

Problemy lekarza rodzinnego — EKG u 44-letniego mężczyzny uprawiającego sport oraz niemiarywość u 75-letniej kobiety

Family doctor's problems — an ECG in a 44-year-old man doing sport and an arrhythmia in a 75-year-old woman

Ewa Górską¹, Rafał Baranowski²

¹Poradnia Lekarza POZ w Warszawie

²Klinika Zaburzeń Rytmu Serca Instytutu Kardiologii w Warszawie

dr hab. n. med. Rafał Baranowski

Najwyższa pora zajrzeć do gabinetu lekarza rodzinnego — do Pani dr Ewy Górskiej. Czy mamy jakiś gorący problem elektrokardiograficzny?

dr Ewa Górská

Takich problemów nie brakuje. Pozwolę sobie przedstawić dwa z ostatniego miesiąca.

Pierwszy dotyczy 44-letniego mężczyzny uprawiającego aktywnie sport od wielu lat — ostatnio najczęściej jazdę na rowerze i tenis ziemny. Zgłosił się on z powodu nietypowego bólu w klatce piersiowej, a dokładnie bólu pod lewą łopatką. Ból w klatce piersiowej oznaczał konieczność wykonania badania elektrokardiograficznego (EKG). Zapis EKG tego pacjenta pokazano na rycinach 1 i 2.

Widzimy tu rytm zatokowy 70/min, oś prawidłową, cechy powiększenia lewego przedsionka widoczne w odprowadzeniu V1, obniżenie ST (na pewno > 0,5 mm w odprowadzeniach II, III, aVF i może V6 — *nota bene* jak rozpoznać że to już 0,5 mm?) oraz dodatnio-ujemne załamki T w odprowadzeniu V4 i ujemne załamki T w odprowadzeniach III, aVF, V5, V6. Reasumując, są to istotne zmiany ST u pacjenta z nietypowym bólem w klatce piersiowej. Na dodatek pacjent nie przyniósł ze sobą żadnego zapisu EKG do porównania, ponieważ nigdy wcześniej nie poddał

się takiemu badaniu. Co lekarz rodzinny może zrobić w takiej sytuacji? Pacjent był w dobrym stanie klinicznym, ale zdecydowaliśmy o tym, co wydawało się nam najrozsądniejsze — wysłaliśmy pacjenta na szpitalny oddział ratunkowy (SOR) w celu wykluczenia ostrego zespołu wieńcowego bez uniesienia ST w zakresie ścian dolnej i bocznej. Pacjent wrócił do nas następnego dnia, prezentując wyniki — badania biochemiczne wykluczyły martwicę, a kolejne zapisy EKG wyglądały jak ten z poprzedniego dnia. Jednak, ze względu na nieprawidłowy obraz EKG, w tym cechy powiększenia lewego przedsionka, zasugerowałam wykonanie echokardiograficznego badania serca (lekarz rodzinny nie może skierować na takie badanie). Kilka dni później otrzymałam krótką informację, że wynik jest prawidłowy.

dr hab. n. med. Rafał Baranowski

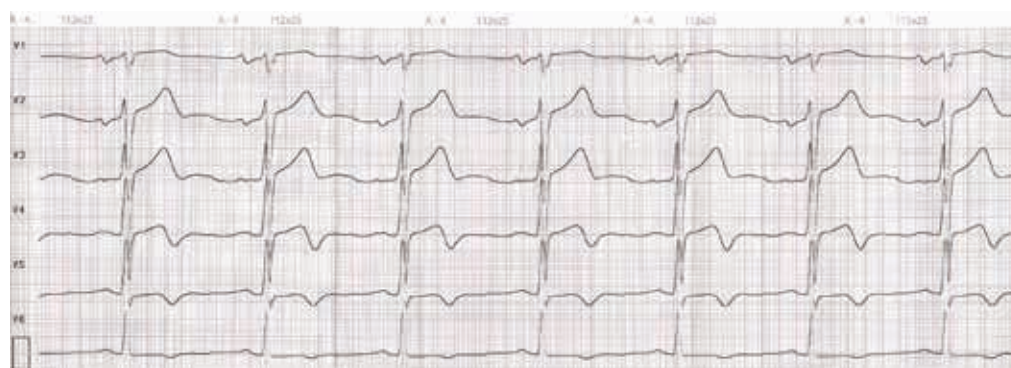
Bardzo ciekawy i pouczający przypadek. Staramy się żyć zdrowo i aktywnie; niektórzy uprawiają sport bardzo intensywnie, a to może bardzo istotnie wpływać na obraz EKG. Ocena EKG u sportowców oraz interpretacja zmian w zapisie EKG już od wielu lat budzą kontrowersje odnośnie do tego, co jeszcze jest normą, a co rezultatem zmian typowych dla „serca sportowca”. Dotyczy to badań wykonywanych przesiewowo w populacjach osób bez objawów. W tym przypadku sytuacja była nieco inna. Pacjent zgłosił się z powodu objawów, które potraktowano zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i przeprowadzono badanie EKG. Ten zapis jest nieprawidłowy, nawet gdyby został wykonany u sportowca bez objawów. Istotne obniżenia ST wynoszące około 1 mm oraz ujemne załamki T nie wchodzą w zakres

Adres do korespondencji:

lek. Ewa Górská
Poradnia Lekarza POZ
ul. Soczi 1, 02-760 Warszawa
tel.: 22 642 69 33
e-mail: gorska.em@gmail.com



Rycina 1.



