

LÉČBA AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU S ELEVACEMI ST KOMPLIKOVANÉHO SOUČASNĚ VZNIKLÝM ISCHEMICKÝM IKTEM

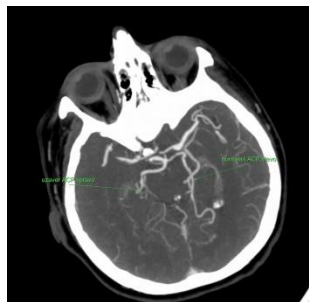
Autoři: V.Fendrychová^{1,2}, J.Pařenica^{1,2}, J.Hlásenský^{1,2,3}, J.Špinar^{1,2,3}

Pracoviště: ¹FN Brno, Interní kardiologická klinika, ²LF MU, Brno, ³ICRC, Brno

Úvod: Současná koincidence vzniku akutního infarktu myokardu s elevacemi ST úseku (STEMI) a ischemického iktu intrakraniální cerebrální arterie (iCMP) na podkladě aterosklerotického procesu ve stejnou dobu je raritní a v literatuře v posledních dvou letech byla popsána pouze ve dvou případech.

Kazuistika: Obézní pacientka ve věku 56 let (BMI 40,1) léčící se s vysokým krevním tlakem na dvojkombinaci lerkamidpin/perindopril a bérčovým vředem při recidivujících tromboflebitidách zkolabovala při cestě autobusem od lékaře. U pacientky došlo ke krátkodobé poruše vědomí, zvracení, levostranné hemiparéze a dysartrii. V 11:53 byla volána RZP. Na natočeném EKG jsou patrné elevace ST úseku ve svodech V2-V3 bez kontralaterálních depresí. Protože pacientka neguje bolesti na hrudi a je podezření, že by příčinou EKG změn mohlo být subarachnoidální krvácení, je převezena do nejbližšího iktového centra. CT angiografie potvrdila okluzi periferní části arteria cerebri posterior (ACP) l.dx., 70% stenosa a.carotis externa a oboustrannými 50% stenosami aa. carotis interna.

Obr. CT angiografie a uzávěr ACP

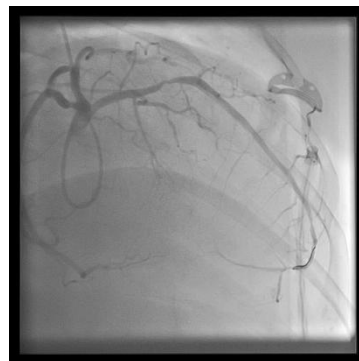


V 13:20 začíná pacientka udávat bolesti na hrudi a dušnost. Je provedeno další EKG vyšetření, který dokumentuje rozvoj akutního infarktu s elevacemi ST, echokardiograficky je zjevná akineza interventrikulárního

septa, hrotu a přední stěny, s ejekční frakcí levé komory 40%. Iničiálně je zvažován překlad do PCI centra s provedením intervence na koronárním a intracerebrálním řečišti, min. předpokládaný delay v případě leteckého transportu by byl 30 min. Vzhledem k možné prodlevě z důvodu transportu a prokázanému uzávěru ACP s významným neurologickým deficitem je po všeobecném konsensu zahájena v periferní nemocnici intravenózní trombolýza (ve 14:00) celkem 90mg alteplasy (rtPA). Pacientka je poté transferována za probíhající trombolýzy na koronární jednotku kardiiovaskulárního centra s PCI sálem. Po příjezdu již stenokardie neguje, řešení STEMI je odloženo. První redukovaná dávka enoxaparinu byla podána v odstupu 12 hodin po podání trombolýzy. Vzhledem k ústupu stenokardií a úspěšné reperfúzi hodnocené podle ústupu ST elevací a stabilizaci pacientky nebyla provedena akutní selektivní koronarografie. Následující den bylo provedeno kontrolní nativní CT, které neprokázalo hemoragii, přetrvával nález dvou ischemických okrsků recentní ischemie v povodí ACP l.dx. a stacionární postischemické arey v oblasti bazálních ganglií. Acetylsalicylová kyselina (ASA) byla zavedena až následující den tj. 24 od podání rtPA, clopidogrel až 2.den.. Vlastní koronarografie byla provedena 7.den po přijetí na Koronární jednotku s nálezem 80% stenosa ramus

interventricularis anterior (RIA) řešené implantací Combo stentu jako parciální revaskularizace při periferní stenose RIA a nevýznamných změnách na ramus circumflexus (RC). Kontrolní echokardiografie ukázala hypertrofii levé komory bez známek

obstrukce jejího výtokového traktu a ejekční frakcí 50%.



Obr. SKG

Pacientka byla dimitována se standardní terapií akutního koronárního syndromu včetně pětikombinace antihypertenziv. Duální antiagregace byla ukončena vzhledem k riziku krvácivých komplikací z neurologické indikace po 3 měsících, dále pokračováno v terapii ASA. Při kontrole s odstupem 9 měsíců byl zaznamenán výrazný pokles hodnot lipidového spektra

Závěr:

Současný vznik dvou a více nestabilních aterosklerotických lézí ve zcela rozdílných lokalizacích je velmi vzácný, a proto byla iničiálně zvažována kardioembolizační příčina ischemického iktu při STEMI. Naše pacientka po důkladném odebrání anamnézy udávala jak přechodné bolesti na hrudi, tak i ataku přechodné poruchy hybnosti levé končetiny v předchozích dnech. Anamnesticky tedy situace nestability vícečetných aterosklerotických plátů v povodí koronárních i cerebrálních tepen odpovídala.

Standardní farmakologická léčba pacienta se STEMI obnáší podání kyseliny acetylsalicylové, heparinu a zároveň co nejčasnější zahájení duální antiagregační léčby. Při cerebrální ischemii je léčba založená na podání kyseliny acetylsalicylové. Dle doporučení AHA/ASA (American Heart Association/American Stroke Association) z roku 2013 patří mezi absolutní kontraindikace k podání trombolýzy v rámci terapie iCMP aplikace heparinu v předcházejících 48 hodinách s elevací aPTT. Pacientce by tedy primární terapie STEMI znemožnila časně podání intravenózní trombolýzy. Dalším problémem je nedoporučované podání ASA, clopidogrelu, heparinu nebo jiných antitrombotických či antiagregačních látek během 24 hodin od podání trombolýzy. Dle guidelines by mělo být s odstupem 24 hodin po podání rtPA provedeno kontrolní CT a následně započít antiagregační ev. antikoagulační léčbu. Námí zvolený postup, kdy na prvním místě byla podána intravenosní trombolýza s odloženou PCI, považujeme za nejvhodnější možné řešení.

