

Jak mylący może być elektrokardiogram

Electrocardiogram with diffuse ST-segment changes – acute ischaemia or something else?

Aleksandra Czepiel¹, Paweł Maciejewski¹, Beata Zaborska¹, Piotr Kokowicz¹,
Wojciech Dyk², Jeremi Mizerski², Andrzej Biederman², Andrzej Budaj¹

¹Klinika Kardiologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

²I Klinika Kardiologii, Instytut Kardiologii, Warszawa-Anin

Kardiol Pol 2006; 64: 1442-1444

Pacjent w wieku 43 lat, obywatel Włoch, został przyjęty na oddział wewnętrzny z powodu silnego, napadowego bólu w dolnej części mostka i w nadbrzuszu, niezwiązanego z wysiłkiem ani sytuacją stresową, zależnego od fazy oddechowej, który ustąpił po podaniu leków przeciwbólowych. Podobne dolegliwości, o mniejszym nasileniu, występowały od kilku lat. Pacjent nie leczył się z powodu żadnej choroby przewlekłej. W EKG przy przyjęciu do szpitala stwierdzono bradykardię zatokową 52/min, bez cech niedokrwienia. Badania wskaźników martwicy serca były negatywne.

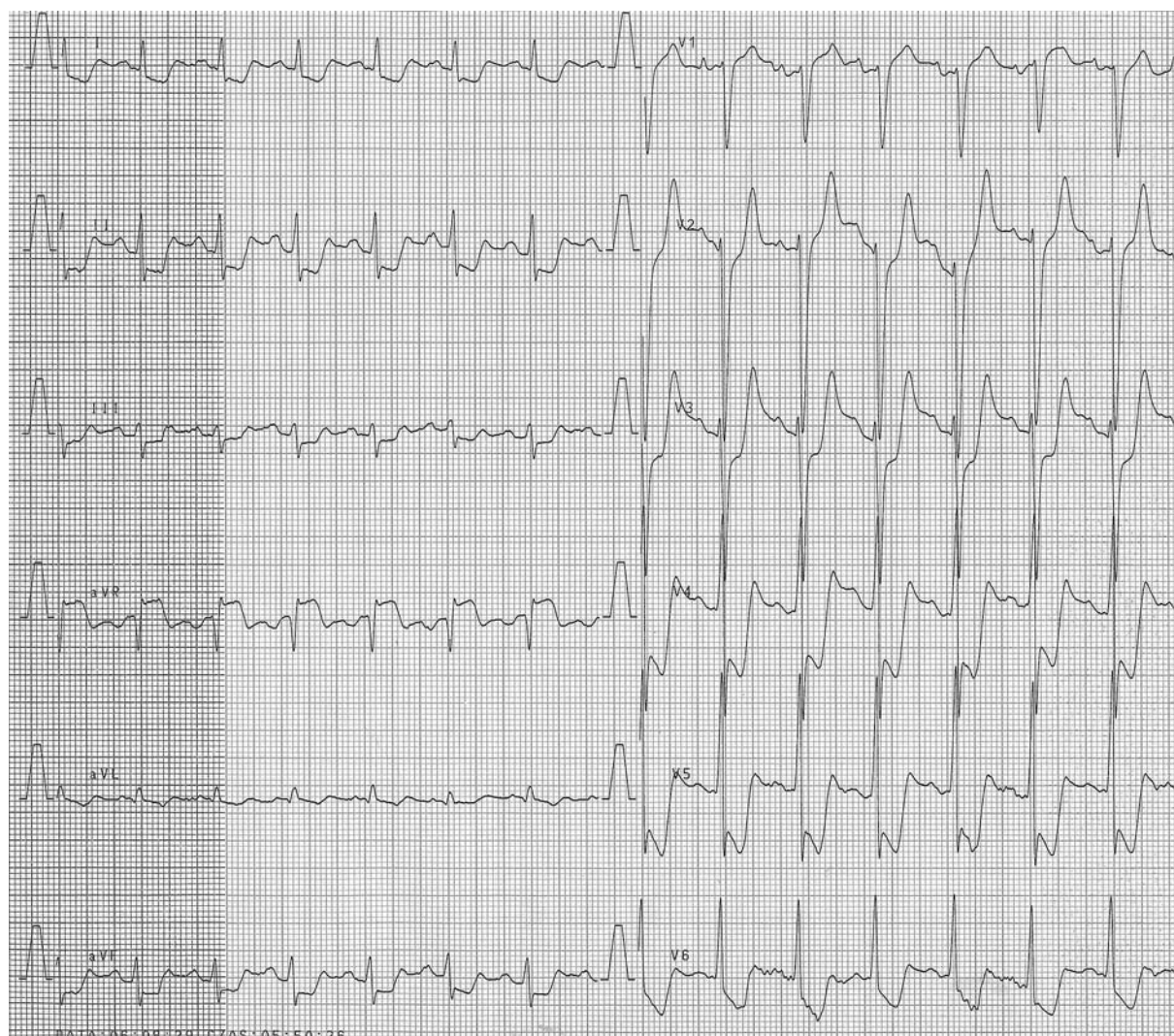
Po 2 dniach pobytu na oddziale wewnętrznym został przeniesiony na OIOK z powodu kilkugodzinnej duszności, bez bólu w klatce piersiowej. Przy przyjęciu na OIOK pacjent był w stanie ciężkim, z dusznością typu ortopnoe, tachypnoe 38/min, RR 110/80, HR miarowa 100/min, zastój nad płucami do kątów łopatek. W EKG (Rycina 1.) obserwowano rozlane niedokrwienie

