

Nietypowa, epikardialna lokalizacja dodatkowych skurczów komorowych z drogi odpływu lewej komory, leczona ablacją RF z obszaru żyły wielkiej serca

Unusual epicardial location of ventricular ectopy in left ventricular outflow tract, cured with RF ablation from the great cardiac vein

Krzysztof Błaszyk¹, Michał Waśniewski¹, Katarzyna Łojewska², Jarosław Hiczekiewicz², Stefan Grajek¹

¹Katedra i Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny, Poznań

²Oddział Kardiologiczny, Wielospecjalistyczny Szpital SP ZOZ, Nowa Sól

Abstract

The case report refers to a 54-year-old woman with a drug-refractory premature ventricular contractions (total number of ventricular ectopy: 40,851 beats/24 h) where an ectopy focus was localised in epicardial part of the left ventricular outflow tract. Successful radiofrequency ablation with the open-irrigated-tip catheter was performed at the site of earliest activation in the great cardiac vein.

Key words: ventricular ectopy, left ventricular outflow tract, radiofrequency ablation

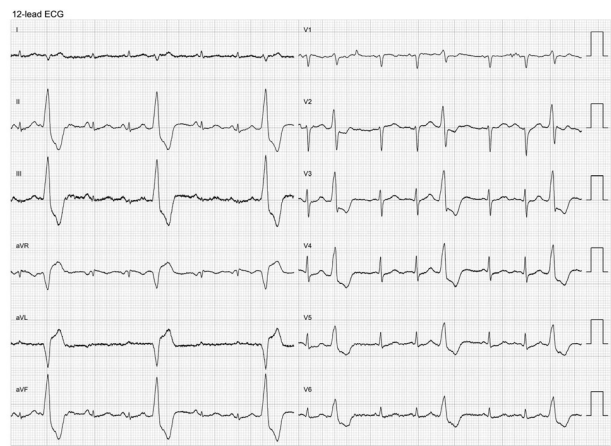
Kardiol Pol 2013; 71, 9: 988–989

WSTĘP

Dodatkowe skurcze komorowe (VE) u osób bez organicznej choroby serca pochodzą najczęściej z drogi odpływu prawej komory lub lewej komory (LVOT), rzadziej z zatoki Valsalwy, ciągłości mitro-aortalnej lub w niewielkiej odległości od pęczka Hisa. Bardzo rzadko jako miejsce arytmii wskazywano obszar epikardialny LVOT.

OPIS PRZYPADKU

U kobiety w wieku 54 lat, z kilkuletnim wywiadem kołatania serca i współwystępującym osłabieniem, w badaniu EKG metodą Holtera zarejestrowano rytm zatokowy 67/min z licznymi jednokształtnymi VE 40 851/24 h (*burden* = 41,8%/24 h). W badaniu echokardiograficznym zaobserwowano prawidłowy obraz serca. Pacjentkę zakwalifikowano do ablacji przy zastosowaniu energii o wysokiej częstotliwości (RF). Ciśnienie tętnicze było prawidłowe (120/70 mm Hg). W EKG zarejestrowano rytm zatokowy 95/min, zaburzony licznymi VE; okresowo występowała trigemina/bigemina komorowa



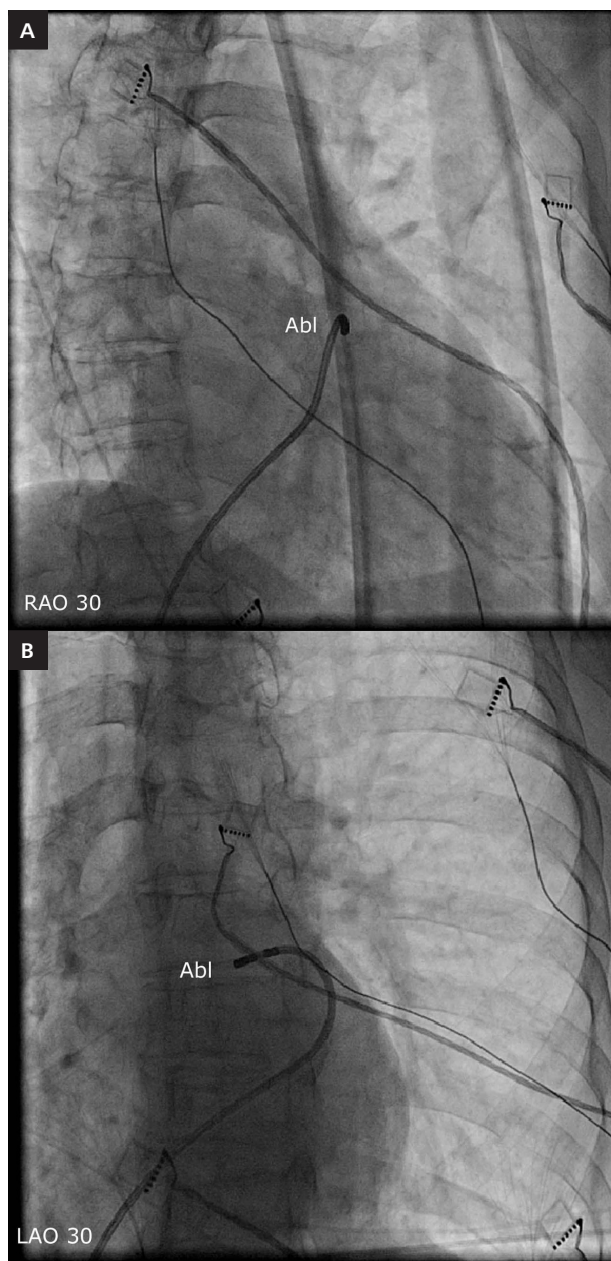
Rycina 1. Badanie EKG (25 mm/s), rytm zatokowy 95/min, z liczną ekstrasystolią komorową (trigemina komorowa)

