

Subiektywna analiza psychologiczna objawów przed i po ablacji napadowego częstoskurczu węzłowego i typowego trzepotania przedsionków

Psychological self-assessment before and after RF ablation of atrio-ventricular nodal tachycardia and typical atrial flutter. A case report

Agnieszka Maryniak¹, Franciszek Walczak², Łukasz Szumowski², Ewa Szufladowicz²

¹Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa

²Instytut Kardiologii, Warszawa

Kardiol Pol 2005; 63: 211-215

To, co dotyczy jego własnej egzystencji – takiej, jaką ją przeżywa – każdy człowiek pragnie traktować raczej poetycko niż naukowo, polegając mniej na matematyce, więcej na wyobraźni.
Z. Adamczewski

Wstęp

Psychologiczne badania pacjentów z częstoskurczem napadowym koncentrują się najczęściej na ocenie jakości życia. Przeprowadzane badania pokazują duży wpływ objawów na codzienne funkcjonowanie pacjentów, poczucie doświadczania trudności i ograniczeń oraz występowanie podwyższonego poziomu lęku, co skutkuje obniżeniem ogólnej subiektywnej oceny jakości życia. Skuteczna terapia, prowadząca do ustąpienia lub złagodzenia objawów, w dużym stopniu wpływa na zmianę ocen, wskazując na poprawę zarówno w funkcjonowaniu pacjentów, jak i postrzeganiu przez nich swojego stanu zdrowia [1–4].

Metody kwestionariuszowe stosowane powszechnie w badaniach jakości życia nie dają jednak możliwości analizy procesu, jakim jest postrzeganie przez pacjenta swojej choroby, radzenie sobie z nią, adaptacja do zmian, także związanych ze skutecznym leczeniem. W poznaniu tych zjawisk niezastąpione jest studium przypadku. Szczególną jego odmianą jest studium autobiograficzne, którego autorem jest pacjent, będący zarazem psychologiem bądź lekarzem.

To połączenie ról pozwala niekiedy na wnikliwą obserwację i analizę doświadczeń związanych z chorobą [5–7]. Oczywiście, opracowania takie skażone są subiektywizmem i na pewno bardziej nasycone emocjami niż typowe studia przypadku. Nie musi to jednak zmniejszać ich wartości poznawczej. Wszak każdy pacjent niesie swoją prawdę o chorobie, o czym często zapominamy, dążąc w medycynie i psychologii do potwierdzonego statystycznie obiektywizmu.

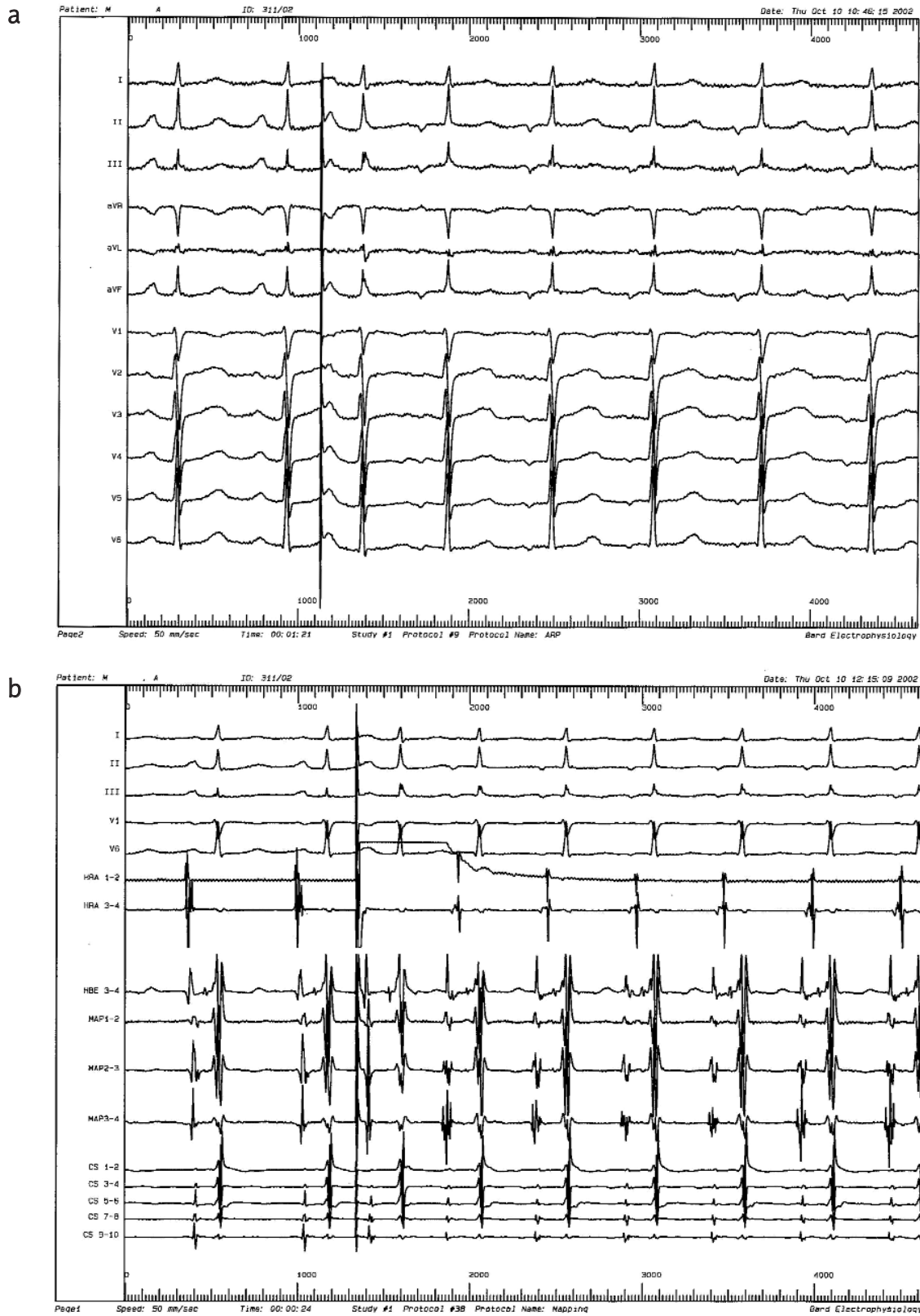
Ablacja prądem o częstotliwości radiowej

