

Nawracające omdlenia u chorego z dwupłatkową zastawką aortalną

Recurrent syncope in a male patient with bicuspid aortic valve

Jarosław Rydzek^{1, 2}, Zbigniew Gaśior²

¹Katedra i Klinika Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

²Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Świętokrzyskie Centrum Kardiologii, Kielce

Abstract

We present a case of a 31 year-old male patient with a congenital heart disease — bicuspid aortic valve with secondary aortic valve insufficiency, in whom recurrent syncope associated with episodes of complete atrioventricular block was observed. After implantation of a pacemaker syncope did not recur. Due to risk of complications with bicuspid aortic valve it was decided that surgical treatment should be considered in this case.

Key words: syncope, atrioventricular block, bicuspid aortic valve, aortic valve insufficiency

Kardiol Pol 2011; 69, 5: 475–477

WSTĘP

Omdlenie to przejściowa utrata przytomności spowodowana przemijającym uogólnionym zmniejszeniem perfuzji mózgu, charakteryzująca się gwałtownym początkiem, krótkim czasem trwania oraz samoistnym całkowitym ustąpieniem [1].

Najczęstszą przyczyną utraty przytomności o podłożu kardiogenym są zaburzenia rytmu serca. Dwupłatkowa zastawka aortalna (BAV) jest najczęstszą wrodzoną wadą serca u dorosłych, występuje z częstością 1–2% [2]. Niedomykalność zastawki aorty występuje u około 15% chorych z BAV, częściej u mężczyzn [3].

W niniejszej pracy przedstawiono przypadek chorego z wrodzoną wadą serca pod postacią dwupłatkowej zastawki aortalnej z wtórną istotną niedomykalnością zastawki aorty, u którego występowały nawracające omdlenia związane z epizodami całkowitego bloku przedsionkowo-komorowego (AV).

OPIS PRZYPADKU

Pacjent w wieku 31 lat, bez istotnej przeszłości chorobowej w styczniu 2010 r. zgłosił się do Poradni Kardiologicznej z powodu powtarzających się od około 10 miesięcy omdleń.

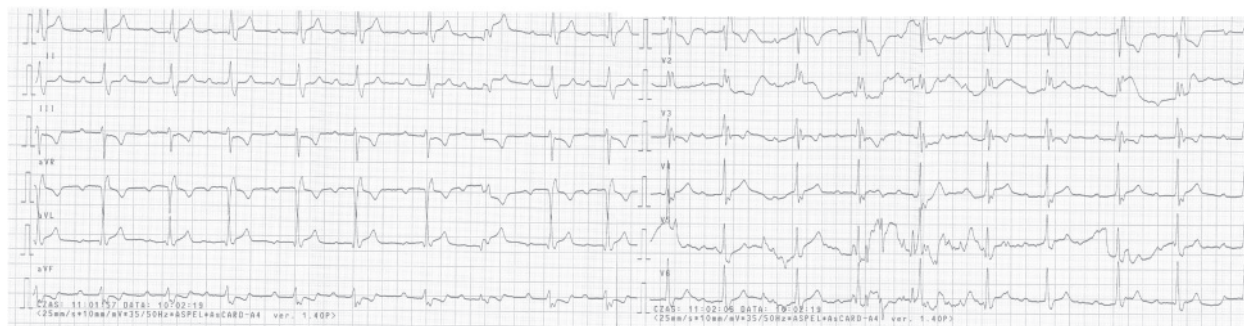
W sierpniu 2009 r. zgłosił się do Poradni Neurologicznej, gdzie w wyniku ambulatoryjnej diagnostyki wykluczono tło neurologiczne omdleń (EEG, CT głowy). Chwilowe utraty przytomności wystąpiły dotychczas około 10-krotnie, trwały kilka–kilkanaście sekund i były poprzedzone uczuciem ogólnego osłabienia oraz zawrotów głowy. Nie miały związku z wysiłkiem fizycznym, występowały o różnych porach dnia i nocy. W wywiadzie rodzinnym u brata bliźniaka jednojajowego stwierdzono w badaniu echokardiograficznym dwupłatkową zastawkę aorty z niewielkim zwężeniem lewego ujścia tętniczego, a w zapisie EKG blok prawej odnogi pęczka Hisa (RBBB). W badaniu przedmiotowym u opisywanego pacjenta zaobserwowano znaczną amplitudę ciśnienia tętniczego 160/60, 160/30, osłuchowo szmer skurczowy nad zastawką aorty oraz w punkcie Erba. W EKG stwierdzono lewogram, rytm zatokowy miarowy 60/min, blok AV I stopnia, PQ 0,28 s i RBBB (ryc. 1). W badaniu echokardiograficznym stwierdzono dwupłatkową zastawkę aorty, trójspoidłową, z dobrze ruchomymi płatkami (ryc. 2), z gradientem maks. 16 mm Hg oraz falą zwrotną III/IV stopnia. Aorta była poszerzona na wysokości opuszki 44 mm, aorta wstępująca — 39 mm. Lewy

