

ARYTMOGENNÍ SYNKOPA U ISCHEMICKÉ CHOROBY SRDEČNÍ

MUDr. Hana Večeřová, MUDr. Vlastimil Koziel

Interní oddělení, Nemocnice s poliklinikou v Novém Jičíně

V této kazuistice popisujeme případ pacienta s časnou diagnózou závažné komorové tachyarytmie jako projevu synkopálního stavu. Podle literatury je latence mezi projevy komorové tachykardie a provedením PSK stále dlouhá. Na našem sdělení chceme ukázat správný a moderní přístup k vyšetřování a k léčbě pacienta, který je poskytován v současné době.

Popis případu

Nemocný K. P. (1945) s chronickou ischemickou chorobou srdeční (ICHS), po recidivujících infarktech myokardu (IM) – non QIM vysokém bočním (1989), QIM spodní a přední stěny (1993, 1995). V roce 1997 provedena perkutánní transluminální koronární angioplastika (PTCA) na ramus interventricularis anterior (RIA).

Po opakovaných infarktech myokardu má pacient dysfunkci LK s depresí systolické funkce levé komory. Z dalších anamnestických údajů: pacient 5 let nekouří. RA: otec prodělal IM v 60 letech. Poslední terapie: Dilatrend tbl. 25 mg 2×1/2, Anopyrin tbl. 400 mg 1×1/2, Sortis tbl. 10 mg 1×1. V roce 1993 a 1995 byla aplikována při akutním infarktu myokardu (AIM) streptokináza. V roce 1995 byl hospitalizován pro kolapsový stav. Na naše interní oddělení JIP byl přijat v březnu 2001 pro anamnézu synkopálního stavu. V zaměstnání kolem 8.00 hodin pocítoval horko, píchnutí pod levým kličkem. Posadil se do křesla, poté ztratil vědomí. Při přijetí byl pacient subjektivně bez potíží, bez projevů levostranného selhávání. Na EKG byl sinusový rytmus, fr. 60/min., PQ 0,16, q v II, III, aVF, QS v V₁–V₃, qrs v V₆. Při monitoraci EKG poruchy rytmu nebyly zachyceny. Dle echokardiografie dyskinéza hrotu, akinéza apikálních 2/3 septa, přední stěny, hypokinéza boční a zadní stěny, ejekční frakce 25 %, stopová mitrální regurgitace, ostatní chlopně bez známek vady. Při zátěžové ergometrii bylo dosaženo zátěže 192 W, tj. 2W/kg, max. TK 175/105, max. TF 141/min. Vyšetření ukončeno pro celkové vyčerpání, bez projevů anginy pectoris (AP), bez vyvolání arytmií, bez změny ST-T úseku. Sonografické vyšetření karotid a vertebrálních arterií s normálním nálezem. Vzhledem k ICHS a dysfunkci levé komory uvažujeme o arytmogenní synkopě a pacienta proto indikujeme k elektrofyziologickému vyšetření, k programované stimulaci komor (PSK). Při tomto vyšetření byl indukován flutter komor s nutností elektrické kardioverze (EKV). Následně provedena koronografie se závěrem multivessel disease s akinézou celého hrotu a přilehlé oblasti anterolaterální a dolní stěny, uspokojivá je kinetika bazálních oblastí, EF 35%, plicní tlak levé komory (LVEDP) 19/27 mm Hg.

Při doplnění dobutaminové echokardiografie nález viabilního myokardu proximální 1/2 zadní a boční stěny. Pro průkaz podstatné masivní viabilního myokardu byl pacient indikován k chirurgické revaskularizaci myokardu. V březnu 2001 byl proveden 2× aortokoronární bypass (LIMA na RIA, žíla na ramus marginalis sinister (RMS) (Třinec)). Peroperační a pooperační průběh bez komplikací, pacient byl oběhově stabilní. Při ponechané léčbě betablokáto

rem byl pacient saturován amiodaronem v tabletách. Při kontrolním elektrofyziologickém vyšetření – programová stimulace komor, opět byla prokázána elektrická nestabilita myokardu i po chirurgické revaskularizaci a kombinované antiarytmické terapii. Proto byl pacient indikován k implantaci kardioverter-difibrilátor (ICD). Ta byla provedena v dubnu 2001 v nemocnici Na Homolce – GEM IIIDR 7275 (medtronic), mode DDR. Při 1. kontrole byl pacient lehce dušnější při chůzi do malého kopce (NYHA I-II), bez palpitací či synkopálního stavu.