(ryc. 1). Do mapowania i ablacji zastosowano cewnik NAVI-STAR, Thermo-cool, 7,5 F (Biosense Webster, Diamond

Adres do korespondencji:

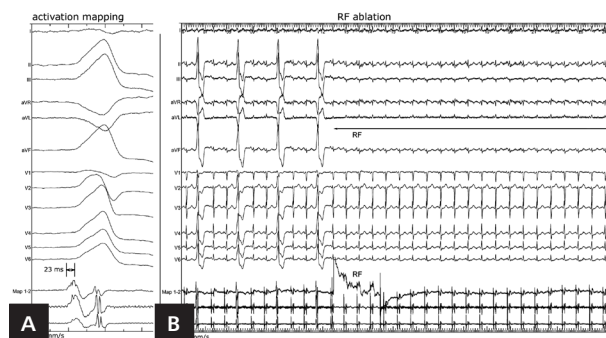
dr hab. n. med. Krzysztof Błaszyk, I Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny, ul. Długa 1/2, 61–848 Poznań, tel: +48 61 854 91 46, faks: +48 61 854 90 94, e-mail: kblaszyk5@wp.pl

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



Rycina 2. Końcówka elektrody ablacyjnej (Abl) w żyły wielkiej serca zlokalizowanej w nasierdziowym obszarze przedniej ściany lewej komory [projekcja RAO 30° (A) i LAO 30° (B)]

Bar, CA, USA). Zapisu EKG i potencjałów wewnątrzsercowych dokonano za pomocą zestawu elektrofizjologicznego firmy BARD Lab System™ PRO EP Recording (C.R. Bard. Inc.; USA). W badaniu elektrofizjologicznym mapowanie



Rycina 3. A. Mapowanie aktywacyjne z żyły wielkiej serca (lokalne wyprzedzenie -23 ms); zapis 200 mm/s; B. Skuteczna aplikacja energii o wysokiej częstotliwości. Zapis 13 mm/s

zarówno od strony prawej, jak i lewej komory nie ujawniło wcześniejszej aktywacji VE (maks. wyprzedzenie -2 ms oraz -3 ms). Podobnie nie stwierdzono istotnego wyprzedzenia lokalnej aktywacji VE w obszarze zatoki Valsalwy aorty, jak i poniżej pod zastawką aortalną (maks. -3 ms). Natomiast po wprowadzeniu elektrody ablacyjnej do zatoki wieńcowej i dalej do żyły wielkiej serca w nasierdziowym obszarze przedniej ściany LV (ryc. 2) mapowanie aktywacyjne potwierdziło maksymalne lokalne wyprzedzenie -23 ms (ryc. 3A). Stymulacja z końcówki elektrody ablacyjnej z miejsca o maksymalnym lokalnym wyprzedzeniu była nieskuteczna i nie zdołano przeprowadzić mapowania w czasie stymulacji z tego miejsca. Aplikacja RF (20 Watt) spowodowała natychmiastowe ustąpienie arytmii. Jednak po 1 min VE powróciły. Po kolejnej aplikacji RF uzyskano trwałe ustąpienie arytmii (ryc. 3B). W trakcie 20-minutowej obserwacji po zabiegu nie stwierdzono arytmii komorowej.

W omawianym przypadku klinicznym ognisko VE było zlokalizowane w epikardialnej części LVOT, a skuteczną ablację RF wykonano poprzez wprowadzenie elektrody ablacyjnej do żyły wielkiej serca, w obszarze przedniej ściany LV. Podczas 12-miesięcznej obserwacji nie zanotowano nawrotu arytmii, co potwierdzono w badaniu EKG metodą Holtera.

WNIOSKI

Miejsce aplikacji RF, potwierdzone najlepszym lokalnym wyprzedzeniem aktywacji oraz ustąpienie komorowej arytmii upoważnia do rozpoznania epikardialnej lokalizacji ogniska komorowej arytmii w obszarze przedniej ściany LV, skutecznie leczonej z obszaru żyły wielkiej serca.

Konflikt interesów: nie zgłoszono