

Pokročilé postižení srdečního svalu při ischemické chorobě srdeční u mladého pacienta

MUDr. Ivana Horková, MUDr. Renata Valentíková, MUDr. Pavel Třeštík

Interní oddělení, Kroměřížská nemocnice a. s.

Chronické srdeční selhání je řada symptomů, které jsou charakterizovány selháním funkce srdce jako pumpy. Mezi hlavní příčiny patří ischemická choroba srdeční (ICHS), kardiomyopatie (KMP). Pokročilé formy ICHS se mohou manifestovat podobně jako dilatační KMP (DKMP). Odlišení obou forem je bez invazivních vyšetřovacích metod obtížné. V kazuistice prezentujeme mladého muže, u něhož prvním projevem ICHS bylo srdeční selhání, teprve selektivní koronarografie prokázala těžké difuzní postižení koronárního řečiště, které si vyžádalo kardiochirurgický zákrok.

Klíčová slova: ischemická choroba srdeční, rizikové faktory, kardiomyopatie, chronické srdeční selhání.

Advanced infliction of heart muscle while ischaemic heart disease in a young man

Chronic heart failure is a group of symptoms, which are characterized by dysfunction of heart as a pump. Ischaemic heart disease (IHD), cardiomyopathy (DCM) are the leading causes of this problem. Advanced forms of IHD can manifest similarly to dilated cardiomyopathy (DCM). Distinguishing can be difficult without invasive investigation techniques. In the clinical scenario we present a young man, whose first manifestation of IHD was a heart failure. It was the coronary angiography which showed a severe coronary artery disease which required a cardiovascular surgery.

Key words: ischaemic heart disease (IHD), risk factors, cardiomyopathy, chronic heart failure.

Med. Pro Praxi 2010; 7(1): 35–37

Úvod

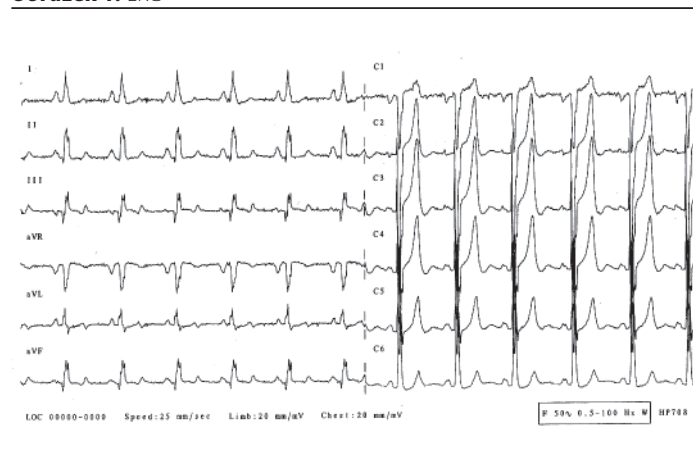
Chronické srdeční selhání (CHSS) je řada symptomů vzniklých následkem narušení práce srdce jako pumpy. Jde o stav, kdy i přes dostatečné plnění srdce klesá minutový srdeční výdej a srdce není schopno krýt metabolické potřeby tkání a dochází k aktivaci řady neurohumorálních působků. Dříve byla nejčastější příčinou CHSS hypertenze a chlopenní vady, nyní je to ICHS (50–70 %) a DKMP (20–30 %), chlopenní vady asi v 10 % a samotná hypertenze také asi v 10 %. Pro stanovení diagnózy musí být přítomny příznaky srdečního selhání a objektivní průkaz poruchy srdeční funkce. Pro určení závažnosti onemocnění se používá nejčastěji NYHA klasifikace (New York Heart Association) a hlav-

ním symptomem je dušnost námahová, později klidová, dále zvýšená aktivace sympatiku, otoky, gastrointestinální potíže. Příčinou úmrtí je terminální srdeční selhání, náhlá smrt, maligní arytmie. Onemocnění má špatnou prognózu, je zátěží nejen pro nemocného a jeho rodinu, ale i společensko-ekonomickým problémem.

