

## Elektrokardiogram miesiąca/*Electrocardiogram of the month*

# Angina Prinzmetal'a u osoby z zespołem Wolffa-Parkinsona-White'a

Prinzmetal's angina in a patient with Wolff-Parkinson-White syndrome

**Bronisław Bednarz, Piotr Kokowicz, Rafał Łukaszewicz**

Klinika Kardiologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Kardiol Pol 2007; 65: 588-591

Prezentujemy serię elektrokardiogramów zarejestrowanych w trakcie hospitalizacji chorej w wieku 58 lat. Chora zgłosiła się do izby przyjęć naszego szpitala z powodu trwających od ok. 12 godz. dolegliwości – osłabienia, duszności i bólów w nadbrzuszu.

Z wywiadu uzyskanego od towarzyszących chorej członków rodziny wynikało, że przeżyła ona przed 3 mies. niedokrwienny udar mózgu, miała napadowe migotanie przedsionków i była leczona przeciwzakrzepowo. Od lat rozpoznawano u chorej zespół Wolffa-Parkinsona-White'a (WPW). W badaniu przedmiotowym stwierdzono ciężki stan chorej, ciśnienie tętnicze 80/50 mmHg, tachykardię ok. 150 uderzeń na minutę, brak zmian osłuchowych nad polami płucnymi. Wobec ciężkiego stanu chorej, stwierdzenia uniesienia odcinka ST w badaniu EKG (Rycina 1.), nieobecności w badaniu wykonanym w dniu poprzedzającym jej zgłoszenie się do szpitala (Rycina 2.), chorą (po kardiowersji elektrycznej w izbie przyjęć, która nie przyniosła zmiany rytmu serca) skierowano do pracowni hemodynamicznej ze wstępnym rozpoznaniem ostrego zawału serca z uniesieniem odcinka ST. Podano m.in. sterydy *i.v.* i podłączono wlew dopaminy. W trakcie transportu do pracowni hemodynamicznej stan chorej uległ poprawie. Wykonana koronarografia wykazała jedynie 60–70% zwężenie w obwodowym odcinku gałęzi przedniej zstępującej lewej tętnicy wieńcowej. Obserwowano też tendencję do kurczu w obrębie tej zmiany i tendencję do kurczu prawej tętnicy wieńcowej w miejscu kontaktu z cewnikiem.

Po przeniesieniu z pracowni hemodynamicznej do sali „R” chora była w stanie średnim, z normotensją i utrzymującą się tachykardią. W kolejnych badaniach biochemicznych nie stwierdzano cech martwicy mięśnia serca. W badaniu EKG (Rycina 3.) nie obserwowano uniesienia odcinka ST. W kolejnym EKG zarejestrowanym po ok. 12 godz. (Rycina 4.) nastąpiła zmiana obrazu krzywej. Wstępnie rozpoznano u chorej zespół WPW typu A i postać odmienną dusznicy bolesnej. Z powodu utrzymujących się dolegliwości bólowych w nadbrzuszu i pod prawym łukiem żebrowym, chorej w trybie dyżurowym wykonano USG jamy brzusznej, nie stwierdzając istotnych odchyleń. Konsultujący chirurg zalecił dalszą diagnostykę w trybie planowym.

Niestety, w następnej dobie hospitalizacji doszło u chorej do nagłego zatrzymania krążenia spowodowanego rozkojarzeniem elektryczno-mechanicznym i chora zmarła, pomimo intensywnych zabiegów reanimacyjnych.

W badaniu sekcyjnym stwierdzono m.in. przeżyty i świeży udar mózgu, ostry zawał mięśnia serca ściany tylnej lewej komory i olbrzymi krwiak w jamie brzusznej, którego źródłem, wg patologa, była pęknięta tętnica kręzkowa.

