

Co nurtuje lekarza rodzinnego, czyli dylemat: czy ten pacjent ma migotanie przedsionków?

What is bothering General Practitioner, the dilemma whether this patient has atrial fibrillation or not?

Ewa Górską¹, Rafał Baranowski²

¹Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna w Warszawie

²Klinika i Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej Instytutu Kardiologii w Warszawie

Dr Ewa Górską

Studia skończyłam wiele lat temu, ale wciąż pamiętam, że zawsze najbardziej obawiałam się kardiologii, a zwłaszcza dwóch tematów. Pierwszym było rozpoznawanie wad serca za pomocą stetoskopu. Ciekawa jestem, czy w dobie echokardiografii ktoś jeszcze pamięta, skądinąd doskonały, podręcznik Fenigseny „Osluchiwanie serca” opisujący rozmaite odmiany szmerów serca, na przykład późnorozkurczowych albo śródskurczowych i podobnych, który wielu skutecznie odstraszył od kardiologii. Drugi temat to oczywiście elektrokardiogram (EKG). Jaka byłam dumna, gdy udało mi się rozpoznać blok odnogi lub jakąś arytmie, na przykład migotanie przedsionków. Zawsze podziwiałam osoby opisujące EKG i bezkrytycznie wierzyłam ich opisom. Nigdy nie dyskutowałam, uzależniając swoje postępowanie od cudzego „wyroku”.

Przyszedł jednak taki czas, że sama musiałam się zmierzyć z problemem opisywania EKG, czym się zajmuję od kilku lat (ot, taka dodatkowa „sprawność” lekarza pierwszego kontaktu). Najczęściej mam do czynienia z bardzo prostymi zapisami nieodbiegającymi od normy albo z podstawowymi nieprawidłowościami, widocznymi tak zwanym gołym okiem, takimi jak choćby wcześniej wspomniane migotanie przedsion-

ków. Czy faktycznie jednak są proste? Sięgnijmy po kryteria rozpoznania według zaleceń opublikowanych w 2010 roku w suplementcie do „Kardiologii Polskiej” („Zalecenia dotyczące stosowania rozpoznania elektrokardiograficznych”). W zakresie rozpoznawania migotania przedsionków wymieniono tam następujące kryteria:

- niemiary, różnokształtne fale migotania (fala f) (zwykle najwyraźniej widoczne w odprowadzeniach V1, V2);
- częstotliwość fal migotania najczęściej powyżej 350/min;
- całkowicie niemiary rytm zespołów QRS.

Jakie to proste! Pozwolę sobie dodać jeszcze jedno własne kryterium, czyli **brak załamek P** — wydawałoby się niepotrzebne, ale tylko pozornie, bo jest istotne, co wykażę na przykładach.

Pominę temat migotania przedsionków z miarowym rytmem komór. Nigdy (jeszcze!) nie trafił mi się taki zapis. Czasem niełatwe bywa różnicowanie grubofalowego migotania przedsionków z trzepotaniem przedsionków. Czy można się pomylić w rozpoznaniu klasycznego migotania przedsionków? Fale migotania bywają niekiedy tak drobne, że prawie niewidoczne. Ciekawa jestem, czy ktokolwiek liczy ich częstotliwość, a i niemiarywość bywa niezauważalna w krótkich (oszczędzamy papier!) zapisach. Zdarza się również odwrotnie, gdy załamki P rytmu zatokowego są tak spłaszczone, wręcz „wdeptane” w linię izoelektryczną, że w zapisie z cechą 1 mV = 1 cm można je łatwo przeoczyć.

Ktoś mógłby zapytać, dlaczego tyle uwagi poświęcam właśnie migotaniu przedsionków i czy nie mam ciekawszych i trudniejszych tematów. Oczywiście, że są, ale w podstawowej opiece zdrowotnej migotanie przedsionków to już epidemia i może dlatego pojawiło się nowe zjawisko „nadrozpoznawalności” tej arytmii.

