

# Perkutánní koronární intervence u veselé stoleté pacientky s akutním koronárním syndromem

Petr Widimský, Viktor Kočka

III. interní-kardiologická klinika, Kardiocentrum, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Česká republika

Widimský P, Kočka V. **Perkutánní koronární intervence u veselé stoleté pacientky s akutním koronárním syndromem.** *Cor Vasa* 2010;52(Suppl 1):31–32.

Na případu stoleté pacientky s akutním koronárním syndromem jsou ilustrovány absence věkových kontraindikací pro PCI prováděnou v této akutní indikaci a prospěch těchto nemocných z intervenční léčby.

**Klíčová slova:** Akutní koronární syndrom – Pokročilý věk – Perkutánní koronární intervence – Stent

Widimský P, Kočka V. **Percutaneous coronary intervention in a cheerful, one-hundred-year-old patient with acute coronary syndrome.** *Cor Vasa* 2010;52(Suppl 1):31–32.

The absence of an age limit as a PCI contraindication is illustrated in the case of a 100-year-old female patient with acute coronary syndrome, who gained benefit from interventional treatment.

**Key words:** Acute coronary syndrome – Elderly people – Percutaneous coronary intervention – Stent

**Adresa:** prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc., FESC, Kardiocentrum, FNKV a 3. LF UK, Ruská 87, 100 00 Praha 10, Česká republika, e-mail: widim@fnkv.cz

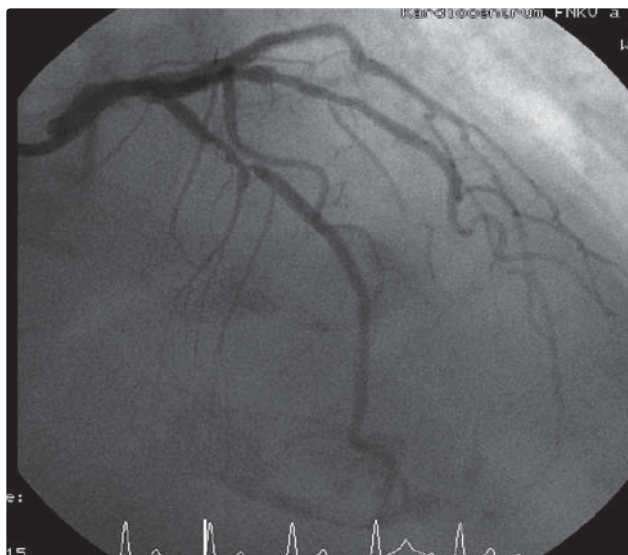
Perkutánní koronární intervence (PCI) je nejúčinnější léčbou akutních koronárních syndromů (AKS) a významně zlepšuje prognózu těchto nemocných. Platí pravidlo, že čím rizikovější pacient, tím větší je prospěch z PCI ve srovnání s případnou konzervativní léčbou.<sup>1</sup> Nejvýznamnějšími faktory predikujícími riziko úmrtí při AKS jsou vyšší věk a známky srdečního selhání dle Killipovy klasifikace.<sup>2</sup> Proto v indikaci AKS neplatí žádná věková omezení pro indikaci PCI – naopak: čím je pacient starší, tím má větší prospěch z PCI.

Absenci věkových hranic pro PCI ilustrujeme na případě kalendářně velmi staré (100 a půl roku), biologicky i psychicky však mnohem mladší pacientky. Tato bývalá švadlena dosud nikdy nebyla hospitalizována (!) a kromě hypertenze se ani nikdy s ničím neléčila. Dne 26. 12. 2009 ji po půlnoci probudila slabost, neurčitá tíha na prsou a zhoršující se dušnost. Záchraná služba ji přivezla v počínajícím plicním edému, s krevním tlakem 180/90 mm Hg, srdeční frekvencí 90/min, pravidelnou, s oboustrannými inspiračními chrůpky do poloviny plic. Na EKG byla přítomna blokáda levého raménka Tawarova nejasného stáří. Troponin I (12,4 µg/l) i CK-MB (0,43 µkat/l) byly mírně zvýšené. Ostatní laboratorní nálezy byly zcela v normě. RTG snímek hrudníku ukázal rozšíření srdce doleva a městnání na plicích. Echokardiografie druhý den (po залечení plicního edému) ukázala

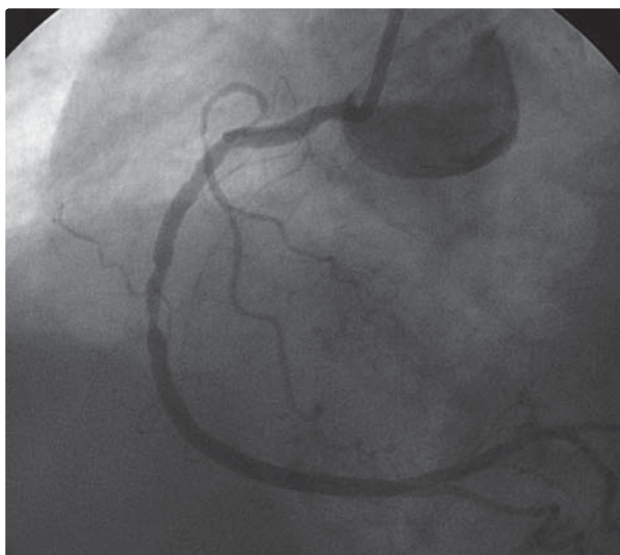
pouze hypokinezi boční stěny, ejekční frakce LK byla 55 %. Zprvu byla nemocná léčena konzervativně. Při velké vizitě 29. 12. s ní byla prodiskutována možnost koronarografie a eventuálně PCI. Při tomto rozhovoru se nemocná ukázala jako zcela orientovaná, se smyslem pro humor, po vysvětlení jednoznačně preferovala invazivní postup.