Przedstawiamy 38-letnią kobietę z nawracającymi tachyarytmiami ustępującymi spontanicznie (w zapisach holterowskich – częstoskurcz węzłowy o dwóch postaciach: w pętli drogą wolną=>szybką 156–196/min i szybką=>wolną 120–150/min oraz trzepotania przedsionków z przewodzeniem p–k 2: 1) nawracającymi wielokrotnie zarówno w czasie aktywności, w spoczynku i w czasie snu. W 2002 r. przyjęto ją do Instytutu Kardiologii w celu wykonania leczenia przyczynowego.

W badaniu elektrofizjologicznym stwierdzono obecność drogi szybkiej i wolnej w węzle p–k.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. Franciszek Walczak, Klinika Zaburzeń Rytmu Serca, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel.: +48 22 343 44 17



Rycina 1a, 1b. W czasie rytmu zatokowego, pojedynczym impulsem stymulacji o sprężeniu 340 ms wywołano częstoskurcz węzłowy typu szybki=>wolny o cyklu 440 ms => 510 ms

Wyzwalano nietypowy częstoskurcz węzłowy (typ szybki=>wolny) o częstości ~120/min (Ryciny 1a.–1b.) oraz typowe trzepotanie przedsionków o cyklu 220 ms z przewodzeniem p–k 3:2, 2; 1, 4:1. (Ryciny 2a.–2b.). W czasie wlewu izoproterenolu samoistnie pojawiały się częstoskurcz oraz poszerzyła się strefa jego wyzwalania zarówno od przedsionka, jak i od komory. Wykonano dwie aplikacje w obrębie części przyprzegrodowej cieśni żyłno-trójdzielnej (do niedawna nazywanej cieśnią przegrodową), które przerwały przewodzenie w jej obrębie. Zapobiegło to wyzwalaniu zarówno częstoskurczu węzłowego, jak i trzepotania przedsionków. Tachyarytmie nie powróciły podczas 33 mies. obserwacji.

Omówienie

Pacjentka jest z zawodu psychologiem klinicznym, pracuje z dziećmi chorymi somatycznie. Po przebytej w 2. roku życia utracie przytomności do ukończenia 18. roku życia była pod opieką poradni kardiologicznej dla dzieci z rozpoznaniem *arytmii*. Po wstępnym okresie intensywnej diagnostyki pozostawała pod obserwacją, zgłaszając się 2 razy w roku na badania kontrolne. Nie przyjmowała żadnych leków. Ze względu na szybkie męczenie się unikała biegów i chodzenia pod górę, poza tym nie było żadnych ograniczeń w trybie życia. W wieku młodzieńczym sporadycznie zdarzały się zastożenia, przede wszystkim podczas dłuższej pionizacji, niebudzące szczególnego niepokoju, traktowane jako typowe dla dziewcząt w okresie dojrzewania.

