

Monitorowanie EKG podstawową kwestią w omdleniach

dr hab. n. med. Małgorzata Lelonek, prof. nadzw., FESC

Klinika Kardiologii, Katedra Kardiologii i Kardiochirurgii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi



Artykuł Zyśko i wsp. [1] porusza zagadnienie znaczenia rytmu węzłowego podczas testu pochyleniowego (TP), które jest nieco pomijane w literaturze. Dotychczas dyskutowany temat zaburzeń rytmu pojawiających się w czasie omdlenia podczas TP skupiał się najczęściej wokół istotnej bradykardii i asystolii. Referencyjne w diagnostyce omdleń jest udokumentowanie związku objawów z nieprawidłowym badaniem EKG. Podstawowym narzędziem w tym zakresie jest monitorowanie EKG. W zależności od potrzeb klinicznych mamy do dyspozycji monitorowanie w warunkach szpitalnych przy łóżku chorego lub telemetryczne, rejestracje holterowskie, 24–48-godzinne czy 7-dniowe, rejestratory zewnętrzne zdarzeń i wszczepialne rejestratory arytmii. Przy czym monitorowanie EKG jest zarezerwowane dla chorych, u których istnieje wysokie prawdopodobieństwo omdleń arytmicznych. Warto podkreślić, że bardzo istotną informacją jest brak zaburzeń rytmu w czasie omdlenia, co wyklucza arytmie jako przyczynę omdlenia. Mimo że na świecie od ponad 10 lat stosuje się w diagnostyce omdleń wszczepialne rejestratory arytmii (ILR, *implantable loop recorder*), to w Polsce chorzy z omdleniami ciągle mają trudności z dostępem do tej ważnej metody diagnostycznej, ponieważ nie jest to procedura refundowana.

W ostatnich wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących postępowania w omdleniach wprowadzono kilka ważnych zmian [2]. Przede wszystkim chory z omdleniami o niejasnej przyczynie wymaga oceny pod kątem ryzyka nawrotu omdleń i wystąpienia urazów oraz zagrożenia poważnymi zdarzeniami sercowo-naczyniowymi lub nagłą śmiercią sercową. W tym postępowaniu podstawowym elementem jest monitorowanie EKG. Natomiast TP powinien być wykonany w przypadku niejasnego pojedynczego epizodu omdleniowego w sytuacji wysokiego ryzyka lub powtarzających się omdleń przy braku organicznej choroby serca lub przy obecności choroby organicznej serca, ale po wykluczeniu sercowych przyczyn dolegliwości (klasa I, poziom B), jak również wtedy, gdy określenie podatności chorego na omdlenia odruchowe ma znaczenie kliniczne (klasa I, poziom C).

Ciągle poszukuje się wskaźników identyfikujących pacjentów zagrożonych. Wiadomo, że u osób > 40. rż., z nawracającymi omdleniami, prawidłowym EKG i bez organicz-

nej choroby serca, zaburzenia rytmu, a głównie asystolia, występują nawet u 50% chorych [3–5]. Zyśko i wsp. [1] przeanalizowali znaczenie wystąpienia rytmu węzłowego podczas TP wśród licznie reprezentowanej populacji pacjentów z omdleniami wazowagalnymi. Wnioski uzyskane z tej publikacji wskazują, że istnieją 2 różne kliniczne grupy chorych z rytmem węzłowym w zależności od częstości rytmu zastępczego, jego stabilności i wystąpienia pauzy > 3 s, co wiąże się najprawdopodobniej z patofizjologicznym mechanizmem współczulno-przywspółczulnym. Względnie szybki, stabilny rytm węzłowy podczas TP był związany w tej populacji z zachowaniem świadomości podczas reakcji neurokardiogennej, mniejszą liczbą omdleń i urazów w wywiadzie. Oczywiście pozostaje wątpliwość, czy w naturalnym przebiegu omdleń pacjenci z rejestrowaną w czasie TP pauzą > 3 s również doświadczają istotnych przerw w pracy serca. Wszczepialny rejestrator arytmii byłby metodą rozstrzygającą.

Po zapoznaniu się z pracą Zyśko i wsp. [1] chciałabym zwrócić uwagę Czytelników na praktyczny aspekt związany z możliwością identyfikacji chorych z istotnymi zaburzeniami rytmu (wolny rytm węzłowy z towarzyszącą pauzą > 3 s) podczas TP, co w powiązaniu ze złośliwym klinicznie obrazem omdleń (urazy, duża nawrotowość omdleń) może być pomocne w ustaleniu dalszego postępowania, zwłaszcza w sytuacji braku możliwości monitorowania EKG w naturalnym przebiegu omdleń.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Zyśko D, Gajek J, Agrawal AK, Rudnicki J. The relevance of junctional rhythm during neurocardiogenic reaction provoked by tilt testing. *Kardiol Pol*, 2012; 70: 148–155.
2. Moya A, Sutton R, Ammirati F et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). *Eur Heart J*, 2009; 30: 2631–2671.
3. Moya A, Brignole M, Menozzi C et al. Mechanism of syncope in patients with isolated syncope and in patients with tilt-positive syncope. *Circulation*, 2001; 104: 1261–1267.
4. Brignole M, Sutton R, Menozzi C et al. International Study on Syncope of Uncertain Etiology 2 (ISSUE 2) Group. Early application of an implantable loop recorder allows effective specific therapy in patients with recurrent suspected neurally mediated syncope. *Eur Heart J*, 2006; 27: 1085–1092.
5. Solano A, Menozzi C, Maggi R et al. Incidence, diagnostics field and safety of the implantable loop-recorder to detect the mechanism of syncope in patients with and without structural heart disease. *Eur Heart J*, 2004; 25: 1116–1119.