

Ταχυκαρδία με ευρέα QRS-Σύνδρομο προδιέγερσης

ΓΕΩΡΓΙΑ ΤΣΙΡΚΑ, ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΚΟΥΔΟΥΝΗΣ,
ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΔΡΙΒΑΣ, ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΑΤΣΙΒΑΣ
Καρδιολογική Κλινική Ιατρικού Κέντρου Π. Φαλήρου

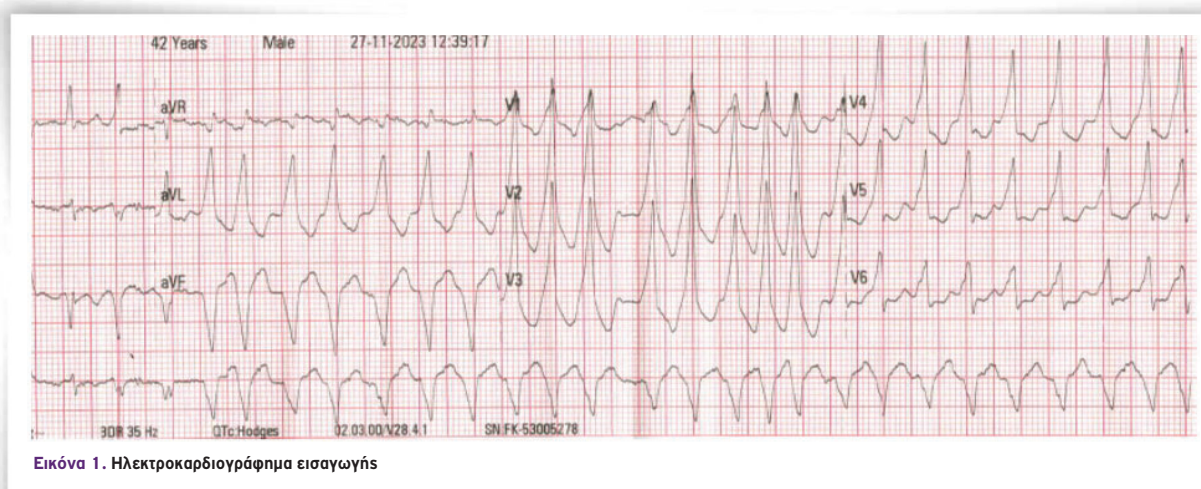
Λέξεις ευρετηρίου

κολπική μαρμαρυγή, προδιέγερση, προκαϊναμίδη, κατάλυση

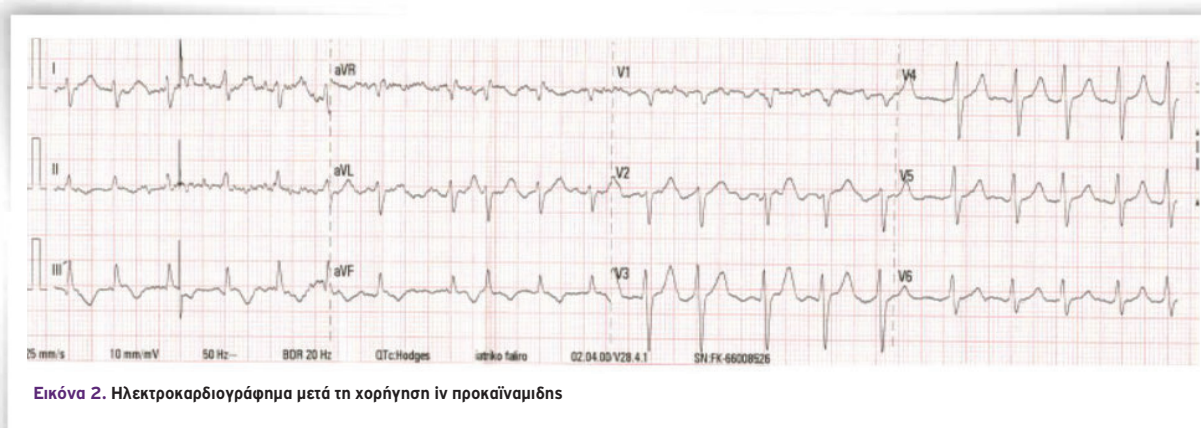
Επικοινωνία

Γεωργία Τσίρκα, MD, MSc
Ειδικός Καρδιολόγος, Καρδιολογική Κλινική
Ιατρικού Κέντρου Αθηνών Παλαιού Φαλήρου
(Άρεως 36, Παλαιό Φάληρο 17562)
Email: ztsirka@hotmail.com, τηλ: + 306946009358