W 3. dekadzie życia nastąpiło nasilenie objawów. Zastożenia pojawiały się częściej, niekiedy w trakcie lub po wysiłku (krótkie podbiegnięcie, jazda na rowerze, pływanie, wejście pod górę), a także po wypiciu niewielkiej ilości alkoholu. Kilkakrotnie wystąpiły krótkotrwałe utraty przytomności. Ze względu na fakt, iż była to ilościowa różnica w stosunku do wcześniej doświadczanych problemów, nie traktowano ich jako ważnych objawów wymagających konsultacji lekarskich. W 31. roku życia wystąpiła dłuższa niż dotychczas, pełna utrata przytomności, w okolicznościach nietypowych – bez poprzedzającej pionizacji lub wysiłku. Jako że zdarzyło to się w pracy, czyli na terenie szpitala, natychmiast wykonano podstawowe badania, w wyniku których rozpoznano zaburzenia rytmu serca oraz zasugerowano konieczność dalszej diagnostyki i podjęcia leczenia.

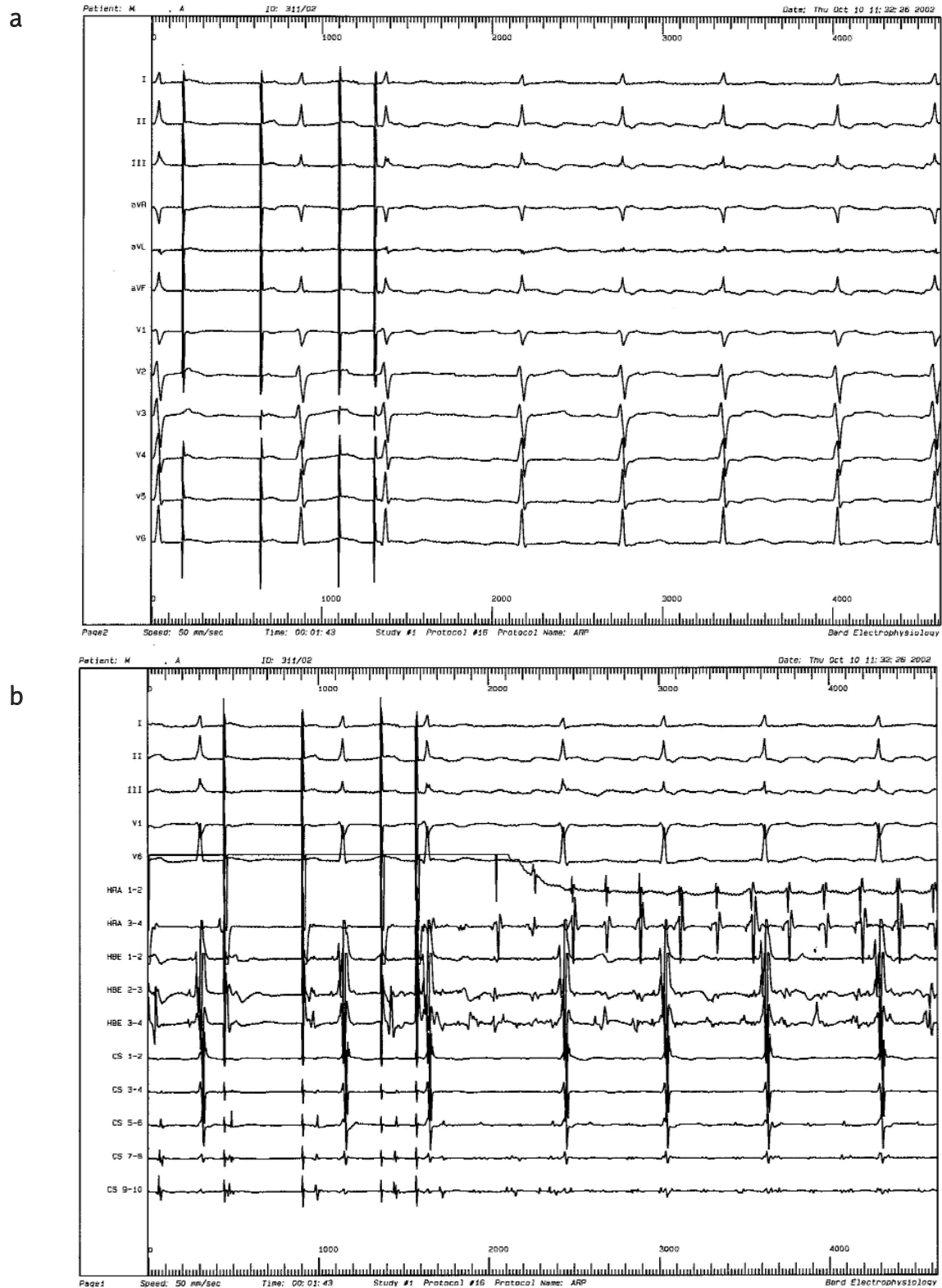
Był to moment przełomowy w stosunku pacjentki do dolegliwości. Wystąpienie trwającej ok. 10 min utraty przytomności, poprzedzonej kilkunastominutowym okresem bardzo złego samopoczucia, było zjawiskiem zupełnie nowym w porównaniu z wcześniejszymi doświadczeniami, budzącym znacznie większy niepokój. Nie można go było potraktować, podobnie jak dotychczasowych zastożeń, jako *stanu naturalnego, typowego dla wrażli-*

