

POLYKACÍ SYNKOPA

MUDr. Václav Novák, MUDr. Leoš Glanc, MUDr. Miroslav Hanuš, MUDr. Tomáš Hodač

Interní oddělení, Oblastní nemocnice Jičín

Kazuistická informace pojednává o méně časté příčině reflexně zprostředkované situační synkopy – deglutiční synkopě, jež byla pro kompletní atrioventrikulární blok léčena implantací dvoudutinového kardiostimulátoru.

Úvod

Článek pojednává o klinickém případě méně obvyklé příčiny krátkodobého stavu bezvědomí – polykací synkopě.

Na základě anamnézy potíží při polykání, dokumentované významné asystolie při polykání, bradykardie při gastrokopii a nález refluxní ezogagitidy a hiátové hernie byla u staršího muže diagnostikována reflexní situační polykací synkopa, která byla pro nález atrioventrikulární blokády vyššího stupně léčena implantací trvalého dvoudutinového kardiostimulátoru. Pacient je od implantace bez potíží; stavy slabostí, které dříve někdy mával při jídle, vymizely.

Popis případu

Dvaasedmdesátiletý muž byl přivezen po prodělané synkopě k diagnostické hospitalizaci. Dle sdělení lékaře RLP a objektivní anamnézy od příbuzných se náhle v průběhu oběda vsedě u stolu u pacienta dostavila slabost, posléze v bezvědomí upadl, uhořel se do hlavy, konvulze ani inkontinenci svěračů neměl. Po příhodě byl pacient krátce amentní, stav se upravil, trvala amnézie. Popřel, že by někdy prodělal podobný stav. Osobní anamnestická data byla bez zajímavostí (jinak doposud zdravý stopkuřák, sledovaný urologickou ambulancí pro benigní hyperplazii prostaty, léčený doxazosinem, závažné choroby ani úrazy neprodělal, operován nebyl). Důležitým údajem byla přímá souvislost potíží s příjmem potravy. Objektivní nález byl věku přiměřený vyjma čerstvého hematomu a tržné rány měkkých částí hlavy, hematomu levé orbity a stop po epistaxi. Elektrokardiografie (EKG) křivka byla bez ložiskových změn, se sinusovou bradykardií 49/min s ojedinělou supraventrikulární ektopií, v průběhu pobytu bez dynamiky. Masáž karotického sinu bilaterálně nevedla ke změně tepové frekvence a krevního tlaku. Základní laboratorní vyšetření (biochemická, hematologická) ukazovala nálezy ve fyziologických mezích (kardiosenzitivní enzymy byly opakovaně negativní), rentgenová vyšetření hrudníku i lebky byla provedena s negativními nálezy. Neurologické vyšetření uzavíralo stav jako alterace vědomí nejednoznačné etiologie s následnou komocí mozkovou po pádu, s frustní symptomatologií pravé hemisféry mozku, centrální parézou n. VII. l. sin., s pozitivními pyramidovými jevy na levé dolní končetině, se známkami mozkové aterosklerózy. Počítačová tomografie (CT) mozku prokázala atrofii mozkovou mírného stupně, vyloučila intrakraniální hemoragickou příhodu a vyslovila suspекci na drobný meningiom temporoparietálně vpravo, který však nebyl příčinou klinických potíží. Pacient byl monitorován na JIP

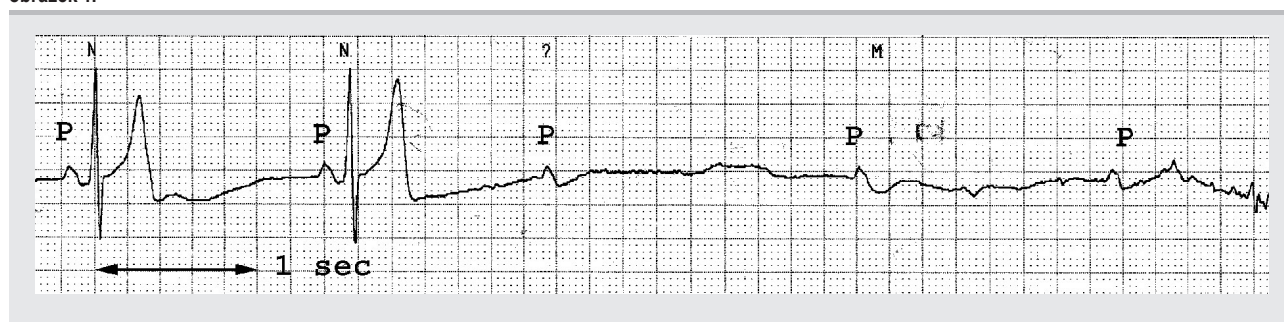
interního oddělení. Při jídle (polykání tuhého sousta) byla objektivizována asystolie na podkladě kompletní atrioventrikulární (AV) blokády trvající déle než pět sekund (obrázek 1), projevila se slabostí.

