

Światowy Kongres Kardiologiczny

Barcelona, 2–5 września 2006 r.

Miej serce i patrz w serce... oraz w odprowadzenia przedsercowe. Bezobjawowe choroby i EKG wysokiego ryzyka arytmicznego

Dwie sesje na Kongresie ESC w Barcelonie dotyczyły oceny EKG i badań przesiewowych u chorych bezobjawowych zagrożonych wyższym ryzykiem powikłań arytmicznych: *Clinical and electrocardiographic predictors of sudden death in athletes* oraz *Asymptomatic abnormalities in arrhythmology*.

Problem, z jakim spotykają się lekarze, to bezobjawowi chorzy, u których w rutynowych badaniach EKG stwierdza się istotne odchylenia. Należy pamiętać, że pierwszym objawem przedstawianych chorób może być nagła śmierć sercowa (SCD). Mottem dla diagnostyki u tych chorych może być zmodyfikowany cytat z polskiego wieszcza: *miej serce* (a więc życzliwe nastawienie do pacjenta), *patrz w serce* (dociekliwość w zbieraniu wywiadu i badaniu przedmiotowym) oraz *w odprowadzenia przedsercowe w EKG*, których analiza jest najistotniejsza dla rozpoznania wszystkich bezobjawowych chorób wysokiego ryzyka arytmicznego.

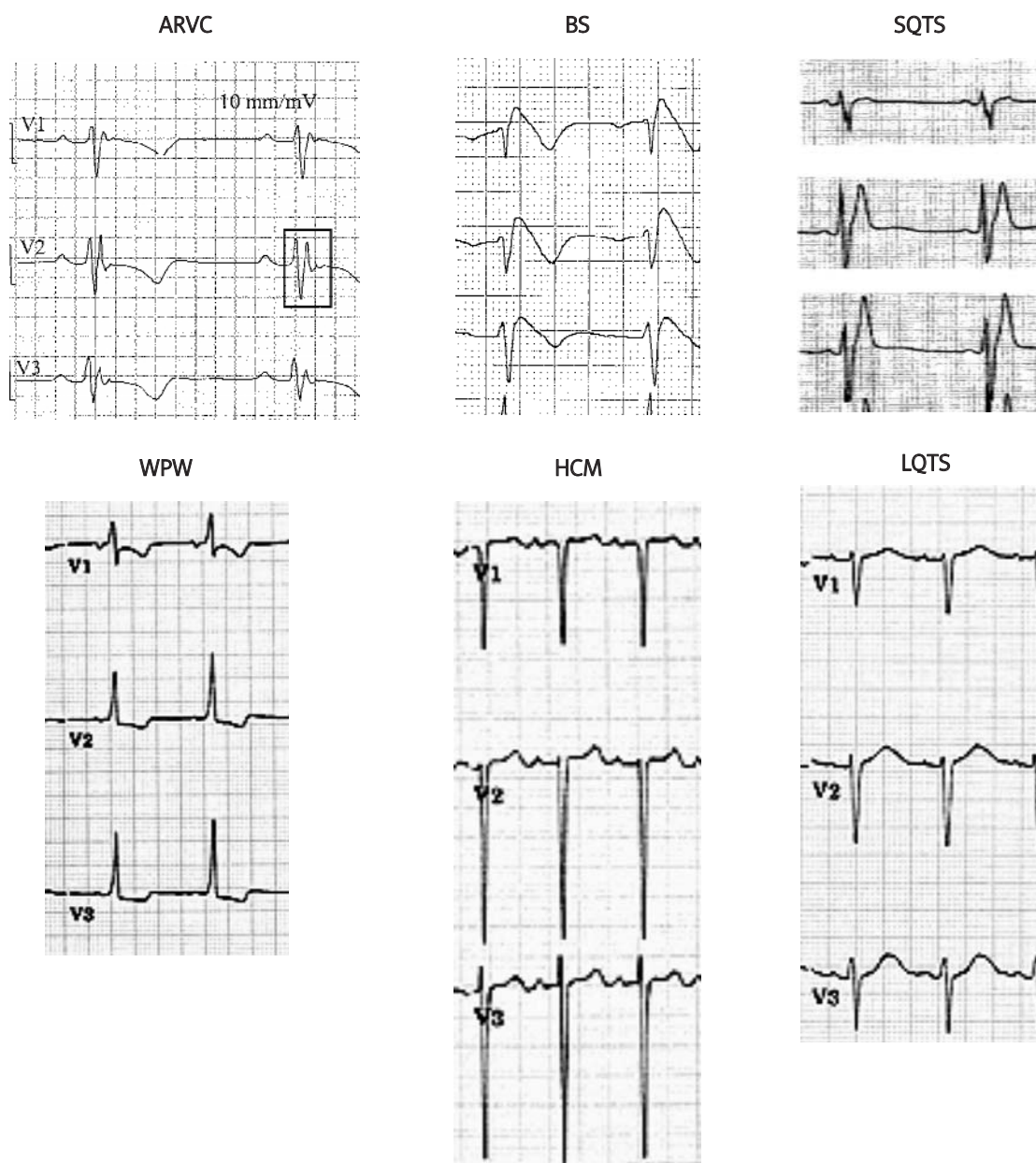
Szczególnie istotną grupę stanowią sportowcy, krewni chorych, którzy zmarli nagle w młodym wieku, lub osoby z rodzinnym wywiadem potwierdzonej choroby z wysokim ryzykiem arytmii, jak zespół długiego i krótkiego QT (LQTS i SQTs), zespół Brugadów (BS), zespół WPW, kardiomiopatia przerostowa (HCM), arytmogenna kardiomiopatia prawej komory (ARVC), polimorficzny częstoskurcz zależny od stymulacji katecholaminami (CPVT) lub idiopatyczne migotanie komór (iVF). Należy szczególnie zwrócić uwagę na precyzyjne zbieranie wywiadu dotyczącego kołatań serca, omdleń oraz występowania w rodzinie SCD i choroby wieńcowej w młodym wieku, gdyż te dane mogą istotnie wpłynąć na rokowanie i kwalifikację bezobjawowego chorego do diagnostyki inwazyjnej i implantacji kardiowertera-defibrylatora.