wych niewiast. Istotne znaczenie miało też nazwanie choroby, zmuszające niejako *do przyjęcia jej do wiadomości*. W tym momencie nastąpiła *ocena sytuacji jako obciążającej i zagrażającej dobrostanowi (Lazarus i Folkman definiują stres psychologiczny jako określoną relację między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi [8])* i uruchomione zostały psychologiczne procesy radzenia sobie z sytuacją trudną (*coping*).

W radzeniu sobie z sytuacją stwierdzonej choroby chora wykorzystywała strategie koncentracji na problemie z silnie zaznaczoną rolą procesów poznawczych. Świadomie prowadziła *doświadczalną* analizę objawów i ich przyczyn: ponawiała zachowania, które uprzednio poprzedzały zastożenie, w celu weryfikacji ich rzeczywistego wpływu (np. jazda na rowerze, alkohol) lub też podejmowała je w czasie monitorowania metodą Holtera. Pomogło to w samodzielnym wykryciu i unikaniu czynników wywołujących napady częstoskurczu z utratami przytomności oraz ustaleniu sposobu postępowania przy pierwszych sygnałach nadchodzącego omdlenia (ułożenie się na prawym boku w pozycji embrionalnej). Wzmacniało to poczucie kontroli i umożliwiała, przy uwzględnieniu pewnych ograniczeń, prowadzenie w pełni aktywnego życia.

W krótkim czasie po rozpoznaniu choroby pacjentka zaczęła odczuwać napady kołatania serca o częstotliwości wzrastającej z czasem. Trudno powiedzieć, czy występowały one wcześniej, ale na pewno nie były rozpoznane przez chorą jako napady częstoskurczu. Dopiero koncentracja na sercu i samoobserwacja sprawiły, że zostały uświadomione. Mogły też pojawić się wraz z narastaniem objawów. Nie były one nadmiernie uciążliwe, a prowadzona *poznawcza obróbka doznań* (np. porównanie odczuć z samodzielnym i obiektywnym pomiarem tętna) minimalizowała reakcję emocjonalną. Samoobserwacja i częste kontrole tętna z czasem pozwoliły na dowolne wyczuwanie bicia serca – szczególnie w pozycji leżącej – nawet przy prawidłowej akcji serca.

Jako szczególnie dokuczliwe odbierane były natomiast nocne napady częstoskurczu, powodujące wybudzenie z uczuciem słabości, mdłości, niekiedy z towarzyszącymi wymiotami. Pora nocna oraz fakt, iż uczucie słabości wystąpiło w pozycji leżącej, ograniczając możliwość reagowania, nasilały emocjonalną reakcję na te objawy. W dodatku nie wiązały się one z konkretnym czynnikiem wyzwalającym i były niemożliwe do przewidzenia. Ich występowanie powodowało więc poczucie bezradności, wyższy poziom lęku, osłabiając istotne dla chorej poczucie sprawowania kontroli nad sytuacją. W ich obliczu zawodziła strategia radzenia sobie poprzez skoncentrowanie na problemie, wykorzystująca procesy poznawczej analizy doznań.