Cílené doplnění anamnézy přineslo údaj o dysfagických potížích a občasných stavech slabosti při jídle, což objektivizovali následně příbuzní nemocného, kteří udali, že se pacientovi při jídle „někdy dělalo špatně“. Stav byl uzavřen jako polykací synkopa. Po dohodě s kardiostimulačním centrem byl pacientovi implantován dvoudutinový kardiostimulátor. Nemocný absolvoval vyšetření k ozřejmění patologie gastrointestinálního traktu: sonografické vyšetření břicha bylo s negativním nálezem, gastrokopie popsala refluxní ezofagitidu I.–II. st. a hiátovou hernii (nález vysvětlil mírné dysfagické potíže a podpořil diagnózu polykací synkopy). Během endoskopie byl nemocný monitorován a při zavedení gastrokopu do oblasti žaludeční kardiie došlo ke zpomalení tepové frekvence, se zapojením kardiostimulátoru. Další průběh hospitalizace byl bez komplikací, pacient byl propuštěn domů v klinicky dobrém stavu.

Diskuze

Polykací synkopa je řazena mezi nervově (reflexně) zprostředkované situační synkopy, které vznikají při specifických aktivitách (polykání, kašli, močení, defekaci). Vyskytuje se u dětí i dospělých jedinců. Z velkých populačních studií se uvádí prevalence mezi 1–8 %, synkopy jsou hodnoceny jako benigní (mortalita je prakticky nulová). Přestože se jedná o vzácné onemocnění, které může být relativně dobře rozpoznáno a úspěšně léčeno, je potenciálně letální (možnost kompletní atrioventrikulární blokády a asystolie). Patofyziologickou podstatou je vystupňovaný reflexní vagovagální mechanismus, kdy zdrojem aferentních signálů jsou receptory v gastrointestinálním traktu (tenzoreceptory – expanze jícnu nebo žaludku potravou, „ezofago-kardiální“, „horní gastrointestinálně-kardiální reflex“), jejichž podněty jsou aferentními vagovými vlákny přenášeny do cílových mozkových oblastí (nucleus tractus solitarius mozkového kmene, vazodepresorické centrum prodloužené míchy), eferentní signály pak vedou cestou n. vagus k bradykardii (supresí sinoatriálního (SA) uzlu resp. atrioventrikulárního (AV) uzlu až k AV bloádě vyššího stupně a asystolii, při jinak normálním převodním systému srdečním) a vagovazálním mechanismem k vazodilataci a hypotenzi. Je možné spuštění tachyarytmie (nejčastěji fibrilace síní). V diagnostice je zásadní anamnéza (souvislost synkopy nebo presynkopální symptomatologie s příjmem potravy) a dokumentace bradykardie či asystolie při polykání u observovaného pa-

obrázek 1.