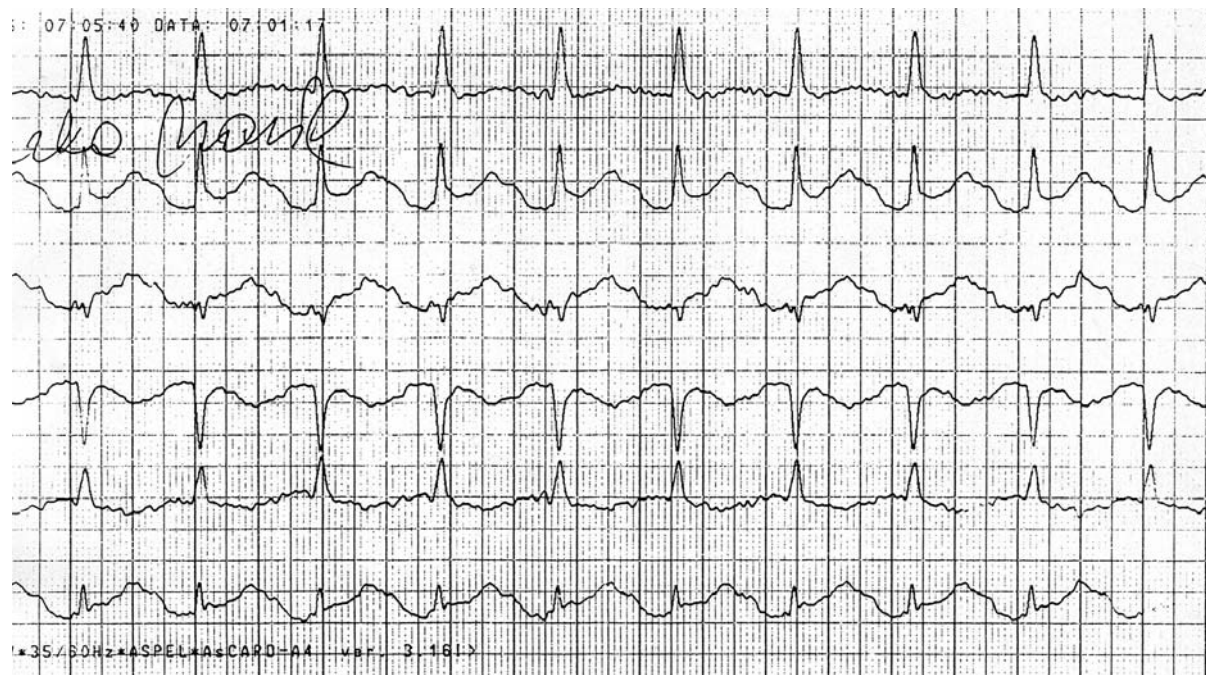
Prosimy o interpretację i komentarz do przedstawionych krzywych EKG, szczególnie o ocenę EKG (z uniesieniem ST) na Rycinie 1. Na ile są to typowe zmiany wywołane możliwym kurczem tętnicy i czy obecny u chorej zespół WPW mógł wpływać na obraz EKG?