Rycina 2.

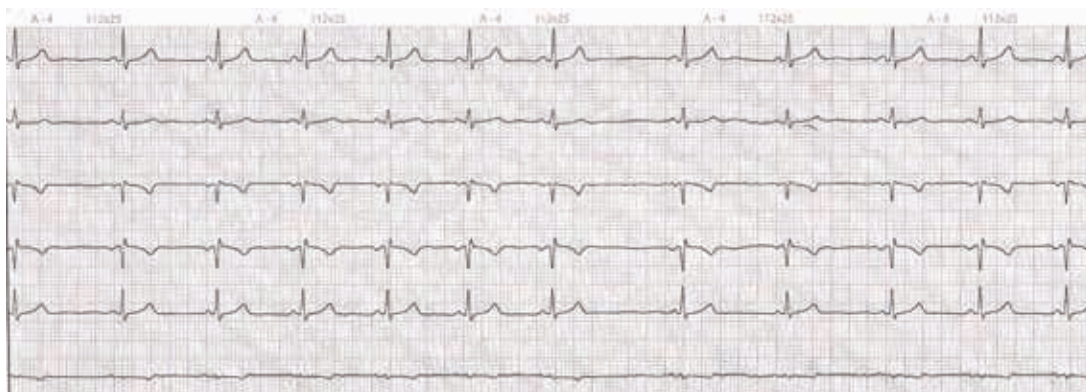
zmian typowych dla „serca sportowca” i zawsze powinny zostać zwerfikowane. Ocena ST to ogólnie najtrudniejszy element opisu EKG. Tak naprawdę ja też nie potrafię w wydrukowanym spoczynkowym EKG ocenić, czy obniżenie przekracza 0,5 mm, czy nie (pytając z przybliżeniem oka — mierzyć do górnej krawędzi linii czy do dolnej?). Generalnie lepiej przyjąć zasadę, zgodnie z którą jakiegokolwiek obniżenie ST wymaga weryfikacji klinicznej i porównania z poprzednim lub kolejnym zapisem. Objawy kliniczne u tego pacjenta mogły tłumaczyć zmiany w EKG, aczkolwiek dolegliwości w tym przypadku były nietypowe. Pomogłaby oczywiście możliwość porównania z poprzednim EKG. Jak wiadomo, brak dynamiki nieprawidłowości ST jest cechą w sumie pozytywną. Pani dr Górską nie miała takiej możliwości i zrobiła to, co należało — przekazała pacjenta tam, gdzie można wykonać kolejny krok diagnostyczny, dodatkowo w trybie pilnym. Badania biochemiczne i brak dynamiki ST w kolejnych EKG wykluczyły ostry zespół wieńcowy. Kolejnym dobrym posunięciem było skierowanie pacjenta na badanie echokardiograficzne. Wiem, że lekarz rodzinny nie ma możliwości skierować na to badanie bezpośrednio. Zawsze jednak powtarzam, lekarz rodzinny

jest również doradcą odnośnie tego, co warto zrobić dla swojego zdrowia, w co warto „zainwestować”. W przypadku wyżej opisanego zapisu EKG, jak już wspomniałem, nawet u niewykazującego objawów sportowca należy wykonać badanie echokardiograficzne. Można się tylko zdziwić, że wynik okazał się prawidłowy przy takich cechach powiększenia przedsionka.

Co zatem jeszcze doradzić temu pacjentowi? Po pierwsze, by na kolejne wizyty zabierał wcześniejsze zapisy EKG (najlepiej, by je sobie gromadził w postaci kserokopii, ponieważ papier termiczny nie gwarantuje długotrwałości zapisu). Sądzę, że badanie warto powtarzać przynajmniej raz na 2 lata (o ile nie wystąpią nowe objawy). Powtórzyłbym też badanie echokardiograficzne; dobrze byłoby je wykonać w ośrodku, którego personel ma doświadczenie w przeprowadzaniu badań u sportowców. Podsumowując, gdy patrząc na to EKG, to po raz kolejny zadają sobie pytanie, czy sport to zawsze zdrowie?

Dr Ewa Górską

Drugi problem jest mniej istotny, ale czasem mnie zastanawia, gdy widzę taką niemięrowość, jak w EKG 75-letniej pacjentki przedstawionym na rycinie 3.



Rycina 3.