cienta nebo Holterovský záznam EKG. Je uváděna možnost indukce potíží inflací balonu v jícnu (bradykardie při dráždění horní části, suprese AV uzlu s bloádou při inflaci v dolní části jícnu) nebo prostou insuflací žaludku plynem. Pacienti se situační synkopou mají častěji pozitivní odpověď na masáž karotického sinu a/nebo pozitivní test na nakloněné rovině – oba testy jsou základními vyšetřovacími metodami u reflexně zprostředkovaného typu synkopy. Elektrofyziologickým vyšetřením je možné najít při stimulaci ezofagu nárůst AH intervalu až ke kompletní blokádě distálně od A vlny; předem aplikovaný atropin může nárůstu zabránit. V literatuře se uvádí případ vagové hyperreaktivitu s vazodilatorickou reakcí při masáži karotického sinu a kardiinhibiční odpovědi při polykání u pacienta se spodním infarktem myokardu. Někdy se může polykací synkopa vyskytovat u nemocných s glossofaryngeální neuralgií. Je doložen případ polykací synkopy u pacienta po aneurysmatektomii hrudní aorty, kde byl nemocný předoperačně bez potíží a po operaci bylo možné synkopu vyvolat po aplikaci edrofonie (inhibitor acetylcholinesterázy) prostým polknutím tekutiny. Uspadnit vznik synkopy mohou některé léky (digitalis, ACEI) nebo poruchy vnitřního prostředí (např. hypoxie – případ pacienta po kardiokirurgické operaci, který vyžadoval pooperačně oxygenoterapii, kdy byla zaznamenána asystolie při polykání při dočasném přerušení dodávky kyslíku maskou a po normalizaci vnitřního prostředí se asystolie již neopakovala). Souvislost výskytu polykací synkopy s onemocněním gastrointestinálního traktu byla opakovaně zaznamenána: abnormní nálezy při 24hodinové jícnové

manometrii, pH-metrii, difúzní jícnové spazmy, zvýšený tonus horního jícnového svěrače, gastroezofageální reflux, hiátová hernie (popsán útlak levé srdeční síně rozsáhlou hernií), tumory jícnu a hypofaryngu, ale v řadě případů se patologie neprokáže. Jsou diskutovány vlivy nevagální (preexistující kardiální onemocnění, např. sick sinus syndrom; symptomatologie není supresibilní atropinem) a hereditární – byl popsán případ mladé ženy se zdravým myokardem, která od dětství trpěla polykacím aktem indukovanými potížemi (způsobenými SA blokádou a pomalým junkčním resp. komorovým náhradním rytmem), mezi jejímiž příbuznými byl nalezen abnormní elektrokardiogram při příjmu potravy. Obtížnost diagnostiky polykací synkopy je doložena literárním údajem případu jinak zdravého muže, který byl po gastroenterologickém, kardiologickém a neurologickém vyšetření bez nálezu patologie léčen 13 let pro psychiatrický původ potíží, než byl ambulatorním monitorováním EKG prokázán AV blok II. typu a po implantaci trvalého pacemake-ru potíže vymizely. V léčbě se doporučuje úprava stravovacích návyků (vyloučení pití velmi chladných tekutin, zvláště syčených oxidem uhličitým, polykání malých soust jídla, je doporučen pomalý příjem potravy), terapie ezofageálního spazmu, anticholinergika – sympatomimetika, antikonvulziva (u precipitované glossofaryngeální neuralgie, kde event. přichází v úvahu mikrochirurgický zásah na n. IX. a n. X.), chirurgická denervace části jícnu. V řadě případů si AV blokáda vyššího stupně vynutí zajištění implantací trvalého kardiostimulátoru.

Literatura

1. Antonelli D, Rosenfeld T. Deglutition syncope associated with carotid sinus hypersensitivity. *Pacing Clin Electrophysiol* 1997; 20(9 Pt 1): 2282–2283.
2. Armstrong PW, McMillan DG, Simon JB. Swallow syncope. *Can Med Assoc J* 1985; 132(11): 1281–1284.
3. Basker MR, Cooper DK. Oesophageal syncope. *Ann R Coll Surg Engl* 2000; 82(4): 249–253.
4. Bellorini M, Lefevre T, Loiret J, Thebault B, Akesbi T, Bizet M, Castella N, Funck F. Recurrent syncope during deglutition. An uncommon form of sinus dysfunction. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1992; 85(7): 1039–1041.
5. Benditt DG. Neurally mediated syncopal syndromes: pathophysiological concepts and clinical evaluation. *Pacing Clin Electrophysiol* 1997; 20(2 Pt 2): 572–584.
6. Bortolotti M, Sarti P, Brunelli F, Mazza M, Barbara L. Abnormal esophagocardiac inhibitory reflex in patients with diffuse oesophageal spasm. *Digestion* 1995; 56(6): 488–492.
7. Bortolotti M, Cirignotta F, Labo G. Atrioventricular block induced by swallowing in patient with diffuse oesophageal spasm. *JAMA* 1982; 248(18): 2297–2299.
8. Collective team: The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, section 16. Cardiovascular Disorders, Chapter 200. Orthostatic Hypotension and Syncope.
9. Česká kardiologická společnost: Synkopa, diagnostika a léčba. *Cor et Vasa* 1999; 4.
10. Deguchi K, Mathias CJ. Continuous haemodynamic monitoring in an unusual case of swallow induced syncope. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 67(2): 220–202.
11. Elam MP, Laird JR, Johnson S, Stratton JR. Swallow syncope associated with complete atrioventricular block: a case report and review of the literature. *Mil Med* 1989; 154(9): 465–466.
12. European Society of Cardiology: Task Force Report, Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. *European Heart Journal* 2001; 22: 1256–1306.
13. Farb A, Valenti SA. Swallow syncope. *Md Med J* 1999; 48(4): 151–154.
14. Golf S. Swallowing syncope, a case report. *Acta Med Scand* 1977; 201(6): 585–586.
15. Gordon J, Saleem SM, Ngaage DL, Thorpe JA. Swallow syncope associated with paroxysmal atrial fibrillation. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 21(3): 587–590.
16. Golf S, Forfang K. Congenital swallowing-induced symptomatic heart block: a case report of a probably hereditary disorder. *Pacing Clin Electrophysiol* 1986; 9(4): 602–605.
17. Guberman A, Catching J. Swallow syncope. *Can J Neurol Sci* 1986; 13(3): 267–269.