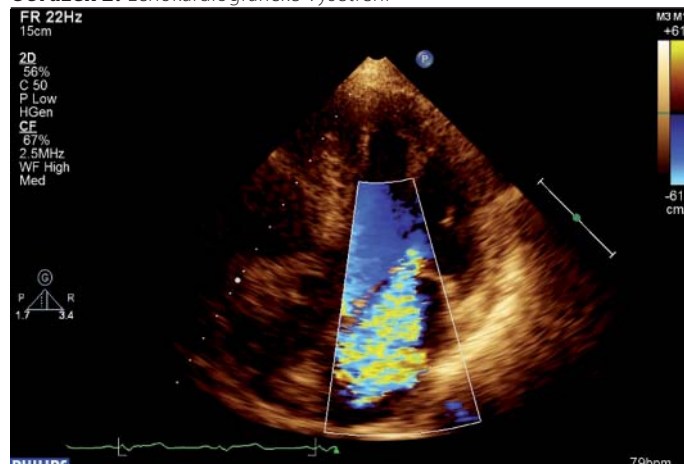
ICHS je skupina chorob se společným jmenovatelem – ischemií myokardu na podkladě omezení až zastavení přívodu krve vlivem patologického procesu v koronárním řečišti. Projevy ischemie jsou poruchy mechanické, elektrické aktivity a ischemická bolest. Primárním procesem u většiny nemocných je aterosklerotické postižení koronárních tepen, vzácněji jiné postižení koronárních tepen. Výskyt ICHS je výsledkem

působení řady rizikových faktorů, které lze rozdělit na neovlivnitelné (věk, pohlaví, rodinná zátěž) a ovlivnitelné (hyperlipoproteinemie, kouření, hypertenze, diabetes mellitus, obezita, fyzická inaktivita, hyperurikemie, hyperhomocysteinemie, dlouhodobý stres a další). ICHS má řadu forem, které se liší etiologií i klinickým obrazem. Význam prognostický a terapeutický má dělení na formu akutní a chronickou. Mezi akutní patří nestabilní angina pectoris, akutní infarkt myokardu, náhlá srdeční smrt, mezi chronické angina pectoris, variantní angina pectoris, němá ischemie myokardu, syndrom X, ICHS manifestující se arytmiemi a ICHS manifestující se jako srdeční nedostatečnost. V praxi se jednotlivé formy mohou kombinovat.

Obrázek 1. EKG



Obrázek 2. Echokardiografické vyšetření



Tabulka 1. Rizikové faktory

Věk (muž) nad 55 let	Ne
Kouření	Ano
Dyslipidemie	Ano
Hyperurikemie	Ano
Pozitivní rodinná anamnéza	Ano
Abdominální obezita	Ne
Hypertenze	Ne

KMP jsou onemocnění srdečního svalu spojená s poruchou srdeční funkce. Dělí se na dilatační, hypertrofické, restriktivní, arytmogenní kardiomyopatie pravé komory, specifické a neklasifikované.

Jak pokročilé formy ICHS, tak KMP mohou vést do stadia chronického srdečního selhání. Odlišení obou forem je bez invazivních vyšetřovacích metod obtížné. Pomoci může anamnéza (stenokardií), věk pacienta, přítomnost rizikových faktorů aterosklerózy, postižení tepen v jiných lokalizacích. Kombinace ischemie a systolické dysfunkce levé komory značí špatnou prognózu a u těchto nemocných má revaskularizace největší význam. Systolická dysfunkce levé komory může být důsledkem reverzibilních účinků intermitentní či prolongované ischemie (omráčení myokardu či hibernace).

Kazuistika

V kazuistice prezentujeme mladého muže, u něhož prvním projevem ICHS bylo srdeční selhání s hemodynamicky významnou mitrální regurgitací, teprve selektivní koronarografie prokázala těžké difuzní postižení koronární-

ho řečiště, které si vyžádalo kardiochirurgický zákrok.

Jde o muže, který se dosud léčil s alergickou rhinitis, hyperurikemií (kyselina močová 555 ... 572 ... 528 μmol/l) a dyslipidemií (od r. 2005, kdy opak. vyšší hodnoty zejména triacylglyceridů 18,5 ... 8,5 ... 7,5 mmol/l, dále celkového cholesterolu 8,3 ... 7,1 ... 6,0 mmol/l). Hodnoty HDL-cholesterolu byly v normě. Aterogenní index plazmy byl u pacienta velmi vysoký: 1,09 ... 0,82 ... 0,92. V této době pacient užíval allopurinol, statin a fibrát. V době prvních potíží mu bylo 37 let. Jeho rodinná anamnéza je pozitivní: otec měl 2krát infarkt myokardu, poprvé již v 51 letech. Nyní je dispenzarizován u kardiologa se systolickou dysfunkcí levé komory s EF LK 30 %. Matka byla vyšetřována pro potíže charakteru nestabilní anginy pectoris, a v 63 letech absolvovala 4násobný aorto-koronární bypass v mimotělním oběhu. O 5 let starší bratr má potíže s dechem, ale vyšetření odmítá. Náš pacient byl kuřák (15 cigaret denně). Rizikové faktory pacienta jsou uvedeny v tabulce 1.