### Adres do korespondencji:

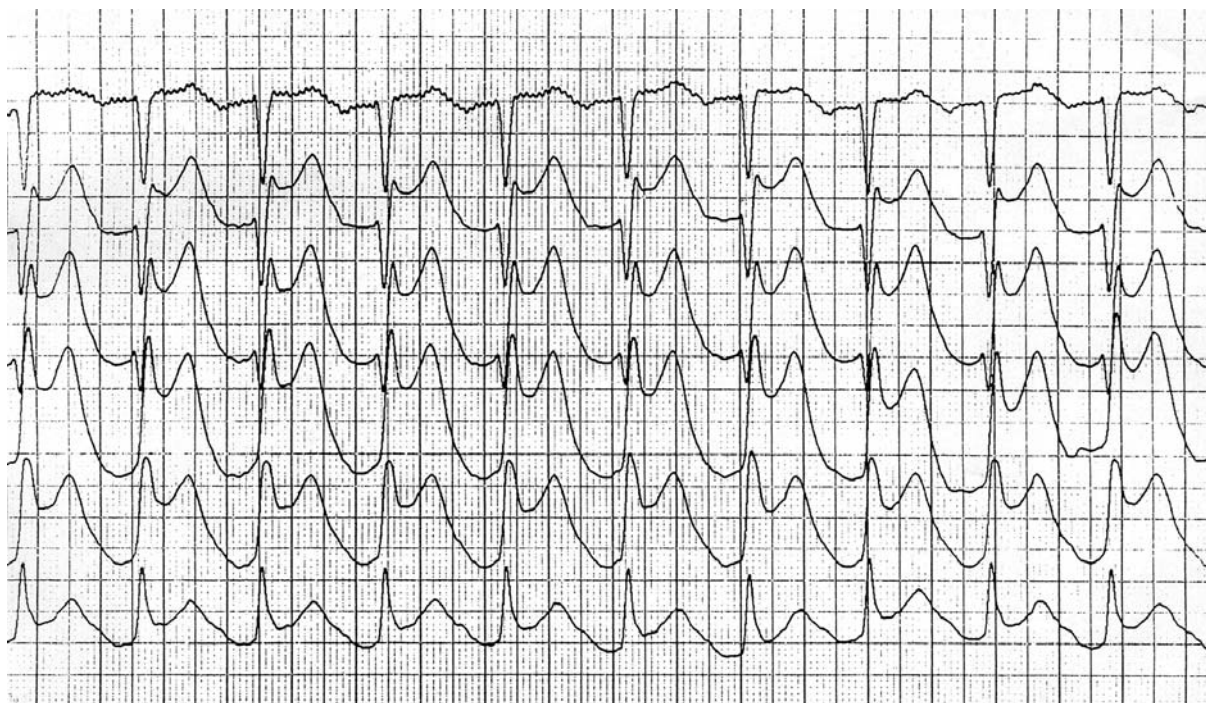
dr n. med. Bronisław Bednarz, Klinika Kardiologii, CMKP, ul. Grenadierów 51/59, 04-073 Warszawa, tel.: +48 22 810 50 30, faks: +48 22 810 17 38, e-mail: bednarz@kkcmkp.pl



