

Trudności związane z rozpoznawaniem i leczeniem nieadekwatnej tachykardii zatokowej

dr n. med. Ludmiła Daniłowicz-Szymanowicz, prof. dr hab. n. med. Grzegorz Raczak

Klinika Kardiologii i Elektroterapii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk



Nieadekwatną tachykardię zatokową (IST, *inappropriate sinus tachycardia*) cechuje średnia dobową akcją serca powyżej 90/min w dobowej rejestracji EKG metodą Holtera lub powyżej 100/min w czasie aktywności dziennej przy rytmie zatokowym [1]. Problem ten wydaje się dość częsty w codziennej praktyce zarówno lekarzy pierwszego kontaktu, jak i kardiologów. Jednak, różnorodność objawów tej jednostki znacznie utrudnia sprecyzowanie częstości jej występowania w populacji ogólnej. Należy się spodziewać, że częstość występowania tej arytmii jest raczej nieoszacowana.



Chociaż wzmianki w piśmiennictwie dotyczące IST pojawiły się już w latach 80. XX wieku, to mechanizm

arytmii nie jest do końca zbadany. Za najważniejsze składowe patofizjologiczne uznaje się: pierwotną anomalię węzła zatokowego prowadzącą do wzmożenia częstości generowanych impulsów, zahamowane odruchy autonomicznego układu nerwowego, nadwrażliwość receptorów beta układu sercowo-naczyniowego [2].

Objawy IST mogą być praktycznie nieobecne albo wyrażone nasilone, choć należy podkreślić, że bardzo intensywne symptomy występują rzadko. W przedstawionym przez Ptaszyńskiego i wsp. [3] przypadku 36-letniej kobiety z IST występowały bardzo nasilone objawy kliniczne pod postacią uporczywych i dokuczliwych kołatań serca, ograniczenia wydolności fizycznej oraz zawrotów głowy i omdleń.

Mimo dobrego rokowania w tej jednostce leczenie jest dość trudne i nie zawsze skuteczne. Podstawę stanowi terapia beta-adrenolitykami i antagonistami wapnia w stopniowo

zwiększanych dawkach [1]. Jednak niejednokrotnie leczenie to należy przerwać z powodu rozwijających się komplikacji związanych z terapią, przede wszystkim na skutek polekowej hipotonii, jak to miało miejsce w opisanym przypadku. Z danych z piśmiennictwa wiadomo, że budząca nadzieje modyfikacja węzła zatokowego za pomocą ablacji falami o wysokiej częstotliwości nie przyniosła oczekiwanych efektów odległych [4]. Według aktualnych rekomendacji iwabradyna (bloker kanałów I_f w węzle zatokowym) jest obiecującą opcją farmakoterapii IST [5]. Autorzy komentowanego przypadku zastosowali ten lek wraz z niewielką dawką beta-adrenolityku, uzyskując stabilizację rytmu zatokowego serca i istotną redukcję objawów klinicznych. Należy podkreślić, że Autorzy posiadają bogate doświadczenie w leczeniu pacjentów z zastosowaniem takiej właśnie terapii łączonej [6].

Przedstawiony przypadek pacjentki z IST jest bardzo pouczający i dowodzi, jak skomplikowany przebieg może mieć ta arytmia i jak trudne może być nieraz leczenie takich pacjentów.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Still A-M, Raatikainen P, Ylitalo A et al. Prevalence, characteristics and natural course of inappropriate sinus tachycardia. *Europace*, 2005; 7: 104-112.
2. Morillo CA, Klein GJ, Thakur RK et al. Mechanism of "inappropriate" sinus tachycardia. Role of sympathovagal balance. *Circulation*, 1994; 90: 873-877.
3. Ptaszyński P, Kaczmarek K, Poddębska I, Cygankiewicz I. Nieadekwatna tachykardia zatokowa — przypadłość czy choroba? *Kardiologia Polska*, 2013; 71: 1087-1089.
4. Shen W-K. Modification and ablation for inappropriate sinus tachycardia: current status. *Card Electrophysiol Rev*, 2002; 6: 349-355.
5. Femenia F, Baranchuk A, Morillo CA. Inappropriate sinus tachycardia: current therapeutic options. *Cardiol Rev*, 2012; 20: 8-14.
6. Ptaszyński P, Kaczmarek K, Ruta J et al. Metoprolol succinate vs. ivabradine in the treatment of inappropriate sinus tachycardia in patients unresponsive to previous pharmacological therapy. *Europace*, 2013; 15: 116-121.