První potíže – dechové – se objevily v srpnu r. 2008, byl vyšetřován v plicní a alergologické ambulanci se závěrem lehké perzistující astma bronchiale. Občas trpěl pocitem pálení na hrudi a brnění levé horní končetiny. V prosinci 2008 se dechové potíže stupňovaly až do stavu dechové tísně s opocením a zatměním před očima. Poprvé byl na našem pracovišti vyšetřen v únoru 2009, poté co absolvoval pravidelnou prohlídku u obvodní lékařky a byl odeslán k internímu vyšetření pro nález systolického šeles-

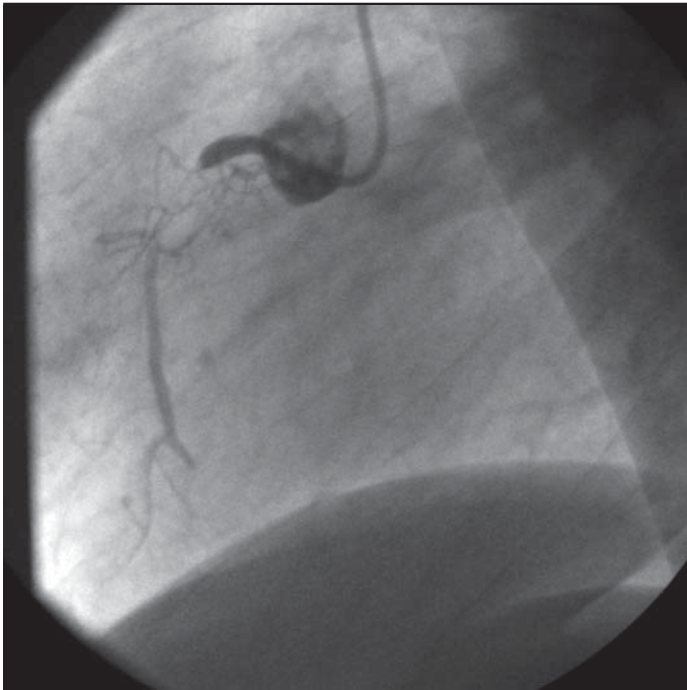
tu. Subjektivně byl již bez potíží, s pravidelnou srdeční akcí s uspokojivou frekvencí a vstupním TK 135/85 mm Hg. Při vyšetření byl poslechový nález systolického šelestu nad srdečním hrotem. Na elektrokardiografické křivce (EKG) je inkompletní blok levého Tawarova raménka (obrázek 1).

Bylo doplněno echokardiografické vyšetření, které prokázalo těžkou celkovou hypokontraktilitu LK s EF 30 %, dilatovanou, remodelovanou LK s diastolickým rozměrem 71 mm a mitrální regurgitací III. stupně ze IV (obrázek 2).

Pacient akutní hospitalizaci odmítl, byl léčen statinem, kyselinou acetylsalicylovou. Diagnóza byla stanovena klinicky, pacient měl projevy srdečního selhání – dušnost při fyzické námaze a echokardiograficky byla stanovena dysfunkce LK. Elektivně byla objednána koronarografie. Tato provedena v 2/09 s nálezem difuzního postižení proximální poloviny RIA a RD 70 %, uzávěr ramus marginalis sinister (RMS), uzávěr proximální ACD kompenzován z homolaterokolaterál (obrázky 3a, b), těžká systolická dysfunkce s EF LK 28 %, diastolická dysfunkce, významná mitrální insuficience.

Pacientovi byl doporučen kardiochirurgický zákrok. V březnu r. 2009 byl hospitalizován na našem pracovišti na jednotce intenzivní péče (JIP) pro nestabilitu anginózních potíží, s negativní enzymatickou odezvou – negativní MB-fraze kreatinkinázy, myoglobin, troponin I, během monitorace na lůžku JIP zachyceny běhy nesetrválé komorové tachykardie (obrázek 4) – pacient byl z lůžka přeložen na kardiochirurgic-