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Rafał Baranowski
Klinika i Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej
i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej
Instytut Kardiologii
ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa
tel.: 22 815 40 14, faks: 22 343 45 02
e-mail: rbaranowski@ikard.pl

Przykład pierwszy: pacjentka w wieku 86 lat, nieprzyjmująca leków kardiologicznych, skierowana do kardiologa z powodu bradykardii zatokowej wynoszącej około 50/min. Wykonała „prywatnie” badanie EKG metodą Holtera (w specjalistycznej spółdzielni; koszt badania 140 zł), nie mając siły ani ochoty na dotarcie do specjalisty, i otrzymała wynik: „Migotanie/trzepotanie przedsionków ze średnią częstotliwością komór 61/min (min 42/min, maks. 112/min) 1 raz extrasystolia komorowa/dobę. Bez pauz patologicznych”.

Poniżej przedstawiono zapisy prezentujące to, co przedstawiono w raporcie (ryc. 1).

Na rycinie 1, w górnym pasku, są widoczne załamki P przed każdą ewolucją QRS. Dwie ostatnie ewolucje to początek częstoskurczu przedsionkowego lub węzłowego — widać ujemne załamki P na trzecim kanale. Z kolei w dolnym pasku zespoły QRS są niemiernowe, ale załamki P ponownie są widoczne — dodatnie przed ewolucjami najprawdopodobniej zatokowymi i ujemne w okresie częstoskurczu. Gdzie w tym zapisie można rozpoznać migotanie przedsionków?

Na rycinie 2 mamy do czynienia z tą samą sytuacją, co na rycinie 1 — zawsze są widoczne załamki P, zatokowe lub ektopowe. Pozostałe fragmenty zapisów też nie upoważniają do rozpoznania migotania przedsionków. Przyznaję, że po przejrzeniu wyniku badania i zapisów EKG podpisanych przez „specjalistę”, trudno mi było się powstrzymać i wniosłam poprawkę do opisu, a także skontaktowałam się telefonicznie z lekarzem opisującym... Gdybym bezkrytycznie zaufała temu opisowi, powinnam włączyć u tej pacjentki leczenie przeciwwzakrzepowe...

Drugi przykład: pacjentka w wieku 86 lat, pozostająca pod stałą opieką kardiologa po operacji wady aortalnej przed kilku laty, skierowana przez niego na badanie EKG

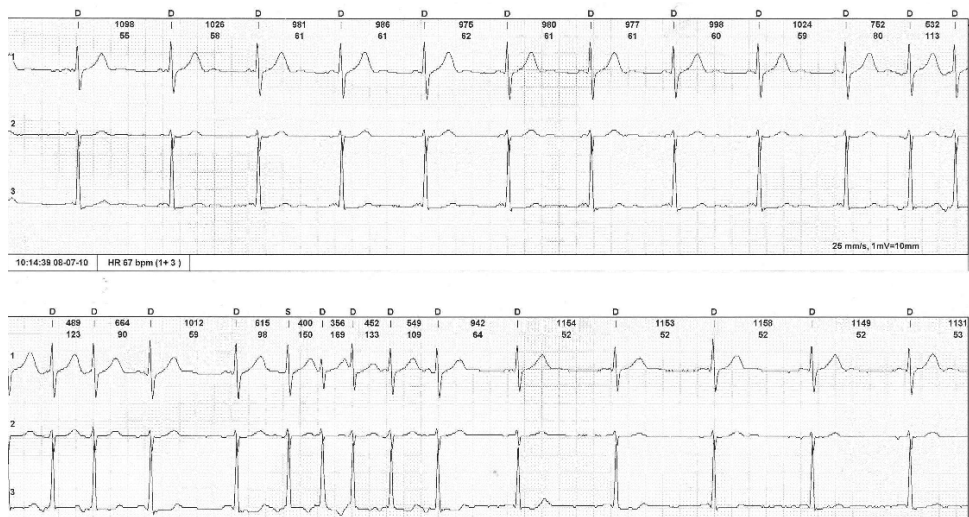
metodą Holtera. Kolejny termin wizyty u kardiologa za pół roku, więc pacjentka „przy okazji” przyniosła opis wykonanego badania. Brzmiał następująco: „W czasie całego badania utrzymywało się migotanie przedsionków z czynnością komór 52–103/min. trzepotania przedsionków 2,5 s z czynnością komór 125/min [styl oryginalny — przyp. aut.]. Sporadycznie (2/d.) pojedyncze pobudzenia przedwczesne komorowe. Bez złożonych form arytmii komorowej. Bez zaburzeń bodźcotwórczości i przewodzenia. Bez pauz. Bez epizodów bradykardii. W czasie zapisu bez dynamiki ST. W czasie badania bez dolegliwości” (ryc. 3, 4). Można by zdać retoryczne pytanie, na jakiej podstawie w tym przypadku rozpoznano migotanie przedsionków?