Na tym fragmencie EKG jest typowy obraz, jaki zawsze widzę u tej pacjentki — niemiarny obraz, który nie jest oddechowy, zresztą w wieku 75 lat byłoby to zapewne coś rzadkiego. A może to blok zatokowo-przedsionkowy typu Wenckebacha?

dr hab. n. med. Rafał Baranowski

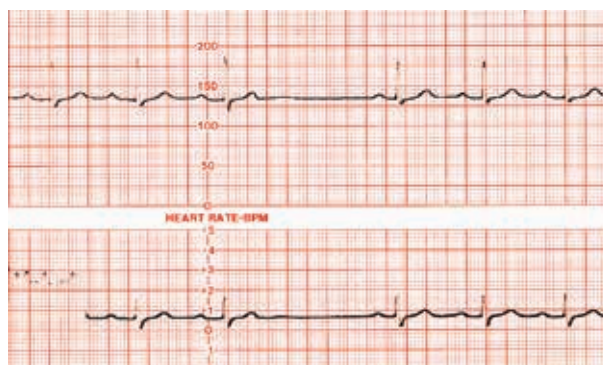
To mnie Pani Doktor zaskoczyła! Rozpoznanie tego typu bloku nie jest proste i sam musiałem sięgnąć do kryteriów; cytuję:

„Nagle wydłużanie się odstępów PP:

- poprzedzone stopniowym skracaniem się odstępów PP;
- wydłużony cykl jest krótszy od sumy dwóch poprzedzających odstępów PP;
- odstęp PP po najdłuższej przerwie jest dłuższy od odstepu PP poprzedzającego przerwę. Jeżeli blok występuje cyklicznie, jego rozpoznanie jest ułatwione, a w przypadku bloku 3:2 występują naprzemiennie krótsze i dłuższe odstepy PP” [1].

W tym zapisie chyba nie znajdziemy wyżej wymienionych cech w komplecie. Co to w takim razie jest? Może to być tak zwana niemiarność bezładna czyli: „niemiarny rytm załamek P (bez zmiany kształtu) pochodzenia zatokowego — różnica między kolejnymi odstępami PP ponad 160 ms, niezwiązana z oddychaniem” [1].

Gdyby morfologia załamek P była zmienna, rozpoznawalibyśmy wędrowanie rozrusznika. Generalnie rozpoznanie bloku zatokowo-przedsionkowego typu Wenckebacha jest stosunkowo rzadkie i mało osób pa-



Rycina 4. Rytm zatokowy, epizod bloku zatokowo-przedsionkowego Mobitz II, blok przedsionkowo-komorowy I stopnia

mięta o tym rodzaju bloku. Ma on zresztą małe znaczenie praktyczne — zwykle bezobjawowy, nie wpływa na postępowanie z pacjentem. Częściej udaje się nam znaleźć blok zatokowo-przedsionkowy typu Mobitz II, jak na rycinie 4. Przy czym nie zawsze wszystko się dokładnie domierza (przecież rytm zatokowy ma zwykle pewien zakres niemiarności) i trzeba różnicować z zahamowaniem zatokowym, co w sumie ma małe znaczenie kliniczne. Podsumowując, liczy się odpowiedź na pytanie, czy te wszystkie niemiarności, zahamowania lub bloki powodują objawy i będzie konieczne wszczęcie rozrusznika.

PIŚMIENNICTWO

1. Baranowski R., Wojciechowski D., Maciejewska M. i wsp. Zalecenia dotyczące stosowania rozpoznaw elektrokrardiograficznych. Kardiologia. Pol. 2010; 68 (supl. IV): 1–56.

Komentarz

dr n. med. Hubert Krysztofiak

Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej w Warszawie
Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego Polskiej Akademii Nauk

Liczba osób zgłaszających się na konsultację specjalistyczną w związku z uprawianiem sportu istotnie wzrasta. Większość nie zgłasza problemów zdrowotnych. Część dysymuluje. Natomiast w tym przypadku mamy pacjenta szukającego porady w związku z bólem w klatce piersiowej. Pacjent deklaruje, że uprawia sport. W badaniu EKG występują zmiany, których nie można wyjaśnić adaptacją treningową. Występuje tu przede wszystkim problem kliniczny, ale algorytm postępowania stosowany w ocenie medycznej osób bez objawów angażujących się w ak-

tywność fizyczną i sport (współzawodnictwo) jak najbardziej ma tu zastosowanie. Zgodnie z tym algorytmem kolejnym krokiem, nawet przed wykonaniem badania echokardiograficznego, będzie maksymalny elektrokardiograficzny test wysiłkowy [1].

Piśmiennictwo

1. Borjesson M., Urhausen A., Kouidi E. Cardiovascular evaluation of middle-aged/senior individuals engaged in leisure-time sport activities: position stand from the sections of exercise physiology and sports cardiology of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* 2011; 18: 446–458.