Rycina 2a, 2b. W czasie stymulacji programowanej o cyklu podstawowym 461 ms, dodatkowym impulsem o sprzężeniu 200 ms wywołano typowe trzepotanie przedsionków ze zmiennym przewodzeniem p-k. Zwraca uwagę różnica kształtu załameków w częstoskurczu i w trzepotaniu, mimo że kierunek polaryzacji w cieśni jest taki sam (odwrotny do kierunku biegu wskazówek zegara)

U pacjentki przeprowadzono ablację, w wyniku której ustąpiły wszystkie dolegliwości. Znacznej poprawie uległa ogólna wydolność fizyczna, zmniejszyło się zapotrzebowanie na sen. W kilka miesięcy po ablacji pacjentka rozpoczęła *testowanie* możliwości fizycznych, podejmując zarzucone przed wieloma laty rodzaje aktywności, takie jak górskie wycieczki lub jazda na nartach biegowych. Niekiedy, głównie w okresie odpoczynku, przed snem, pojawia się odczuwanie kołatania serca czy przyspieszonego rytmu. Przeprowadzany w ich trakcie pomiar tętna nie wykazuje jednak żadnych nieprawidłowości, pozostając w sprzeczności z odczuciem subiektywnym. Po kilkukrotnym *przetestowaniu* tej sytuacji nie budzi już ona obaw przed nawrotem dolegliwości, lecz traktowana jest jako swoisty *fantom* (określenie utworzone przez analogię do bólów fantomowych amputowanej kończyny) – wzbudzenie zapisanego w układzie nerwowym wspomnienia doznawanego niegdyś częstoskurczu. Prawdopodobnie pojawianiu się *fantomów* sprzyja utrwalony nawyk autokontroli rytmu serca i wykształcona zdolność jego odczuwania. W tym wypadku element strategii wykorzystywanej w radzeniu sobie z chorobą jest pewną przeszkodą w całkowitym powrocie do zdrowia. Konieczne więc staje się wygaszanie odruchu *kontroli* rytmu serca, czemu może sprzyjać świadomość stosowanych uprzednio strategii i ich znaczenia w okresie poablacyjnym.

Wnioski

1. Usunięcie uporczywie nawracających, wielobjawowych napadów tachyarytmii nadkomorowych rozpoczęło długotrwały okres powrotu do zdrowia, w tym korzystania z uzyskanej pełnej wydolności fizycznej.
2. U przedstawionej chorej istniał wspólny obszar krytyczny dla występowania nawrotnych prawoprzed-sionkowych tachyarytmii o małej i dużej pętli (ang. *micro-* i *macro-reentry*): tzw. cieśń przegrodowa.
3. Zamknięcie anatomicznej cieśni między ujściem zatoki wieńcowej a pierścieniem trójdzielnym łączyło się zarówno z przerwaniem pętli typowego trzepotania przedsionków, jak i usunięciem przewodzenia drogą wolną węzła p–k w obu kierunkach, zapobiegając wyzwalaniu dwóch postaci częstoskurczu węzłowego.

Piśmiennictwo

1. Goldgerg AS, Bathina MN, Mickelsen S, et al. Long-term outcomes on quality-of-life and health care costs in patients with supraventricular tachycardia (radiofrequency catheter ablation versus medical therapy). *Am J Cardiol* 2002; 1: 1120-3.
2. Pytkowski M, Tylka J, Kowalska M, et al. Psychologiczna ocena pacjentów z tachyarytmiami nadkomorowymi leczonych ablacją przeznaczyniową. *Folia Cardiol* 2002; 9: 241-6.

3. Bathina MN, Mickelsen S, Brooks C, et al. Radiofrequency catheter ablation versus medical therapy for initial treatment of supraventricular tachycardia and its impact on quality of life and healthcare costs. *Am J Cardiol* 1998; 82: 589-93.
4. Bubien RS, Knotts-Dolson SM, Plumb VJ, et al. Effect of radiofrequency catheter ablation on health-related quality of life and activities of daily living in patients with recurrent arrhythmias. *Circulation* 1996; 94: 1585-91.
5. Kądziałowa D. Rozwój metody studium przypadku w neuropsychologii. W: Jakościowy opis w neuropsychologii klinicznej. Herzyk A, Daniluk B (ed.). *Wydawnictwo UMCS*, Lublin 2002; 87-102.
6. Sacks O. Stańc na nogi. *Zysk i S-ka*, Poznań 1996.
7. Brodal A. Self-observations and neuro-anatomical considerations after a stroke. *Brain* 1973; 96: 675-94.
8. Heszen-Niejodek I. Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. W: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z (ed.). *Człowiek w sytuacji stresu*. *Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego*, Katowice 2000; 12-43.