Dne 30. 12. byla z femorálního přístupu provedena koronarografie s navazující PCI (P. W.). Koronární tepny (pravotyp) byly difúzně kalcifikované, avšak lumina byla kromě několika stenóz (nemoc tří tepen) široce průchodná. Nejvýznamnější (a pravděpodobně nestabilní) lézí byla 95% stenóza s intraluminálním trombem na proximálním úseku ramus marginalis sinister (RMS). Dále byly přítomny 80% stenóza na ramus interventricularis anterior (RIA), 80% stenóza na pravé koronární tepně (ACD) a 70% stenóza na proximálním úseku ramus diagonalis (RD). Ad hoc PCI na RMS byla technicky poněkud svízelnější, 95% stenóza typu C o délce 15 mm byla dilatována na konečných 0 % s průtokem TIMI-III (dva stenty CoroFlex Blue 3,0/19 mm a 2,5/13 mm).

Považovali jsme za šetrnější provést v návaznosti na koronarografii (ad hoc) pouze PCI jedné tepny (té, která měla nestabilní lézi) a PCI dalších tepen odsunout o několik dnů. PCI byla provedena (P. W.) 4. 1. 2010 na zbylých dvou hlavních tepnách (RIA + ACD, *obrázky 1–4*). Na obou tepnách byl prů-



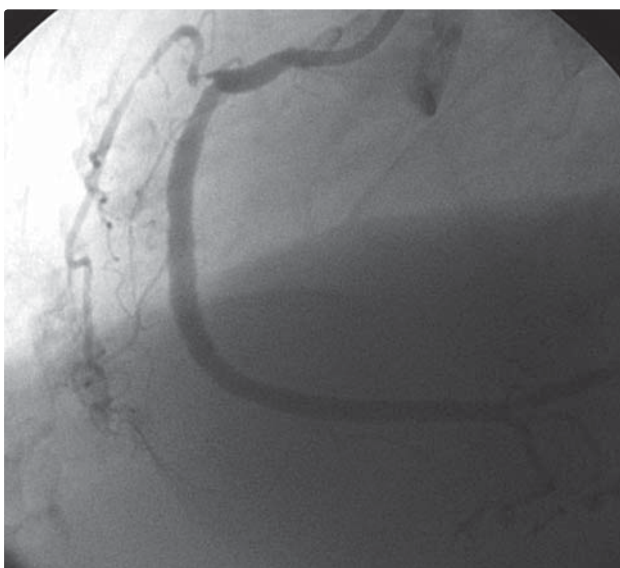
Obrázek 1 Stenóza RIA před PCI, kraniální projekce



Obrázek 3 Stenóza ACD před PCI, levá šikmá projekce



Obrázek 2 Stenóza RIA po PCI, kraniální projekce



Obrázek 4 Stenóza ACD po PCI, levá šikmá projekce

běh zcela hladký a 80% stenózy byly dilatovány na 0% s průtokem TIMI-3 (stenty Promus 2,75/18 mm do RIA a Liberté 3,5/28 mm do ACD). Lékový stent (účinná látka everolimus) jsme implantovali do RIA proto, že proximální úsek RIA má obecně vyšší riziko restenózy a v tomto konkrétním případě bylo riziko restenózy RIA vyšší (kvůli masivním kalcifikacím a průsvitu tepny jen cca 2,5 mm). Výkon i další průběh byl zcela bezproblémový a nemocná byla 6. 1. propuštěna domů ve velmi dobré náladě (s ošetřujícím intervenčním kardiologem žertovala), s medikací Plavix 75 mg, Anopyrin 100 mg, Sortis 20 mg, Prestarium 10 mg, Betaloc SR 100 mg.

Za tři týdny (27. 1.) byla znovu přijata pro bolesti na prsou a dušnost, s podezřením na časnou restenózu či počínající trombózu stentu. EKG křivka byla bez vývoje, troponin I byl negativní. Rekoronarografie (V. K.) ukázala zcela optimální výsledek všech tří předchozích PCI (RIA, RMS i ACD). Ad hoc byla provedena úspěšná PCI poslední významné stenózy (proximální úsek velkého RD, stent Coroflex Blue 3,0/13 mm) a nemocná byla propuštěna domů 3. 2.

PCI u velmi starých osob je technicky proveditelná, vede často k záchraně života (v indikaci AKS) anebo k výraznému zlepšení jeho kvality (v indikaci AP III.–IV. st.). Při indikacích PCI u těchto pacientů je vhodné přihlížet k biologickému věku, nikoli však ke kalendářnímu věku. Na našem pracovišti jedinými důvody pro neindikování koronarografie s eventuální navazující PCI u starých nemocných s AKS je trvalá „institucionalizace“ pacienta (tj. trvale ležící nemocný je odkázán na doživotní ošetrovatelskou péči ve zdravotnických institucích) nebo terminální stadium maligního onemocnění.

## Literatura

1. Silber S, Albertsson P, Aviles FF, et al. Guidelines for percutaneous coronary interventions – The task force for percutaneous coronary interventions of the European Society of Cardiology. Eur Hear J 2005;26:804–847.
2. Widimský P, Motovská Z, Bilková D, et al. The impact of age and Killip class on outcomes of primary percutaneous coronary intervention. Insight from the PRAGUE-1 and -2 trials and Registry. EuroIntervention 2007;2:481–486.