Ασθενής 42 ετών προσήλθε περιπατητικός στα επείγοντα του νοσοκομείου με αίσημα δύσπνοιας από τετραμέρου. Το ατομικό αναμνηστικό του ήταν ελεύθερο ενώ από την κλινική εξέταση παρουσίαζε ταχύπνοια και ορθόπνοια, χωρίς οιδήματα κάτω άκρων. Η αρτηριακή πίεση ήταν 100/60 mmHg, ο κορεσμός 98% και οι σφύξεις 200/λεπτό. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα ανέδειξε κολπική μαρμαρυγή με ευρέα QRS διαστήματα και εικόνα προδιέγερσης (**Εικόνα 1**). Η διάγνωση της προδιέγερσης ετέθη από την παρουσία κύματος δ στις απαγωγές V1, V4-V6 με εναλλαγή του εύρους του QRS. Λόγω έναρξης των συμπτωμάτων από ημερών και της πιθανότητας ύπαρξης θρόμβου δεν ανατάχθηκε ηλεκτρικά και αποφασίστηκε η φαρμακευτική αντιμετώπιση του ασθενή αφού χορηγήθηκε άμεσα ηπαρίνη σε θεραπευτική δόση βάσει σωματικού βάρους και GFR. Επομένως, χορηγήθηκε 1gr προκαϊναμίδης ενδοφλεβίως, με αποτέλεσμα την άρση της αγωγής από το δεμάτιο και ταυτόχρονη μείωση της συχνότητας στις 150 σφύξεις/λεπτό, παραμένοντας σε κολπική μαρμαρυγή (**Εικόνα 2**). Η επαναφορά του εύρους του QRS, μας επέτρεψε να χορηγήσουμε στάγδην ενδοφλεβίως εσμολόλη προκειμένου να ελεγχθεί περαιτέρω η συχνότητα. Η εσμολόλη (διάλυμα 250 ml x 10mg) ξεκίνησε με ρυθμό έγχυσης 5 ml/h που αυξήθηκε σταδιακά ως τα 20 ml/h προκειμένου να επιτύχουμε την επιθυμητή συχνότητα και ο ασθενής να σταθεροποιηθεί στις 110-120 σφύξεις/λεπτό με αρτηριακή πίεση 130/70 mmHg. Έχοντας πλέον ελέγξει τη συχνότητα της αρρυθμίας, εισήχθη στο αιμοδυναμικό εργαστήριο όπου υπεβλήθη σε διοισοφάγιο υπερηχοκαρδιογράφημα και κατάλυση του δεματίου. Συγκεκριμένα, αφού ο ασθενής ανατάχθηκε ηλεκτρικά σε φλεβοκομβικό ρυθμό, έγινε γεωμετρική ανακατασκευή του αριστερού κόλπου και χαρτογράφηση του μιτροειδικού δακτυλίου, εντοπίστηκε η θέση του έκτο-