Typowe EKG sportowca jest związane z obniżoną częstotliwością rytmu serca, wydłużeniem PQ i QTc oraz podwyższonym wskaźnikiem Sokołowa, uniesieniem ST i wysoką amplitudą załamka T. Typ I BS powinien być przeciwwskazaniem do uprawiania sportu, szczególnie u mężczyzn. Warto pamiętać, że serce spor-

townica może imitować BS typu II lub III i z pewnością u niektórych sportowców należy wykonać test z propafenonem lub flekainidem. Z uwagi na brak potwierdzenia mutacji genowych, ich niepełną penetrację lub jedynie tkankowy fenotyp, w większości przypadków badania genetyczne nie są przydatne do weryfikacji tej choroby u krewnych pierwszego stopnia chorego z BS. Zespół długiego QT to kolejna choroba arytmiczna uwarunkowana genetycznie, ale w jej wypadku istotnym wsparciem może być diagnostyka genetyczna, która w Polsce prowadzona jest w Centrum Zdrowia Dziecka (doc. Katarzyna Bieganowska) oraz w II Klinice Chorób Serca AM w Gdańsku (dr Agnieszka Zienciuł). W LQTS typu I ryzyko arytmiczne jest wysokie głównie w czasie wysiłku, w LQTS typu II – przede wszystkim w czasie emocji i hałasu (na stadionie FC Barcelona sportowiec lub kibic z LQTS typu II mógłby narazić się na ryzyko arytmii przy doping... z trybun). Wszystkim chorym z LQTS należy odradzać uprawianie sportów wyczynowych oraz stosowanie leków wydłużających QT.