Ogólnie można podsumować, że w raporcie z 24-godzinnego badania EKG nie przedstawiono dowodów na występowanie migotania przedsionków. Obserwowano jedynie krótkie „wstawki” częstoskurczu przedsionkowego. Trudno mi uwierzyć, że można się tak pomylić. Może to tylko „zmęczenie materiału” (opisującego), ale skutki mogą być poważne, jeśli na przykład rozpoczniemy intensywne leczenie napadowego migotania przedsionków, którego nie ma.

Dr hab. n. med. Rafał Baranowski

Problem rozpoznawania migotania przedsionków już opisywałem, ponieważ wciąż docierały do mnie sygnały (i, jak widać, nadal docierają...), że to nie jest takie proste rozpoznanie, jak mogłoby się wydawać. W standardach kryteria jasno podano, ale może istotnie należało dodać jako pierwsze „brak załamek P”. Obecność fali migotania oczywiście wyklucza możliwość rozpoznawania załamek P...

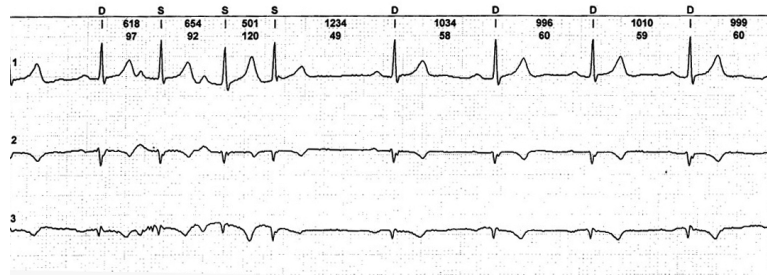
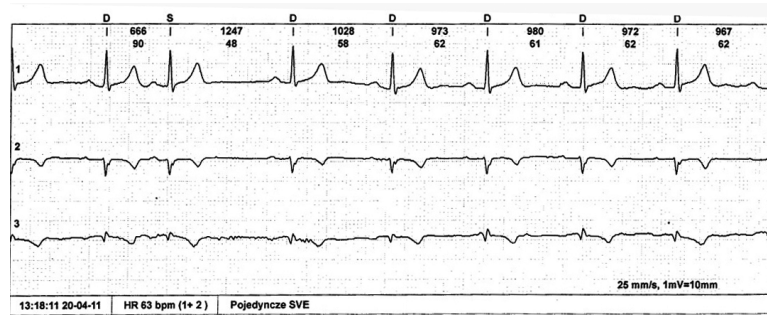
Na to, że problem rozpoznawania migotania przedsionków nadal jest obecny w praktyce klinicznej, mam