Εικόνα 1. Ηλεκτροκαρδιογράφημα εισαγωγής



Εικόνα 2. Ηλεκτροκαρδιογράφημα μετά τη χορήγηση iv προκαϊναμίδης

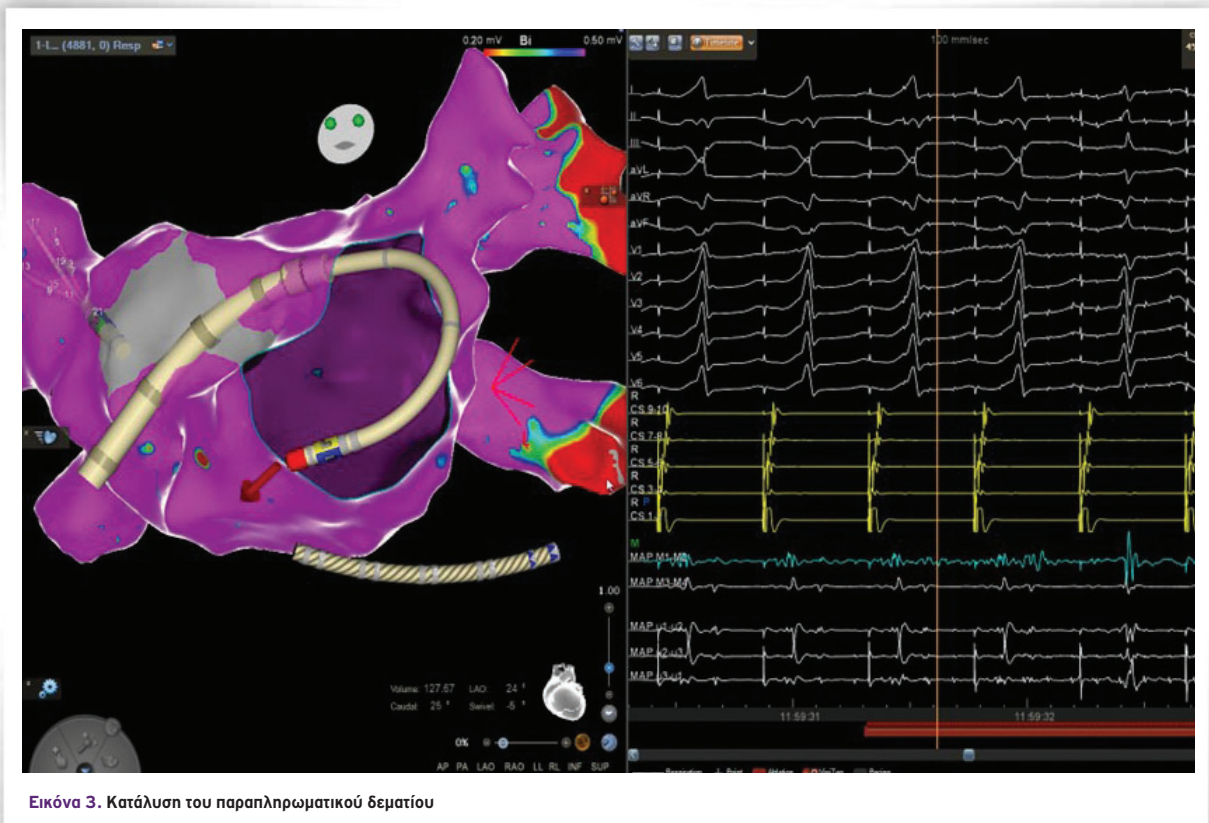
που δεματίου στην οπίσθια περιοχή αυτού και καταλύθηκε με μία μόνο χορήγηση ηλεκτρικής ενέργειας (**Εικόνα 3**). Ο ασθενής την επόμενη ημέρα έλαβε εξιτήριο με οδηγίες για αγωγή με ριβαροξαμπάνη 20mg 1x1, βισοπρολόλη 5mg 1x1, και φλεκαϊνίδη 100mg 1x1.

Συζήτηση

Η ταχυκαρδία με ευρέα συμπλέγματα QRS χρήζει άμεσης διαφορικής διάγνωσης και αντιμετώπισης καθώς μπορεί να αποβεί δυνητικά απειλητική για τη ζωή του ασθενούς. Η διαφορική διάγνωσή της περιλαμβάνει την κοιλιακή ταχυκαρδία, την υπερκοιλιακή με αλλοδρομία και την υπερκοιλιακή που άγεται μέσω παραπληρωματικού δεματίου.^{1,2} Αν πρόκειται για μη ρυθμική ταχυκαρδία όπως στο συγκεκριμένο ασθενή,

αποκλείεται η περίπτωση της κοιλιακής ταχυκαρδίας. Επομένως πρόκειται για κοιλιακή μαρμαρυγή με παραπληρωματικό δεμάτιο ή με αλλοδρομία. Η παρουσία κύματος δ με εναλλαγή του εύρους του QRS διαστήματος που διευρύνεται μετά από ένα μακρύ RR διάστημα, μας κατευθύνει στην ύπαρξη παραπληρωματικού δεματίου που άγει το ερέθισμα ταχύτερα από τον κολλοκοιλιακό κόμβο. Τέλος η διάγνωση της αλλοδρομίας, τίθεται αν προϋπάρχει αποκλεισμός σκέλους στο βασικό καρδιογράφημα και είναι ίδιας μορφολογίας με το καρδιογράφημα της ταχυκαρδίας. Επιπλέον, σε αυτή την περίπτωση, το QRS διευρύνεται μετά από ένα βραχύ RR διάστημα (φαινόμενο Ashman).¹⁻³