Poslední terapie: Anopyrin tbl. 100 mg 1×1, Dilatrend tbl. 25 mg 2×1/2, Cordarone tbl. 200 mg 1×1, Prestarium tbl. 4,0 mg 1×1, Furon tbl. 40 mg 1×1/2, Simgal tbl. 10 mg 1×1.

Diskuze

Synkopa je náhle vzniklé bezvědomí spojené s pádem, s následným rychlým návratem vědomí a úpravou celkového stavu do několika minut. Většinu synkop, které se podaří objasnit, tvoří kardiovaskulární synkopy. Podle příčiny pak jednou z nich je arytmogenní synkopa a ta se dělí na bradyarytmickou a tachyarytmickou formu. V anamnéze pro arytmogenní synkopu svědčí náhlý začátek, výskyt palpitací těsně před synkopou, pocity vynechávání srdce. Cenné jsou údaje svědků, provokační momenty. Pacienti s ICHS, s poruchou funkce levé komory a komorovými arytmiemi představují skupinu se zvláštním a specifickým problémem. Údaj o prodělaném IM by měl vést k podezření na komorovou tachykardii jako nejpravděpodobnější příčinu synkopy.

V diagnostice arytmogenních synkop mají své pevné místo:

1. důkladná anamnéza
2. podrobné objektivní vyšetření
3. EKG
4. Holterova monitorace EKG
5. zátěžové EKG
6. programovaná stimulace komor (PSK)
7. elektrofyziologické vyšetření – PSK.

Při fyzikálním vyšetřením můžeme při auskultaci zachytit pauzy či paroxysmy tachykardie. Standardní EKG v době synkopy většinou nezachytíme.

Zejména u recidivujících synkop má význam Holterova monitorace, telemetrie a transtelefonní sledování EKG. Uznávanou indikací k provedení zátěžové ergometrie je synkopa nejasné etiologie. Fyzická zátěž je přirozeným provokačním momentem vzniku arytmií a to svým mechanismem aktivace sympatiku. Jinak však z dosud známých údajů je zátěžový test vhodný zejména pro posouzení účinnosti antiarytmik.

Vyšetření pozdních komorových potenciálů spočívá v mnohonásobném zesílení a filtraci EKG – signálu ortogonálních svodů. U nemocných se synkopou je předpovědní hodnota pro komorovou tachykardii nejvyšší u ischemické choroby srdeční. Elektrofyziologické vyšetření je považováno za neodkladné u nemocných se synkopou a podezřením na komorovou tachyarytmii (prodělaný IM se ↓ funkcí LK). Prognostický význam má i negativní vyšetření. Pravděpodobnost náhlé smrti je pak 2% ve 2 letech. V dalším vyšetřovacím algoritmu je indikováno i koronarografické vyšetření při epizodách závažných komorových dysrytmií. Výsledek selektivní koronární angiografie dále určí zvolení optimálního revaskularizačního postupu. Možnou nefarmakologickou léčbou komorové tachkardie je katetrizační ablace. Ablace komorových arytmií u pacientů s ICHS je obtížná. Úspěšnost je asi 50%, protože arytmiický substrát je poměrně rozsáhlý. Se zdokonalováním technologií lze očekávat zlepšování výsledků radiofrekvenční ablace i u ICHS. Další možností je „chirurgická ablace“ – kryodestrukce – arytmogenních ložisek speciální sondou. Při posuzování indikace k implantaci ICD se vychází ze zásad Pracovní skupiny pro arytmiie a kardiostimulaci ČKS. Jednou z indikací je pak dokumentovaná hemodynamicky závažná epizoda setrvalé komorové tachkardie nebo fibrilace komor s neúspěšnou antiarytmickou terapií řízenou výsledky sériového testování antiarytmik PSK nebo Holterovým vyšetřením. Mezi základní podmínky indikace patří odstranění ischemie revaskularizací tam, kde je to možné.