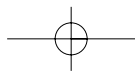
A

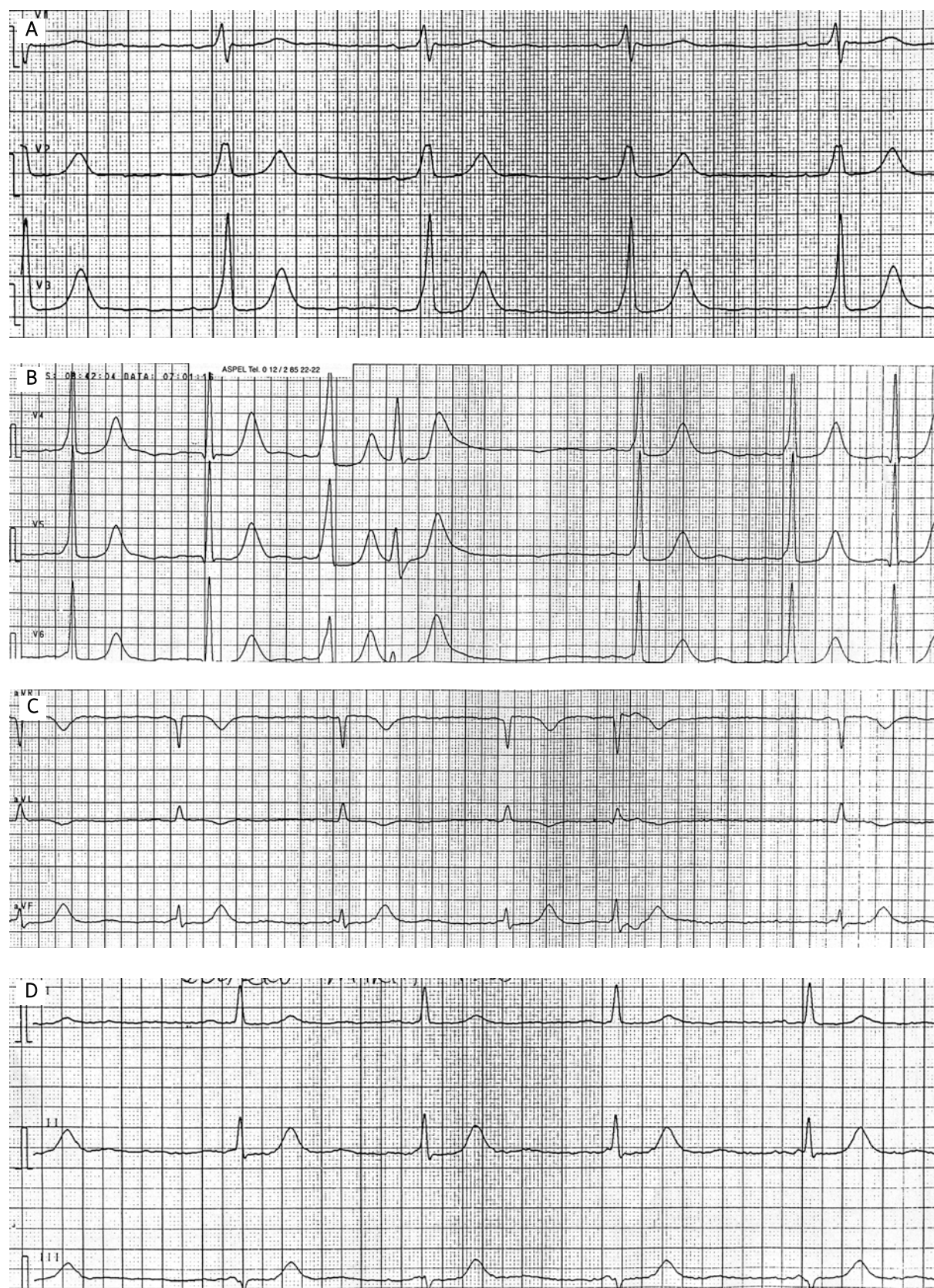


B

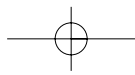


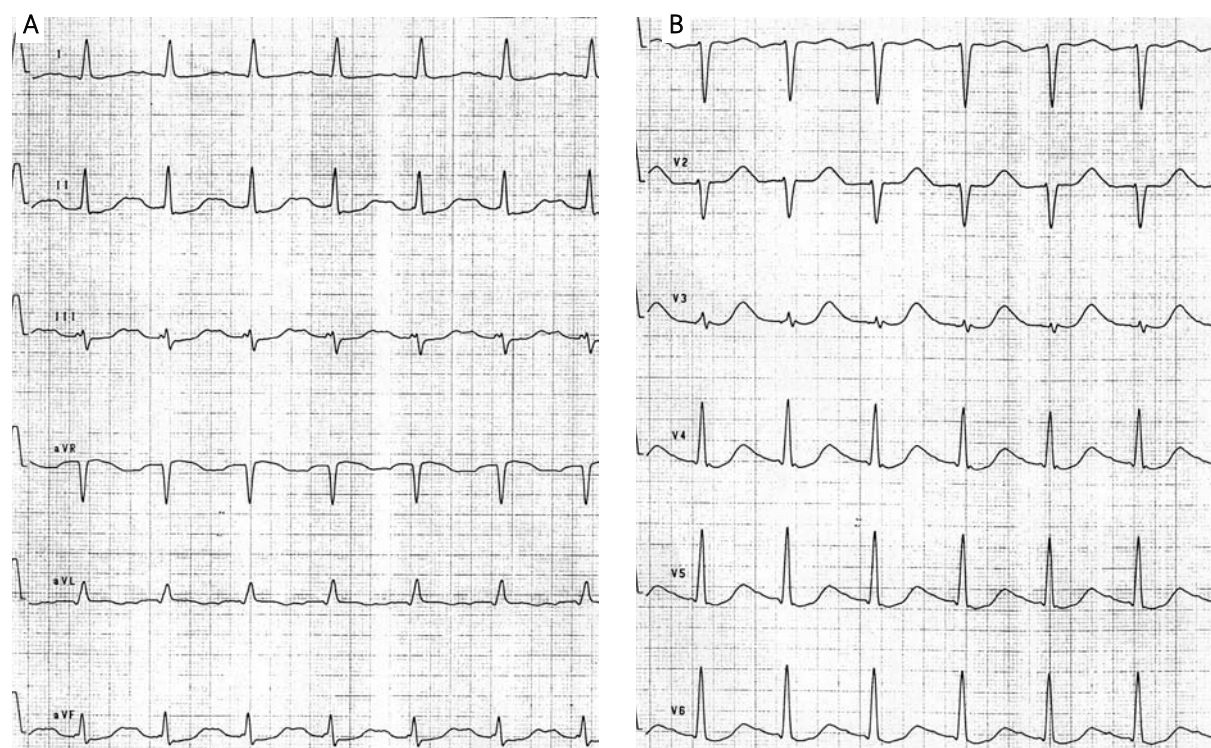
Rycina 1.