Η άμεση αντιμετώπιση μιας αιμοδυναμικά ασταθούς προδιεγειρόμενης κοιλιακής μαρμαρυγής είναι η ηλεκτρική ανάταξη. Αν ο ασθενής



Εικόνα 3. Κατάλυση του παραληρωματικού δεματίου

είναι σταθερός, στην οξεία φάση, μπορεί να γίνει προσπάθεια ανάταξης ή ελέγχου της συχνότητας φαρμακευτικά.² Η αδενοσίνη, η διγοξίνη, οι β-αποκλειστές και οι ανταγωνιστές ασβεστίου εμποδίζοντας την αγωγή από τον κολποκοιλιακό κόμβο επιταχύνουν την αγωγή από το δεμάτιο και εκφυλίζουν την κολπική σε κοιλιακή μαρμαρυγή. Αντιθέτως, φάρμακα όπως η προκαϊναμίδη, η ιβουτιλίδη, η προπαφενόνη, η φλεκαϊνίδη μειώνουν την αγωγή από το δεμάτιο και τη συχνότητα της αρρυθμίας ακόμα κι αν δεν καταφέρουν να αποκαταστήσουν το φλεβοκομβικό ρυθμό.

Ωστόσο, τα αντιαρρυθμικά της κατηγορίας Ic επιδρούν και στον κόμβο για αυτό και χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής.^{1,2,4,6} Τέλος, η αμιωδαρόνη ενώ στο παρελθόν θεωρούνταν ασφαλής πλέον δε χρησιμοποιείται καθώς μπορεί να εκφυλίσει την κολπική μαρμαρυγή σε κοιλιακή.^{5,6} Η οριστική αντιμετώπιση της προδιεγειρόμενης κολπικής μαρμαρυγής που αποτελεί και τη θεραπεία εκλογής είναι η κατάλυση του δεματίου, που στις μέρες μας πλέον έχει μεγάλη επιτυχία και χαμηλά ποσοστά επιπλοκών αναλόγως και της εντόπισης του δεματίου.⁷

Βιβλιογραφία

1. Hanna EB. Practical cardiovascular medicine. Chichester, West Sussex: Wiley Blackwell; 2017.
2. Brugada J. The 2019 ESC guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia. *European Heart Journal*. 2020 Feb 1;41(5):655–720. doi:10.1093/eurheartj/ehz467.
3. Littmann L, Olson EG, Gibbs MA. Initial evaluation and management of wide-complex tachycardia: A simplified and practical approach. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2019 Apr 12;37(7):1340–5. doi:10.1016/j.ajem.2019.04.027.
4. Boahene KA;Klein GJ;Yee R;Sharma AD;Fujimura O; Termination of acute atrial fibrillation in the Wolff-Parkinson-White syndrome by procainamide and propafenone: Importance of atrial fibrillatory cycle length [Internet]. U.S. National Library of Medicine; [cited 2024 Mar 9]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2229793>.
5. Boriani G;Biffi M;Frabetti L;Azzolini U;Sabbatani P;Bronzetti G;Capucci A;Magnani B; Ventricular fibrillation after intravenous amiodarone in Wolff-Parkinson-White syndrome with atrial fibrillation [Internet]. U.S. National Library of Medicine; [cited 2024 Mar 9]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8644602>.
6. Bhatt. Opie's cardiovascular drugs: A companion to Braunwald's heart disease. Vancouver, B.C.: Langara College; 2022.
7. Bravo L, Atienza F, Eidelman G, & Acute; Vila P, Pellica M, Castellanos E, et al. Safety and efficacy of cryoablation vs. radiofrequency ablation of septal accessory pathways: Systematic review of the literature and Meta-analyses [Internet]. Oxford University Press; 2017 [cited 2024 Mar 9]. Available from: <https://academic.oup.com/europace/article/20/8/1334/4318815>.