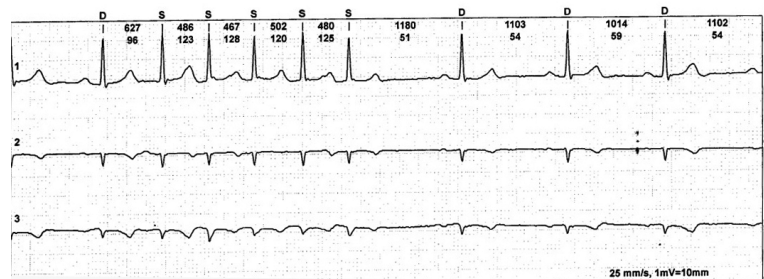
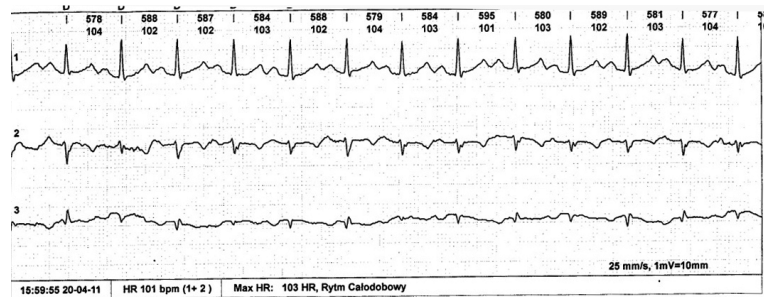
Rycina 1.



Rycina 2.



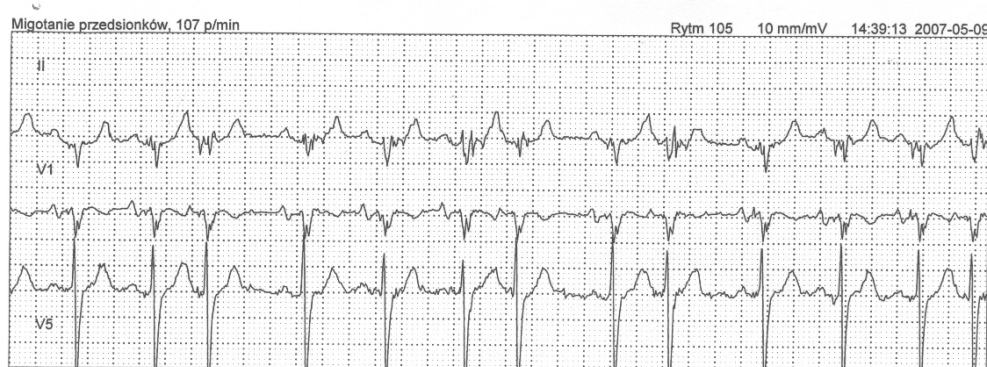
Rycina 3.



Rycina 4.

Komentarz:

W czasie 22godz33min..zarejestrowano 104749 zespoły QRS. Minimalna częstość rytmu wynosiła 57p/min. o godz.23.22, maksymalna 126p/min.o godz. 14.29, średnia 79p/min. Zarejestrowano łącznie 810 dodatkowych pobudeń nadkomorowych, oraz 223 dodatkowych pobudeń komorowych. Wstawki migotania przedsionków. łącznie stanowiące 1% zapisu. Bez pauz patologicznych. Wskazana konsultacja kardiologiczna.

Rycina 5. Opis 24-godzinnego badania EKG**Rycina 6.**

kolejny dowód w postaci przykładowego opisu (wykonany w Klinice Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej) 24-godzinnego badania EKG. Było to badanie 12-odprowadzeniowe, a więc z pełną prezentacją załamków P (ryc. 5).

Z kolei na rycinie 6 przedstawiono jeden z przykładów „migotania przedsionków”.

Szkoda miejsca na prezentowanie dokumentacji 12-odprowadzeniowej, ponieważ — jak widać — wystarczy trzy klasyczne odprowadzenia holterowskie, aby zobaczyć, że to, co jest opisywane jako „migotanie przedsionków”, to w rzeczywistości rytm zatokowy (najprawdopodobniej) i pojedyncze pobudzenia przedwczesne przedsionkowe (widoczne najlepiej na środkowym kanale). Cóż, nawet 12 odprowadzeń nie było w stanie pomóc. Dodatkowo, w przypadku tego pacjenta, rozpoznanie napadowego migotania przedsionków oznaczałoby dla lekarza prowadzącego spory dylemat — pacjent ma liczne przeciwwskazania do leczenia przeciwzakrzepowego.

