

Rana kłuta serca jako przyczyna częstoskurczu komorowego

dr n. med. Łukasz Szumowski, prof. dr hab. n. med. Franciszek Walczak

Instytut Kardiologii, Warszawa



Opisany przypadek długotrwałej obserwacji i losów pacjenta jest niezwykle ciekawy. Obserwacja odległa pacjenta po urazie kłutym serca nie jest często spotykana w piśmiennictwie, zważywszy na wysoką śmiertelność. Opiswany chory w wieku 55 lat, palący, z kołataniem serca od kilku lat, został przyjęty z szybkim częstoskurczem komorowym w okolicy ściany dolno-bocznej (ujemny zwrot zespołów QRS w odprowadzeniach II, III, aVF) blisko podstawy serca (dodatnie odprowadzenia przedsercowe). Okolica ta odpowiada obszarowi uszkodzonemu w badaniu echokardiograficznym oraz MRI. Interesujące byłoby

porównanie, czy obszar ten odpowiada lokalizacji rany kłutej doznanej przed laty. Morfologia zespołów QRS mówi nam tylko o miejscu wyjścia fali aktywacji na mięsień „zdrowy”. Nie pozwala na zlokalizowanie ewentualnej cieśni – miejsca krytycznego dla arytmii oraz ablacji, w przypadku mechanizmu nawrotnego. Mechanizm arytmii oraz ewentualną cieśń możemy zlokalizować, tylko wykonując szeroko pojęte badanie elektrofizjologiczne (manewry stymulacyjne, mapowanie elektroanatomiczne).

Pacjentowi wszczepiono kardiowerter-defibrylator (ICD). Występowały u niego liczne wyładowania ICD oraz burza elektryczna. Autorzy zdecydowali się na intensyfikację leczenia farmakologicznego i podawanie leków sedujących (benzodiazepiny). Należy jednak zwrócić uwagę, że częste wyładowania ICD są zgodnie ze standardami ESC wskaza-

niem do wykonania ablacji. Tym bardziej że możemy podejrzewać, że przyczyną licznych wyładowań u tego pacjenta są częstoskurcze komorowe o krótkim cyklu, a nie epizody migotania komór. Trzeba również podkreślić, że ablacja RF jest skuteczna w leczeniu ogniskowych arytmii, co przytaczają autorzy, ale ma też szerokie zastosowanie w arytmiiach nawrotnych, które jak się wydaje – są częstszym mechanizmem monomorficznego stabilnego częstoskurczu komorowego. Istnieją dane, które potwierdzają skuteczność ablacji w ograniczeniu wyładowań ICD niezależnie od mechanizmu arytmii. Autorzy na podstawie EKG uznali, że punkt wyjścia fali aktywacji z cieśni jest zlokalizowany epikardialnie. Jest to prawdopodobne, choć nie pewne. W zależności od etiologii odsetek pacjentów, u których obszar krytyczny dla częstoskurczów komorowych zlokalizowany jest epikardialnie, waha się od kilkunastu do kilkudziesięciu procent. Należy podkreślić, że lokalizacja epikardialna nie jest przeciwwskazaniem do ablacji, zabieg wymaga tylko zastosowania odmiennej techniki i jest stosowany (również w Polsce) od kilku lat. Ponadto trzeba pamiętać, że benzodiazepiny są lekami, które mogą prowadzić do wykształcenia uzależnień i nie powinno się ich stosować przewlekłe (a nie spodziewamy się, że podłoże do wystąpienia częstoskurczu u prezentowanego pacjenta zaniknie).

Niewątpliwie, co najważniejsze, reakcja zespołu na wystąpienie niestabilnego częstoskurczu komorowego była szybka i adekwatna (wszczepienie ICD), co uratowało życie choremu, jednak pacjent wymaga badania elektrofizjologicznego i oceny możliwości wykonania ablacji, aby zapobiec przewlekłemu zespołowi stresu pourazowego.