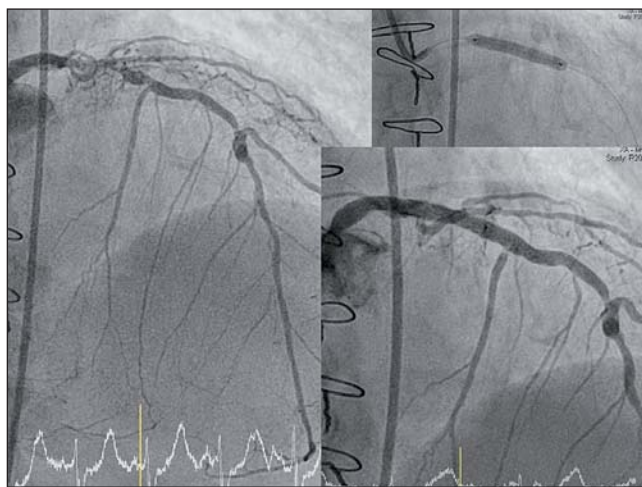
Petr Widimský

Čtyřiašedesátiletý muž s hypertenzí, hypercholesterolemií, 14 let po implantaci aortokoronárního bypassu (CABG) se zjištěnou dysfunkcí levé komory (poslední ejekční frakce LK [EFLK] byla 40 %) prodělal v září 2013 infarkt myokardu bez elevací úseku ST (non-STEMI). Jeho urgentní koronární angiogram ukázal vyrovnaný typ koronárního zásobení, uzávěry všech bypassů, chronické uzávěry pravé koronární tepny a ramus circumflexus a kritickou proximální stenózu ramus interventricularis anterior (poslední průchodné tepny). Po rychlé diskusi kardio-týmu (invaзивní kardiolog, kardiochirurg, ošetřující klinický kardiolog) v katetrizační laboratoři byla provedena perkutánní koronární intervence (PCI) s implantací lékového stentu Resolute Integrity® 4,0/26 mm do ramus interventricularis anterior (obr. 1). Zotavení proběhlo dobře a klinický stav a angiografický nálezn (obr. 2) před propuštěním z nemocnice znovu prodiskutoval kardio-tým při standardním indikačním pohovoru. Pacientovi byla doporučena konzervativní léčba. Medikace při propuštění zahrnovala prasugrel, kyselinu acetylsalicylovou, bisoprolol, atorvastatin a perindopril.

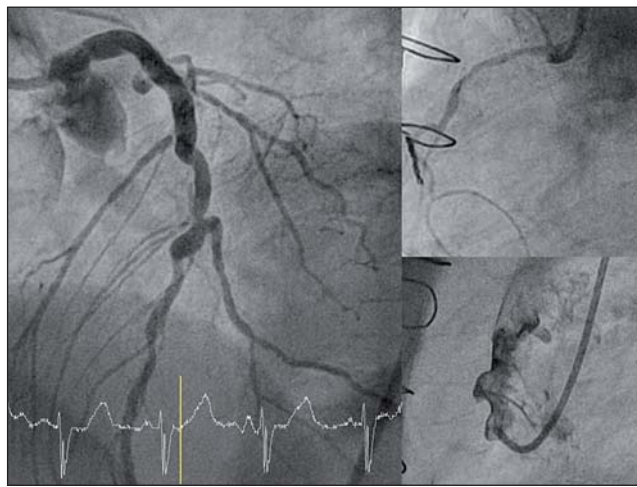
Pacient byl pozván na plánovanou kontrolu po šesti týdnech před elektivní implantací kardioverteru-defibrilátoru (ICD). Stále trpěl anginou pectoris (CSC II) a dušností (NYHA III) a EFLK dosahovala 30 %. Podstoupil úspěšnou implantaci ICD a poté byl k medikaci přidán trimetazidin (Preductal MR®). Další klinický průběh byl bezproblémový a po jednom roce byl pacient bez anginy pectoris a trpěl pouze mírnou námahovou dušností (NYHA II).

Tento případ ilustruje obtíže při rozhodování o kriticky nemocných pacientech (akutní indikační pohovor kardio-týmu přímo v katetrizační laboratoři), složitost péče (vysoce riziková PCI, implantace ICD, komplexní moderní farmakoterapie) a přínos přidání trimetazidinu k ostatní léčbě z důvodu zmírnění anginy pectoris u pacientů, u nichž nelze provést úplnou revaskularizaci.

*Prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc., FESC, FACC,
III. interní-kardiologická klinika, Kardiocentrum
3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice
Královské Vinohrady, Praha,
e-mail: petr.widimsky@fnkv.cz*



Obr. 1 – Levá koronární tepna v pravé horní šikmé projekci. Vlevo: závažná proximální stenóza ramus interventricularis anterior. Vpravo nahoře: implantace stentu. Vpravo dole: konečný výsledek po implantaci stentu.



Obr. 2 – Vlevo: difúzně postižená levá koronární tepna po perkutánní koronární intervenci s několika lézemi < 50 %, levá horní šikmá projekce. Vpravo nahoře: chronická úplná okluze pravé koronární arterie, boční pohled. Vpravo dole: chronická úplná okluze dvou žilních bypassů.