ściany dolnej i przednio-bocznej z uniesieniem odcinka ST w aVR, co mogło sugerować ostre zamknięcie pnia lewej tętnicy wieńcowej.

W wykonanym w trybie pilnym przezklatkowym badaniu echokardiograficznym uwidoczniło się istotne poszerzenie opuszki aorty i aorty wstępującej z ruchomym dodatkowym echem w jej świetle, wpadającym do drogi odpływu z lewej komory, odpowiadającym odwarstwionej błonie wewnętrznej ściany aorty. Zarejestrowano dużą niedomykalność aortalną. Nie stwierdzono odcinkowych zaburzeń kurczliwości. Obraz odpowiadał tętniakowi rozwarstwiającemu aortę wstępującą. Pacjent został przeniesiony do I Kliniki Kardiologii Instytutu Kardiologii w Aninie, gdzie wykonano skuteczny zabieg wycięcia rozwarstwiającej aorty wstępującej i wszczepienia nadwieńcowo protezy aorty wstępującej.

Adres do korespondencji:

dr Aleksandra Czepiel, Klinika Kardiologii, CMKP, ul. Grenadierów 51/59, 04-073 Warszawa, tel.: +48 22 810 50 30, faks: +48 22 810 17 38, e-mail: aczepiel@kkcmkp.pl



Rycina 1. EKG przy przyjęciu na OIOK

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Barbara Dąbrowska

Warszawa



Jak mylący bywa elektrokardiogram? Czasem bardzo – gdy nie wskazuje na obecność przebytego (a zdarza się, że i ostrego) zawału serca lub gdy nie znajdujemy w nim cech rozpoznanego echokardiograficznie przerostu lewej komory (LV). I jest to oczywiste, ponieważ EKG

nie jest dobrą metodą rozpoznawania zmian anatomicznych. „Mylący” bywa także nieprawidłowy EKG, gdy skłania nas do fałszywej interpretacji arytmii lub pochopnego rozpoznawania choroby wieńcowej na podstawie cech niedokrwienia. I z tą ostatnią sytuacją mamy właśnie do czynienia.

Cóż bowiem widzimy? Cechy ostrego niedokrwienia podścielnicowego, które wystąpiły nagle, wraz z obja-

wami ostrej niewydolności lewokomorowej. W takim wypadku słusznie rozważamy najpierw najbardziej prawdopodobną możliwość ostrego zespołu wieńcowego, pamiętając, że lokalizacja obniżenia odcinków ST nie upoważnia do rozpoznawania lokalizacji niedokrwienia i że oprócz choroby wieńcowej jest wiele innych, także pozasercowych przyczyn niedokrwienia serca. Współistniejące w tym przypadku uniesienie odcinków ST w odprowadzeniu aVR sugeruje ponadto zamknięcie pnia lewej tętnicy wieńcowej. Nie jest to jednak jedyna przyczyna takiej koincydencji, bowiem samo rozlane niedokrwienie podwoserdziowe bywa przyczyną „przeciwstawnego” uniesienia ST w odprowadzeniu aVR; niewielkie uniesienie ST w aVR widzimy na przykład u chorych z przeciążeniem LV. W opisanym przypadku przyczyną niezwykle głębokiego obni-

żenia odcinków ST nad LV, sięgającego 10 mm, okazała się ostra niedomykalność aortalna, wywołana rozwarstwieniem aorty. Nie można tu także wykluczyć współistniejącego z nagłym obciążeniem hemodynamicznym zwężenia pnia lewej tętnicy wieńcowej, jeśli rozwarstwienie objęło okolicę jego ujścia w obrębie opuszki.

Tak więc EKG „nie kłamał”, zawiodło natomiast badanie przedmiotowe, nie wykazując cech niedomykalności aortalnej (czyli szmeru rozkurczowego i dużej rozpiętości ciśnienia); ale tak właśnie często wygląda ostry wariant tej wady, czemu towarzyszy ostre niedokrwienie mięśnia sercowego – przede wszystkim warstwy podwoserdziowej LV. A rzeczywistym mistyfikatorem było w tym wypadku rozwarstwienie aorty, czyli jedna z najbardziej „kameleonowych” jednostek chorobowych.