

Dławica Prinzmetal

Prinzmetal's angina

Maciej Świątkowski, Wojciech Wąsek, Piotr Kokowicz

Klinika Kardiologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Kardiologia Polska 2006; 64: 901-902

Przedstawiamy dwa ciekawe elektrokardiogramy 84-letniej kobiety, skierowanej w trybie pilnym do Pracowni Hemodynamiki Kliniki Kardiologii CMKP w trakcie 3,5-godz. bólu wieńcowego z towarzyszącym zastąpieniem. Lekarz Izby Przyjęć szpitala kierującego wstępnie rozpoznał ostry zespół wieńcowy z uniesieniem odcinka ST. W przeszłości chora często skarżyła się na bóle dławicowe i zastąpienia.

W pierwszym badaniu EKG (Rycina 1.) stwierdzono zaburzenia rytmu i przewodzenia oraz uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach z nad ściany dolnej. Zapis nie jest dobry technicznie, ale to jedyne badanie wykonane w trakcie zgłaszanych przez chorą dolegliwości. W odprowadzeniach I, II, III widać załamki P, prawdopodobnie zatokowe, ale niemiernie. Zespoły QRS są wąskie, widoczne w odprowadzeniach II i III uniesienie odcinka ST z przeciwnym jego obniżeniem w odprowadzeniu I oraz dodatkowo patologiczny załamek Q w odprowadzeniu III nasuwają podejrzenie ostrego zawału dolnej ściany serca. Wśród lekarzy interpretujących ten zapis zainteresowanie wzbudziły zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego i ich wpływ na interpretację cech

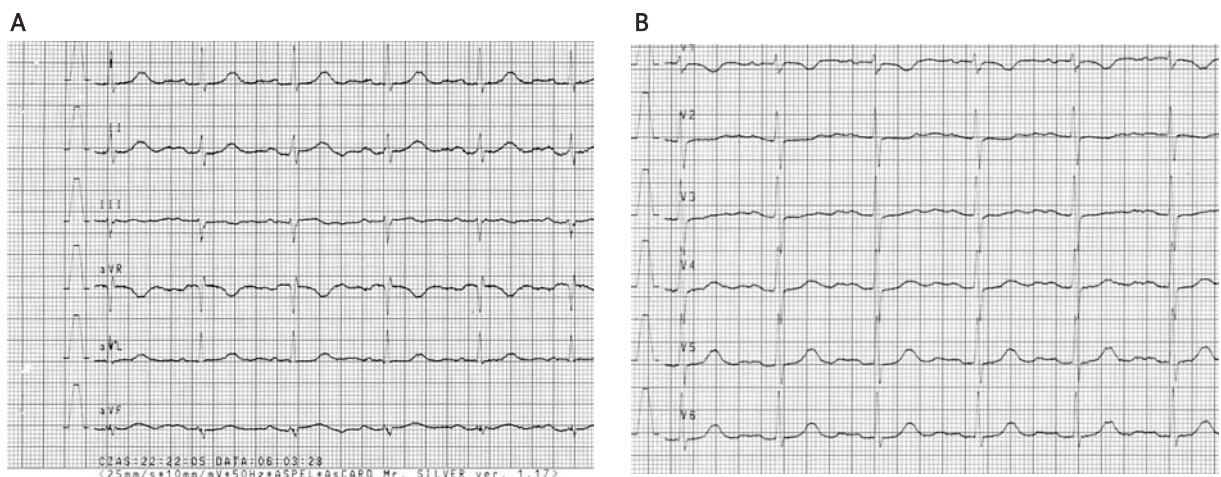
ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego. O ile w odprowadzeniach I, II, III mamy prawdopodobnie do czynienia z periodyką Wenckebacha i przy wąskich zespołach QRS można dostrzec cechy niedokrwienego uniesienia odcinka ST w odprowadzeniach z nad ściany dolnej, to w innych odprowadzeniach widać już całkowity blok przedsionkowo-komorowy z szerokimi zespołami QRS o morfologii bloku prawej odnogi pęczka Hisa, gdzie interpretacja niedokrwienia jest utrudniona. Czy zatem w odprowadzeniach aVF oraz II, III możemy podejrzewać rodzący się zawał serca? Ciekawe, że zwolnieniu uległ też rytm zatokowy (o ile rzeczywiście jest to rytm zatokowy). W kolejnym zapisie, wykonanym po ustąpieniu dolegliwości (Rycina 2.), opisywane zmiany wycofały się. W koronarografii nie było istotnych zmian w tętnicach wieńcowych, a badania biochemiczne wykluczyły ostry zawał serca. Ostatecznie rozpoznaliśmy ostry zespół wieńcowy z przejściowym uniesieniem odcinka ST, bradykardią i całkowitym blokiem przedsionkowo-komorowym w przebiegu kurczu tętnicy wieńcowej. Chorej włączono leczenie blokerem kanałów wapniowych i nitrataami oraz prewencyjnie wszczepiono układ stymulujący serca typu DDD.

Adres do korespondencji:

dr Maciej Świątkowski, Klinika Kardiologii CMKP, ul. Grenadierów 51/59, 04-073 Warszawa, tel./faks: +48 22 810 17 38, e-mail: swiatkow@kkcmkp.pl



Rycina 1.



Rycina 2.

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Barbara Dąbrowska

Warszawa



Oto ciekawy przypadek dławicy Prinzmetala: przemijające cechy ostrego pełnościennego niedokrwienia (tu – w obrębie dolnej ściany serca), z również przemijającym epizodem bloku przedsionkowo-komorowego, typowym właśnie dla dławicy *odmiennej* z ostrym niedokrwieniem dolnej ściany. Obniżenie odcińków ST w odprowadzeniach V1–V3, w tym przypadku związane z nakładaniem się cech niedokrwienia na zaburzenia repolaryzacji wtórne do bloku odnogi, nie odgrywa żadnej dodatkowej roli w diagnostyce. Na uwagę zasługują 3 nietypowe szczegóły: wiek chorej, w którym doszło do ustalenia rozpoznania, długi czas trwania bólu wieńcowego (dla dławicy Prinzmetala charakterystyczne są ra-

czej bóle trwające minuty niż godziny), a wreszcie bradykardia zatokowa w trakcie tego epizodu (w odprowadzeniach I–III rytm załamków P wynosi 48/min, a na pasku odprowadzeń V1–V3 jest szybszy, ale podejrzewam, że część widocznych załamków P to przedsionkowe pobudzenia przedwczesne; krótkie paski i słaba widoczność załamków P w odprowadzeniach aVR, aVL, aVF i V4–V6 utrudniają miarodajną ocenę). Przypuszczam, że bradykardia była w tym przypadku skutkiem ostrego niedokrwienia węzła zatokowego w czasie skurczu prawej tętnicy wieńcowej przed odejściem gałęzi do tego węzła, jak to się dzieje u chorych z zawałami dolnej ściany serca. A retrospektywne domniemanie, która to tętnica uległa skurczowi, prawa czy gałąź okalająca lewej tętnicy wieńcowej, ułatwia analiza uniesienia ST w odprowadzeniach z nad dolnej ściany: większego w odprowadzeniu III niż w II.