

Omdlenie w przebiegu napadowego bloku przedsionkowo-komorowego III stopnia wykryte dzięki wszczepialnemu rejestratorowi EKG

Syncope in the course of paroxysmal atrioventricular block third degree detected by implantable ECG recorder

Marcin Hellmann¹, Sylwia Pisiak¹, Jacek Stasiuk², Maria Dudziak¹, Dariusz Kozłowski²

¹Zakład Diagnostyki Chorób Serca, II Katedra Kardiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

²Klinika Kardiologii i Elektroterapii Serca, II Katedra Kardiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

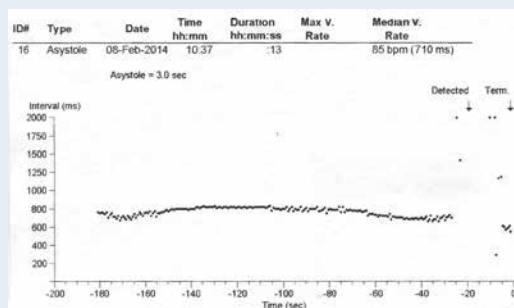
Mężczyznę w wieku 73 lat, aktywnego fizycznie i zawodowo, skierowano do Poradni Kardiologicznej z powodu nawracających od 5 lat omdleń, których liczba wzrosła w okresie ostatniego roku (3 epizody). Po pierwszym omdleniu w 2008 r. wykonano test pochyleniowy, na podstawie którego ustalono rozpoznanie reakcji wazowagalnej o typie mieszanym (obniżenie częstotliwości rytmu serca do 45/min i ciśnienia tętniczego do 60/25 mm Hg). Pacjent nie stosował żadnej farmakoterapii, regularnie uprawiał sport i stosował odpowiednio zbilansowaną dietę. W badaniu przedmiotowym (ASM = 63/min, RR = 140/80 mm Hg) nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości. W badaniach laboratoryjnych wykazano nieznacznie podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego i frakcji LDL. W spoczynkowym EKG zarejestrowano lewogram, rytm zatokowy miarowy 65/min, bez zaburzeń przewodzenia i cech niedokrwienia. W badaniu echokardiograficznym nie stwierdzono organicznej choroby serca (prawidłowa wielkość wszystkich jam serca bez cech przerostu). Nie zaobserwowano odcinkowych zaburzeń kurczliwości (LVEF 65%). Wykazano nieprawidłowy napływ mitralny o cechach upośledzonej relaksacji. W 24-godzinny EKG metodą Holtera zarejestrowano rytm zatokowy o średniej częstotliwości 64/min (min. 50/min i maks. 92/min) zakłócony pojedynczymi dodatkowymi pobudzeniami nadkomorowymi (37) i jedną trójką pobudzeń nadkomorowych oraz pojedynczymi dodatkowymi pobudzeniami komorowymi (5). Nie wykazano pauz, zaburzeń przewodzenia przedsionkowo-komorowego ani innych form arytmii. W teście wysiłkowym na bieżni ruchomej uzyskano ujemny elektrokardiograficznie i klinicznie wynik próby. Podsumowując, nieinwazyjna diagnostyka kardiologiczna nie wykazała podłoża utraty przytomności, dlatego też pacjenta skierowano na dalszą diagnostykę neurologiczną. W dopplerowskiej USG naczyń domózgowych nie stwierdzono zmian morfologicznych ani istotnych zaburzeń hemodynamicznych. Podobnie, w dopplerowskiej USG przezczaszkowej uzyskano prawidłowe parametry przepływu. Podczas hospitalizacji w Klinice Neurologii wykonano m.in. MRI mózgowia i badanie EEG, wykluczając neurologiczne tło omdleń. Ze względu na coraz częściej nawracające epizody omdleń zaproponowano pacjentowi komercyjną implantację rejestratora arytmii (Reveal, Medtronic) (ryc. 1). Trzy tygodnie po zabiegu doszło u chorego do kolejnej utraty przytomności podczas mikcji. W EKG zarejestrowano napadowy blok przedsionkowo-komorowy III stopnia z 13-sekundową pauzą (ryc. 2, 3). W trybie pilnym zdecydowano o implantacji układu stymulującego serca typu DDD (Sensia, Medtronic). Po niepowikłanym zabiegu i ustawieniu parametrów stymulacji pacjenta w stanie ogólnym dobrym, po wykonaniu kontrolnego RTG klatki piersiowej, wypisano ze szpitala z zaleceniami kontroli stymulatora serca w trybie ambulatoryjnym. W dotychczasowej 3-miesięcznej obserwacji nie odnotowano dalszych epizodów zespołu MAS. Opisany przypadek podkreśla zasadność i wymierne korzyści stosowania wszczepialnych rejestratorów pętlowych w diagnostyce groźnych dla życia omdleń kardiogennych, w których epizody arytmii występują kilka razy w roku i nie są możliwe do wykrycia w klasycznym badaniu EKG lub monitorowaniu metodą Holtera. Wykazano, że rejestracja urządzeniem holterowskim jest jedynie w 4% skuteczna w diagnozowaniu arytmogennego pochodzenia omdlenia. Należy czynić starania, aby wszczepialne rejestratory pętlowe weszły do rutynowej diagnostyki rzadkich epizodów omdleń o potencjalnie arytmogennym podłożu, co pomogłoby zakwalifikować wielu chorych do wszczęcia układu stymulującego i uchronić przed mechanizmem nagłego zgonu sercowego.



Rycina 1. Wszczepialny rejestrator pętlowy (Reveal, Medtronic)



Rycina 2. Zapis elektrokardiograficzny z pętlowego rejestratora EKG (całkowity blok przedsionkowo-komorowy)



Rycina 3. Zapis incydentu asystolii w pamięci urządzenia: początek (Detected) i koniec (Term.)

Adres do korespondencji:

dr n. med. Marcin Hellmann, Zakład Diagnostyki Chorób Serca, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Smoluchowskiego 17, 80-214 Gdańsk, e-mail: marcin.hellmann@gmail.com

Konflikt interesów: nie zgłoszono