Kolejną chorobą asymptomatyczną może być ARVC. Nieprawidłowe EKG w postaci ujemnych załamków T w V1–V3 występuje u ok. 50% chorych z ARVC, często też stwierdza się wydłużony odstęp QT, poszerzony zespół QRS w odprowadzeniach V1–V2 lub potencjał ϵ patognomiczny dla ARVC. Nie należy też zapominać, że dość częstą odmiennością u chorych z ARVC mogą być liczne skurcze dodatkowe komorowe. Dlatego rozpoznanie ARVC należy brać pod uwagę u bezobjawowych i objawowych chorych bez organicznej choroby serca w badaniu ECHO z liczną ekstrasystolią komorową, w szczególności o morfologii LBBB. Należy podkreślić, że podejrzenie ARVC na podstawie EKG powinno skłaniać do wykonania pełnej diagnostyki różnicowej, w której badanie ECHO należy uzupełnić dodatkowo innymi badaniami obrazowymi lub inwazyjną wentrykulografią prawej komory i ewentualnie biopsją.

Kardiomiopatia przerostowa to najczęstsza przyczyna SCD u sportowców w Stanach Zjednoczonych (we Włoszech jest nią ARVC) – do 2 przypadków na 1000



Rycina 1. Odprowadzenie przedsercowe V1–V3 w chorobach arytmicznych

osób uprawiających sport. Najlepszym przykładem identyfikacji i redukcji ryzyka SCD związanego z HCM u sportowców są Włochy. Analiza EKG pozwoliła na identyfikację wszystkich przypadków HCM przed badaniem ECHO. Oprócz wysokiej amplitudy załamków R i załamków Q, u 90% włoskich sportowców lub kandydatów na sportowców z HCM stwierdzono inwersję załamków T w odprowadzeniach przedsercowych.

Wskazaniem do leczenia bezobjawowej preekscytacji (zespół WPW – obejmuje kotatania serca i preekscytację) jest zawód wysokiego ryzyka (w tym wyczynowe

uprawianie sportu). Należy podkreślić, że najbardziej precyzyjnej oceny zagrożenia powikłaniami arytmicznymi w bezobjawowym WPW dostarcza inwazyjne badanie elektrofizjologiczne, od którego już tylko krok do ablacji. Wśród chorych bezobjawowych w ciągu kilku lat 30% ma napady arytmii i dotyczy to chorych, którym wcześniej indukowano arytmie w badaniu elektrofizjologicznym, w szczególności utrwalone do ponad 30 s migotanie przedsionków (AF). Nagła śmierć sercowa u osób z bezobjawową preekscytacją związana jest z jednoczesnym występowaniem mnogich dróg dodat-

kowych, indukcji AF i młodym wiekiem. W populacji ogólnej kryteriami niższego ryzyka w bezobjawowej preekscytacji są: intermitująca preekscytacja, zanikanie preekscytacji w czasie wysiłku lub po podaniu leku, starszy wiek i określenie w przezprzetykowej stymulacji przedsiionka refrakcji drogi wolnej powyżej 250 ms.

Z pewnością najistotniejsze dla sportowców i kibiców (którzy uprawiają niekiedy nie mniej intensywnie sporty rekreacyjne) byłoby wprowadzenie na stadiony automatycznych kardiowerterów-defibrylatorów (takie znajdują się na wspomnianym już stadionie FC Barcelo-

na) oraz zweryfikowanie zwykłego zapisu EKG przez lekarza medycyny pracy lub medycyny sportowej.

Szczególną pomocą w prewencji SCD u bezobjawowych osób z zespołami arytmogennymi i kandydatów na sportowców będzie nowa wersja standardów arytmii komorowych i prewencji SCD, która ukazała się tuż przed Kongresem ESC.

dr Sebastian Stec

Klinika Kardiologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Szpital Grochowski, Warszawa