Adres do korespondencji:

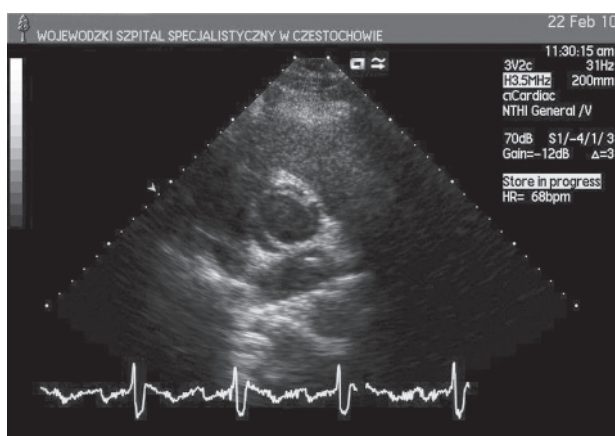
lek. Jarosław Rydzek, II Kliniczny Oddział Kardiologii, Świętokrzyskie Centrum Kardiologii, ul. Grunwaldzka 45, 25–736 Kielce, tel: +48 41 36 71 508, e-mail: rydzekj@tlen.pl

Praca wpłynęła: 07.05.2010 r. Zaakceptowana do druku: 14.07.2010 r.

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



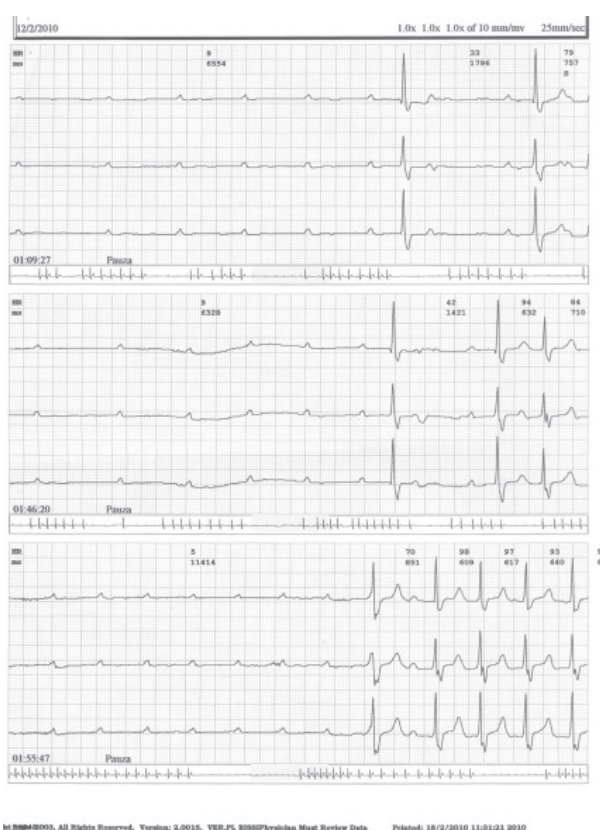
Rycina 1. Badanie EKG, lewogram; rytm zatokowy miarowy 60/min; blok przedsionkowo-komorowy I stopnia; PQ 0,28 s; blok prawej odnogi pęczka Hisa



Rycina 2. Badanie echokardiograficzne; dwupłatkowa zastawka aorty, trójspoidłowa

przedsionek był granicznej wielkości, lewa komora — 69/43 mm, bez cech przerostu, z frakcją wyrzutową lewej komory około 68%. Nie zanotowano odcinkowych zaburzeń kurczliwości; kurczliwość ogólna była prawidłowa, zastawka mitralna — płatek przedni wydłużony, modelowany przez aortalną falę zwrotną, bez cech wypadania, fala zwrotna I stopnia o zasięgu (+/+ +). Prawy przedsionek był granicznej wielkości, prawa komora niepowiększona, zastawka dwudzielna o prawidłowej morfologii i funkcji, bez cech nadciśnienia płucnego i bez płynu w worku osierdziowym.