18. Haumer M, Geppert A, Karth GD, Gschwandtner ME, Neunteufl T, Zanner C, Siostrzonek P, Heinz G. Transient swallow syncope during periods of hypoxia in a 67-year-old patient after self-extubation. *Crit Care Med* 2000; 28(5): 1635-1637.
19. Ickrath O, Haasis R, Jendrychowski A, Seipel L. Syncope in the act of swallowing. *Z Kardiol* 1988; 77(7): 452-455.
20. Kadish AH, Wechsler L, Marchlinski FE. Swallowing syncope: observations in the absence of conducting system or oesophageal disease. *Am J Med* 1986; 81(6): 1098-1100.
21. Kakuchi H, Sato N, Kawamura Y. Swallow syncope associated with complete atrioventricular block and vasovagal syncope. *Heart* 2000; 83(6): 702-704.
22. Kunimoto S, Sibata S, Abiru M, Takigami Y, Fujise Y, Hanawa K, Yamaji I, Shimamoto K, Iimura O. A case of swallow syncope induced by vagovagal reflex. *Jpn J Med* 1990; 29(2): 199-202.
23. Maekawa T, Suematsu M, Shimada T, Go M, Shimada T. Unusal swallow syncope caused by huge hiatal hernia. *Intern Med* 2002; 41(3): 199-201.
24. Nakagawa S, Hisanaga S, Kondoh H, Koiwaya Y, Tanaka K. A case of swallow syncope induced by vagotonic visceral reflex resulting in atrioventricular node suppression. *J Electrocardiol* 1987; 20(1): 65-69.
25. Nakano T, Okano H, Konishi T, Ma W, Takezawa H. Swallow syncope after aneurysmectomy of the thoracic aorta. *Heart Vessels* 1987; 3(1): 42-46.
26. Odeh M, Oliven A. Glossopharyngeal neuralgia associated with cardiac syncope and weight loss. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 120(11): 1283-1286.
27. Ortiz de Murua JA, del Campo F, Avila MC, Villafranca JL, Diego JM. Swallowing syncope in a patient with diffuse esophageal spasm. *Rev Esp Cardiol* 1992; 45(8): 543-544.
28. Palmer ED. The abnormal upper gastrointestinal vagovagal reflexes that affect the heart. *Am J Gastroenterol* 1976; 66(6): 513-522.
29. Ratis G, Sicuro L, Giordano M, Pomatto E. Glossopharyngeal neuralgia. *Minerva Stomatol* 1990; 39(9): 755-758.
30. Shapira Y, Strasberg B, Ben-Gal T. Deglutition syncope with coexistent carotid sinus hypersensitivity. *Chest* 1991; 99(6): 1541-1543.
31. Shirayama T, Hadase M, Sakamoto T, Yamamura M, Mani H, Yoshida A, Matoba Y, Imai H, Nakagawa M. Swallowing syncope: complex mechanisms of the reflex. *Intern Med* 2002; 41(3): 207-210.
32. Thome F, al-Amine A, Perrenoud JJ. Deglutition syncope. *Schweiz Med Wochenschr* 1992; 122(3): 73-76.