Obrázek 3a. SKG



Obrázek 3b. SKG



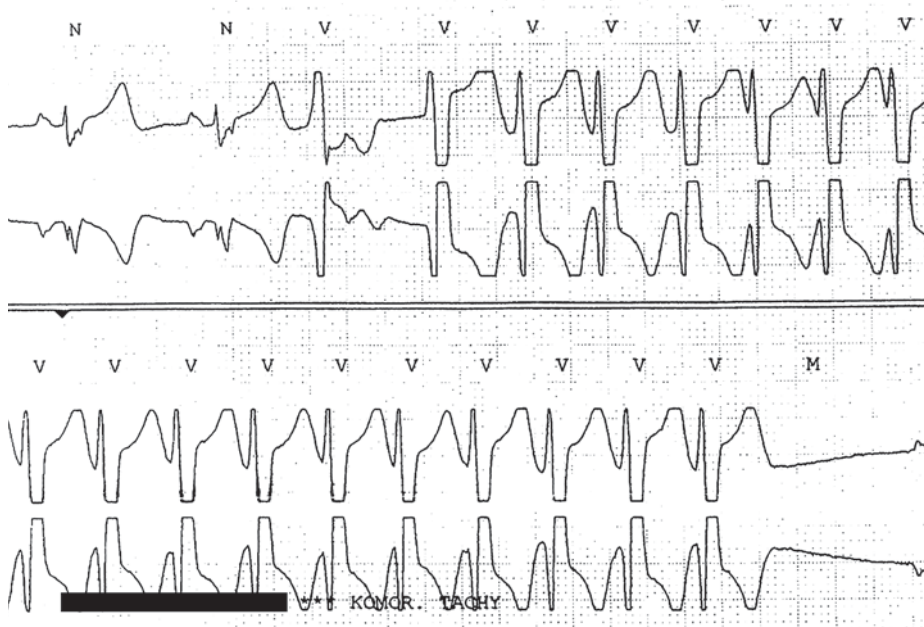
ké pracoviště – do Fakultní nemocnice U svaté Anny v Brně.

Dne 10. 4. 2009 byl v mimotělním oběhu proveden 4násobný aorto-koronární bypass a plastika mitrální chlopně. Dle propouštěcí zprávy operace proběhla bez komplikací, přechodně inotropní podpora dobutaminem, pacient propuštěn 10. pooperační den. Do terapie nasazen dočasně Warfarin, trvale betablokátor, ACEi, statin, inhibitor protonové pumpy. Pacient absolvoval kontrolní kardiologické vyšetření, dle echokardiografie trvá systolická dysfunkce LK s EF 30%, parametry LK zůstávají stacionární. Dále indikován k lázeňské terapii, kterou absolvoval s úspěchem a zlepšením fyzické kondice. V současné době je bez výrazných subjektivních potíží, již nekouří. Funkčně je ve třídě NYHA I.–II. Proveden EKG Holter, kde sinusový rytmus s čtenějšími ventrikulárními extrasystolami, bez významných poruch rytmu. Vzhledem k nálezům na EKG Holteru a levokomorové dysfunkci uvažováno o primárně preventivní implantaci ICD (implantable cardioverter-defibrillator). Dále postupně vysazen warfarin, podávána kyselina acetylsalicylová.

Závěr

Pacientů s ischemickou chorobou srdeční stále přibývá, výskyt ICHS roste s věkem. Výjimkou ale není ani diagnóza pokročilé formy ICHS ve věku, ve kterém zpravidla pomýšlíme na jiné příčiny potíží. Pokud se ICHS manifestuje v nižším věku, většinou vidáme akutní infarkt myokardu jako primomaniestaci tohoto onemocnění. Stále je třeba věnovat velkou pozor-

Obrázek 4. Zachycená komorová tachykardie pacienta



nost anamnéze, včetně rodinné, a také rizikovým faktorům. Obojí zde bylo významně pozitivní. Přesto, že je to méně pravděpodobné, i mladý pacient může mít významné poškození koronárních tepen, které může být diagnostikováno až ve stadiu chronického srdečního selhání.

Literatura

1. Aschermann M, Widimský P, Veselka J, Linhart A, Krupička J, Petrášek J. Kardiologie. Praha: Galen, 2004.
2. Klener P, et al. Vnitřní lékařství. Praha: Galen, 2006.
3. Marek J, a kol. Farmakoterapie vnitřních nemocí. Praha: Grada, 2005.
4. Goodwin J, Olsen E. Cardiomyopathies. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 1993.
5. Špinar J, Vítovec J. Ischemická choroba srdeční. Praha: Grada, 2003.

6. Špinar J, Vítovec J. Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění. Praha: Grada, 2000.
7. Lukl J. Klinická kardiologie stručně. UP Olomouc, 2004.
8. Vojáček J. Arteriální a žilní trombóza v klinické praxi. Praha: Grada, 2004.
9. Widimský J, a kol. Srdeční selhání. Triton, 2003.
10. Widimský J. Selhání srdce. Triton, 2009.
11. Špinar J, et al. Doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání. ČKS, 2006.

MUDr. Ivana Horková
Dukelská 418, 769 01 Holešov
i.horkova@seznam.cz