W wykonanym ambulatoryjnie badaniu EKG metodą Holtera średnia częstość rytmu serca wynosiła 70/min; min. 36/min o godz. 09.37, maks. 115/min o godz. 15.27. Stwierdzono liczne epizody bloku AV II stopnia typu 2 oraz bloku AV III stopnia. Wystąpiło 1156 pauz powyżej 2,5 s, najdłuższa 11,4 s o godz. 01.55 (ryc. 3). Zarejestrowano 1166 pobudzeń nadkomorowych, w tym 91 bigemini i 7 trigemini, oraz 9 pobudzeń komorowych. W trakcie rejestracji holterowskiej w godzinach nocnych po przebudzeniu nastąpiła kilkunastosekundowa utrata przytomności. Ze względu na powyższe zmiany pacjenta przyjęto w trybie pilnym na oddział kardiolo-



Rycina 3. Badanie EKG metodą Holtera; najdłuższe pauzy wynoszą 11,4 s

gii i implantowano mu kardiostymulator typu DDDR. W badaniach biochemicznych (morfologia krwi, parametry wątrobowe, nerkowe, jonogram, lipidogram, hormony tarczycy, układ krzepnięcia) nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości. Po implantacji układu stymulującego serce nie stwierdzono epizodów omdleń. W farmakoterapii zastosowano ramipril 1 × 5mg oraz nebiwolol 1 × 2,5 mg. Choremu ustalono termin konsultacji w poradni kardiologicznej w celu ewentualnej kwalifikacji do leczenia operacyjnego wady.

OMÓWIENIE

W przypadku gdy arytmia jest podstawową przyczyną omdleń, bez względu na zjawiska pośredniczące powinna być leczona w sposób swoisty. Z omdleniami zazwyczaj wiąże się cięższe postaci nabytego bloku AV (blok AV II stopnia typu 2, zaawansowany blok AV, całkowity blok AV). W tych przypadkach rytm serca może zależeć od ośrodków drugorzędowych lub zastępczych. Do omdlenia dochodzi wówczas w wyniku znacznego opóźnienia w przejściu czynności stymulacyjnej przez te ośrodki lub w wyniku niewydolności bodźcotwórczej tych ośrodków. W populacji ogólnej omdlenia występują często, a do pierwszego epizodu dochodzi najczęściej między 10. a 30. rż. Jednak w tej grupie wiekowej omdlenia spowodowane arytmią serca są rzadkie (< 1%) [1]. Nawracające omdlenia mają duży wpływ na jakość życia ze względu na ryzyko ich nawrotu. Omdlenia na tle zaburzeń rytmu rozpoznaje się na podstawie zapisu EKG. Badanie EKG metodą Holtera jest wskazane u pacjentów, u których omdlenia lub stany przedomdleniowe występują często (> 1 na tydzień) — klasa IB [1]. Udowodniono, że u pacjentów z blokiem odnogi pęczka Hisa istnieje wyższe ryzyko wystąpienia bloku AV [4]. Metodą leczenia omdleń związanych z objawowym blokiem AV jest stała stymulacja serca. U omawianego pacjenta implantacja układu stymulującego serce spowodowała całkowite ustąpienie dolegliwości. Stała stymulacja serca często prowadzi do ustąpienia objawów, ale może to nie wpływać na przeżycie. Mimo prawidłowej stymulacji omdlenia nawracają u około 20% pacjentów w obserwacji długoterminowej [5]. Dzieje się tak z powodu częstego współistnienia wazodepresyjnego mechanizmu odruchowego u osób z chorobą węzła zatokowego. Opracowano nowe schematy oparte na stymulacji przedsionka i minimalnej stymulacji komorowej. Są one zalecane jako metody alternatywne dla konwencjonalnej stymulacji DDDR u pacjentów wymagających stymulacji przedsionkowej [6]. Stymulacja dwukomorowa powinna być rozważana u pacjentów ze wskazaniami do stymulacji z powodu bloku AV oraz z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory, niewydolnością serca i poszerzonymi zespołami QRS [7].