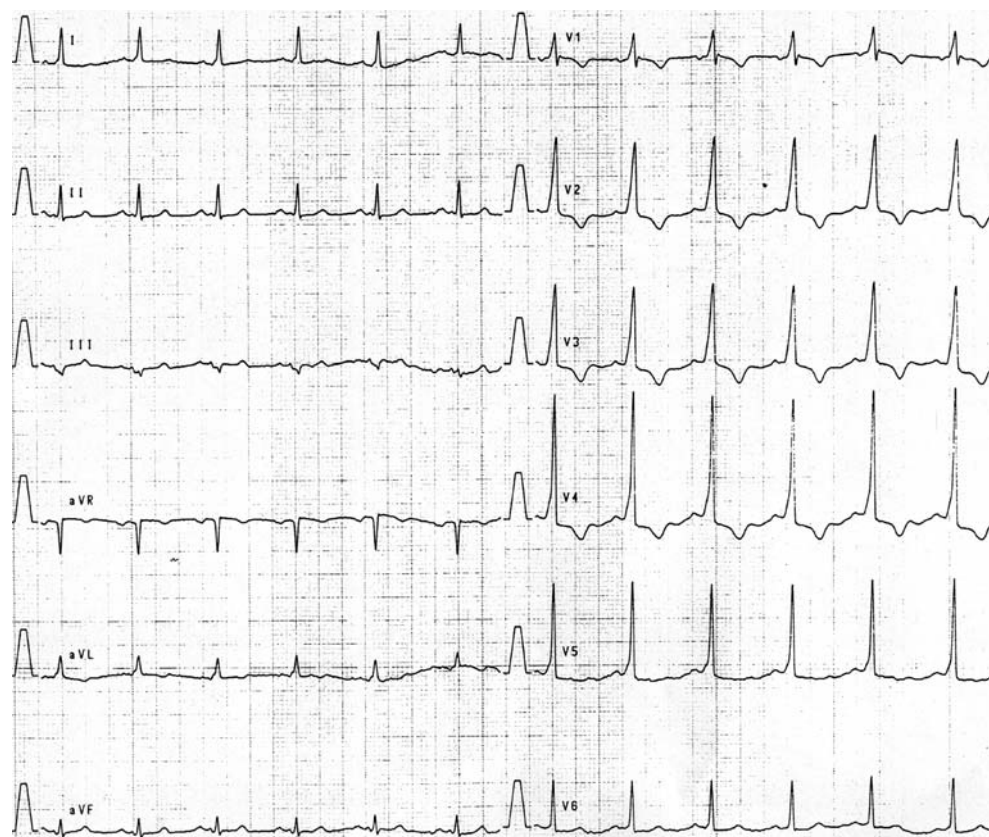


Rycina 2.





Rycina 3.



Rycina 4.

