

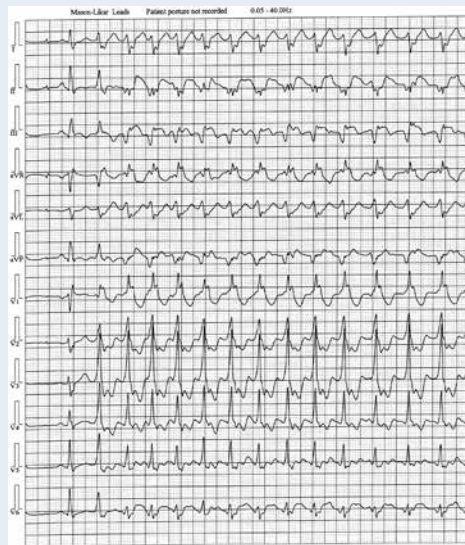
Sarkoidoza — niedoceniana przyczyna zagrażających życiu zaburzeń rytmu serca

Sarcoidosis — underevaluated cause of malignant ventricular arrhythmias

Radosław Sierpiński, Maria Bilińska, Andrzej Hasiec, Paweł Derejko, Łukasz Szumowski

Klinika Zaburzeń Rytmu Serca, Instytut Kardiologii, Warszawa

Pacjenta w wieku 50 lat przyjęto do Kliniki Zaburzeń Rytmu Serca w trybie pilnym z powodu burzy elektrycznej [14 adekwatnych wyładowań implantowalnego kardiowertera-defibrylatora (ICD) w ciągu 24 h]. Rok wcześniej pacjent był hospitalizowany w Szpitalu Rejonowym z powodu częstoskurczu komorowego (VT) z szerokimi zespołami QRS o częstości 200/min, z towarzyszącymi objawami niewydolności serca. Rytm zatokowy przywrócono za pomocą kardiowersji, w koronarografii wykluczono istotne zmiany w tętnicach wieńcowych. Z powodu nawracających epizodów VT pacjenta przeniesiono do ośrodka specjalistycznego, gdzie podjęto próbę ablacji i wykonano rezonans magnetyczny serca, w którym stwierdzono rozległe obszary uszkodzenia mięśnia sercowego oraz powiększenie węzłów chłonnych śródpiersia. Pacjentowi wszczepiono ICD. Przy przyjęciu do Kliniki pacjent był w stanie ogólnym dobrym. W 24-godzinym monitorowaniu EKG metodą Holtera zarejestrowano 915 epizodów VT, ponad 15 000 przedwczesnych pobudeń komorowych i 5 epizodów bloku przedsionkowo-komorowego (AV) II stopnia (ryc. 1). W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone stężenie troponiny I (0,716 ng/ml). Podejrzewając sarkoidozę, w diagnostyce choroby różnicowej uwzględniono choroby układowe, boreliozę i zakażenie wirusem cytomegalii. Tomografia komputerowa klatki piersiowej potwierdziła obecność powiększonych węzłów chłonnych przywnekowych oraz zmian drobnoguzkowych wzdłuż pęczków naczyniowo-oskrzelowych i przegród międzyzrakowych (ryc. 2). Na podstawie całości obrazu klinicznego postawiono diagnozę sarkoidozy z zajęciem serca. Włączono prednizon, początkowo w dawce 90 mg/d., oraz kandesartan i eplerenon. Uzyskano poprawę kliniczną: redukcję złożonych form komorowych zaburzeń rytmu, poprawę funkcji skurczowej lewej komory (EF z 40% do ponad 50%), a także stopniowy spadek stężenia troponiny I. Mimo poprawy po 28 dniach leczenia zarejestrowano utrwalony VT o częstości 140/min. Ze względu na pogarszający się stan pacjenta i wyładowania z ICD wykonano ablację o częstotliwości radiowej (RF), w czasie której wyzwalano kilkanaście morfologii VT (180–250/min). Wykonano aplikacje w miejscu zgodnego z częstoskurczem klinicznym mapingu stymulacyjnego. Do dotychczasowej terapii dołączono amiodaron. Po 6 miesiącach u pacjenta nie wystąpiły wyładowania z ICD, nie było też istotnych zaburzeń rytmu w badaniu EKG metodą Holtera. Sarkoidoza z zajęciem serca może przebiegać bezobjawowo lub może prowadzić do niewydolności serca, zaburzeń przewodzenia AV, groźnych dla życia arytmii komorowych, a także nagłego zatrzymania krążenia. Podejrzewa się, że nacieki sarkoidowe w mięśniu sercowym stanowią ogniska nieprawidłowego automatyzmu lub zaburzają elektryczną aktywację mięśniówki komór i depolaryzacji, doprowadzając do stworzenia optymalnego środowiska do zawiązywania arytmii w mechanizmie reentry. Steroidy, jako leki przeciwzapalne, mogą nie tylko powstrzymać reakcję zapalną, ale też włóknienie mięśnia sercowego. Zgodnie z wytycznymi, ICD zaleca się wszczepiać pacjentom z sarkoidozą sercową i indukowalnymi VT podczas badania elektrofizjologicznego, z objawową arytmia lub w wypadku stwierdzenia nieutralowanego VT lub przy współistnieniu bloku II lub III stopnia. Ablacja RF może być właściwym postępowaniem w wyeliminowaniu lub redukcji epizodów VT u pacjentów, u których arytmia nie daje się opanować farmakologicznie. Zdaniem autorów niniejszej pracy, u chorych z sarkoidozą sercową nie należy podejmować próby ablacji przed wykluczeniem aktywnego procesu zapalnego, którego obecność jest wskazaniem do terapii steroidami.



Rycina 1. Epizody nieutralowanego częstoskurczu komorowego z 24-godzinnego badania EKG metodą Holtera



Rycina 2. Obraz tomografii komputerowej w przekroju czołowym. W płacie górnym płuca prawego widoczne są zmiany drobnoguzkowe układające się wzdłuż pęczków naczyniowo-oskrzelowych i przegród międzyzrakowych. Obraz wskazuje na sarkoidozę

Adres do korespondencji:

lek. Radosław Sierpiński, Klinika Zaburzeń Rytmu Serca, Instytut Kardiologii w Aninie, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, e-mail: rsierpinski@ikard.pl

Konflikt interesów: nie zgłoszono