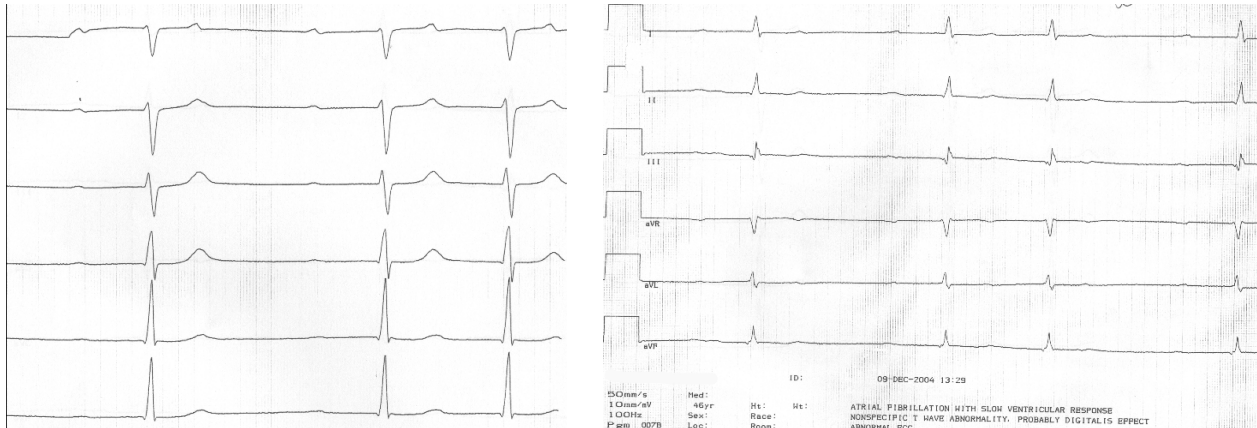
Na koniec jeszcze dwa „klasyczne” problemy dotyczące rozpoznawania migotania przedsionków. Pierwszy z nich (ryc. 7 — przesuw papieru 50 mm/s) unaocznia pułapki opisu automatycznego.

Na rycinie 7 mamy przykład fałszywego rozpoznania migotania przedsionków w spoczynkowym EKG. Zespoły QRS są niemiernowe, ale załamki P rytmu prowadzącego są bardzo dobrze widoczne. Prawidłowy opis brzmi: „Rytm zatokowy 70/min. Oś prawidłowa. Blok przedsionkowo-komorowy II stopnia typu Mobitz I i typu 2:1. Cechy martwi-

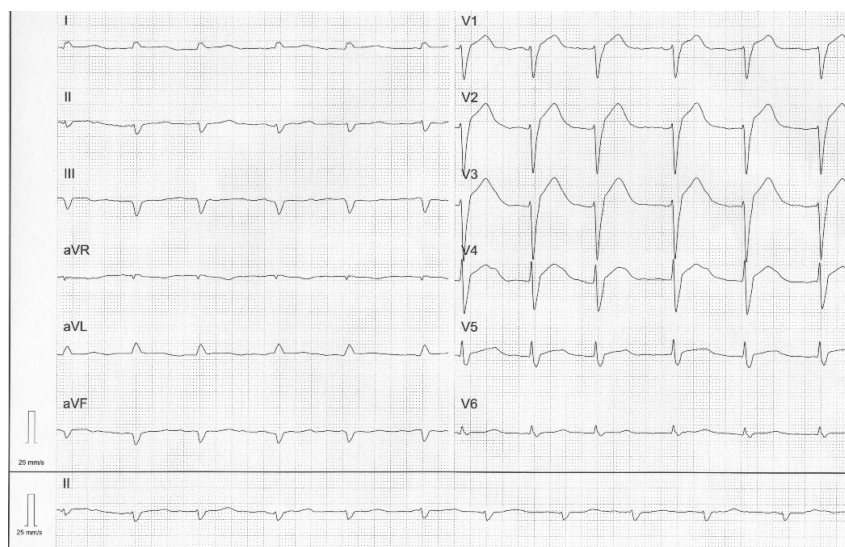
cy ściany dolnej”. Może również zaistnieć odwrotna sytuacja, gdy opisujący rozpoznaje rytm zatokowy zamiast migotania przedsionków. Może się to zdarzyć, gdy w migotaniu przedsionków zespoły QRS nie prezentują dużej niemiernowości, a między nimi czasami widać coś, co imituje załamki P (ale nie występuje przed każdym zespołem QRS).