Nejčastějším kardiovaskulárním onemocněním u nemocných s maligními komorovými arytmiemi indikovaným k implantaci ICD je dříve prodělaný srdeční infarkt a nejčastějším projevem komorové tachyarytmie je synkopa. Synkopa u nemocných s prodělaným IM by proto měla vést k automatickému podezření na setrvalou komorovou tachykardii jako příčinu této synkopy a nemocný by měl být ihned odeslán k PSK.

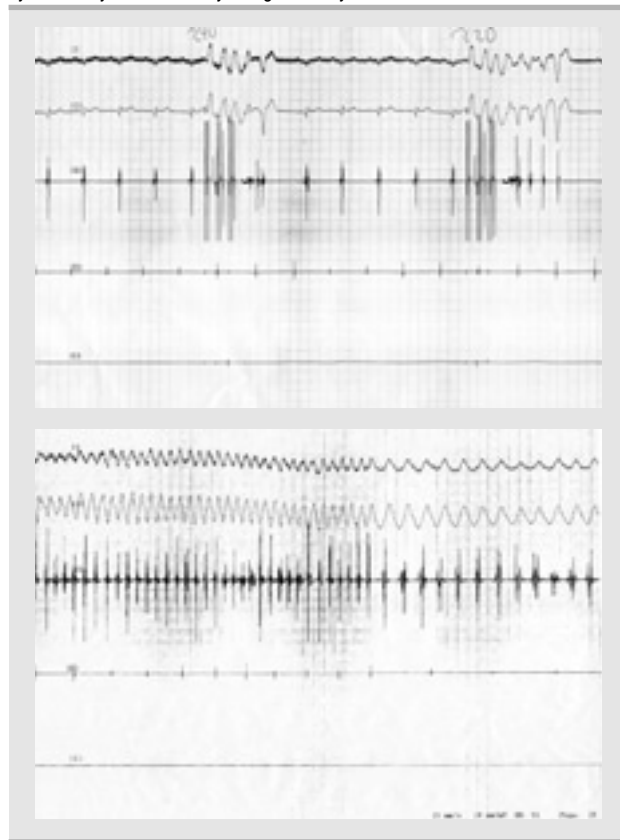
Závěr

U tohoto pacienta nebylo možné vyřešit problém arytmií jediným léčebným postupem, byla nutná hybridní tera-

Literatura

1. P. Gregor, P. Widimský, Kardiologie v praxi, Galén, 1994.
2. J. Lukl a spol., Srdeční arytmiie, aktuální problémy, Grada, 1996.
3. F. Kölbel, pořadatel, Trendy soudobé kardiologie 2, Galén, 1999.

Obrázek 1. Komorový flutter a fr. 330/min indukovaný při užití tří programovaných extrasystol u elektrofyziologického vyšetření srdce



pie (kombinace kauzální a paliativní medicíny). Kombinace má obvykle větší účinek s nižším počtem nežádoucích účinků.

Ze studií bych ještě připomněla sekundárně preventivní studii, tj. u pacientů s již manifestními udržujícími se komorovými tachykardiemi či s fibrilací komor (AVID, CASH, CIDS), které potvrdily pokles dvouleté mortality implantací ICD v porovnání s antiarytmiky o 20–37 %.

Vždy však postup při léčbě pacienta je individuální. Je nutné zvážit všechny možnosti léčby a tím snížit riziko náhlé smrti.

4. J. Widimský, K. Lefflerová, Zátěžové testy v kardiologii, TRITON, 2000.
5. J. Lukl, P. Heinc a spol., Moderní léčba arytmií, Grada, 2001.