U pacjentów z omdleniami wtórnymi do organicznej choroby serca, w tym do wrodzonych wad serca, celem jest nie tylko zapobieganie nawrotom omdleń, ale także leczenie pierwotnej choroby i zmniejszenie ryzyka nagłej śmierci sercowej. Badanie echokardiograficzne jest główną metodą wykrywania organicznej choroby serca w diagnostyce przyczyny omdleń. Sama obecność choroby serca nie oznacza, że omdlenie jest związane z pierwotną nieprawidłowością serca. Niektórzy pacjenci z tej grupy mają typowe omdlenia odruchowe.

Istotna niedomykalność zastawki aortalnej występuje u około 15% pacjentów z rozpoznaną BAV [4]. Dwupłatkowa zastawka aorty jest niezależnym czynnikiem ryzyka stopniowego poszerzenia się aorty. Rozwarstwienie aorty jest najgroźniejszym powikłaniem BAV. Na ostre rozwarstwienie są narażeni przede wszystkim młodzi mężczyźni. Częstą przyczyną nagłych zgonów młodych sportowców są przypadki pęknięć aorty (zwłaszcza w przypadku BAV i zespołu Marfana) [7]. Obserwuje się przypadki, w których może dojść do pęknięcia ściany aorty na poziomie poszerzonych zatok Valsalvy [8].

W największym do tej pory badaniu dotyczącym młodych dorosłych z BAV udowodniono, że wiek, stopień ciężkości stenozы aortalnej i stopień ciężkości niedomykalności aortalnej są niezależnymi czynnikami ryzyka wystąpienia głównych zdarzeń sercowo-naczyniowych [6]. Omawiany chory obecnie jest w trakcie obserwacji ambulatoryjnej. W kontrolnej echokardiografii wykonanej po 3 miesiącach obraz był porównywalny do badań poprzednich.

Ze względu na potencjalne ryzyko powikłań BAV oraz istotne poszerzenie lewej komory (wymiar rozkurczowy 69 mm na granicy wskazań do operacji wg zaleceń ESC i ASCC/AHA) w omawianym przypadku zdecydowano o rozważeniu leczenia operacyjnego wady.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Moya A, Sutton R, Ammirati F et al. Task Force on Syncope, European Society of Cardiology. Guidelines on Diagnosis and Management of syncope — update 2009. *Eur Heart J*, 2009; Aug 27 [Epub ahead of print].
2. Varadarajan P, Pohost GM. Bicuspid aortic valve is heritable. *Curr Cardiol Rep*, 2005; 7: 38.
3. Strandis P, Lacinis R, Ozolanta I et al. Comparison of biochemical and structural properties between human aortic and pulmonary valve. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2004; 26: 634–639.
4. McAnulty JH, Rahimtoola SH, Murphy E et al. Natural history of “high risk” bundle branch block. Final report of a prospective study. *N Engl J Med*, 1982; 307: 137–143.
5. Vardas PE, Auricchio A, Blanc JJ et al. European Society of Cardiology; European Heart Rhythm Association. Guidelines for cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *Eur Heart J*, 2007; 28: 2256–2295.
6. Epstein AE, DiMarco JP, Ellenbogen KA et al. ACC/AHA/HRS 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol*, 2008; 51: e1–e62.
7. Prosińska M. Sporty siłowe a nagłe zgony zawodników. *Puls Medycyny*. *Eur Heart J*, 2009; 30: 743–744, 877–879.
8. Mizia-Steć K, Haberka M, Mielczarek M et al. Nawrotowe pęknięcie tętniaka zatoki Valsalvy u chorego z dwupłatkową zastawką aortalną leczone metodą przeszkońną. *Kardiologia Pol*, 2008; 66: 344–347.