Na rycinie 8 przedstawiono spoczynkowy zapis EKG, w którym niedoświadczony „opisywacz EKG” może rozpoznać rytm zatokowy. Niekiedy przed zespołami QRS widać coś, co może przypominać załamki P, jednak nie zawsze — nie przed każdą ewolucją, natomiast QRS są niemiernowe. Prawidłowy opis tego EKG brzmi: migotanie przedsionków, częstość QRS 60–70/min. Odchylenie osi w lewo. Niespecyficzne zaburzenia przewodzenia śródkomorowego (można rozważyć nietypową postać bloku lewej odnogi pęczka Hisa). Zmiany okresu repolaryzacji, dodatnie załamki T w odprowadzeniach I, aVL i V6 mogą być wariantem normy. Zwraca uwagę obraz uniesień odcinka ST w odprowadzeniach V1–V5 — lekko kopulaste ku górze lub poziome, nie spełniają jednak amplitudowych kryteriów ostrego zespołu wieńcowego w bloku lewej odnogi, ale z powodu nietypowego obrazu wymagają weryfikacji klinicznej.

Jeszcze dwie „gorące” informacje. Po napisaniu pierwotnej wersji tego artykułu miałem okazję konsultować wynik holtera wykonanego u 13-latkka. W opisie znalazłem informację o zarejestrowanych 419 epizodach migotania przedsionków. Wynik nie zawierał żadnych zapisów EKG (może zginęły), a taki wynik jest po prostu bez wartości klinicznej. Rozpoznane napady migotania



Rycina 7.



Rycina 8.

przedsionków wynikały zapewne z ich automatycznego rozpoznania na podstawie dużej niemiaryowości zespołów QRS — typowej w tym wieku. System policzył..., ale osoba opisująca powinna to zweryfikować i skreślić przed wydaniem wyniku. Druga informacja pochodzi ze zjazdu *European Society of Cardiology*, w którym miałem możliwość uczestniczyć. Na tej gigantycznej konferencji, gdzie omawia się nowości kardiologii światowej, są również sesje poświęcone ocenie zapisów EKG. Jedną z sesji była interaktywna — ponad 500 uczestników za pomocą pilotów wybierało rozpoznania elektrokardiograficzne do przedstawianych zapisów. W jednym z nich była arytmia nadkomorowa z **widocznymi** załawkami P. Spośród uczestników 20% wybrało rozpoznanie „migotanie przedsionków”... Jak widać, problem rozpoznania tej arytmii jest problemem ogólnoeuropejskim, jeśli nie w większej skali...

Podsumowując:

1. Problem, który tym razem nurtował lekarza rodzinnego jest tylko pozornie prosty, a jest bardzo istotny klinicznie.
2. Migotanie przedsionków jest jedną z niewielu arytmii, która **ZAWSZE** wymaga interwencji lekarza.
3. Tylko EKG pozwala dokonać ostatecznego rozpoznania rytmu w sposób nieinwazyjny, dlatego doświadczenie w tym zakresie jest bardzo ważne.
4. Dopóki w EKG są widoczne jakiegokolwiek załawkami P — zatokowe, pozazatokowe, przedwczesne, wystymulowane lub wsteczne — **NIE MOŻNA ROZPOZNAWAĆ MIGOTANIA PRZEDSIONKÓW**.
5. Niestety, problem zgłoszony przez Dr Ewę Górską raz jeszcze potwierdza starą regułę — „wierzyć, ale sprawdzać”. To przecież lekarz prowadzący ma podjąć istotne dla pacjenta decyzje, na przykład o włączeniu lub zaniechaniu leczenia przeciwzakrzepowego.