

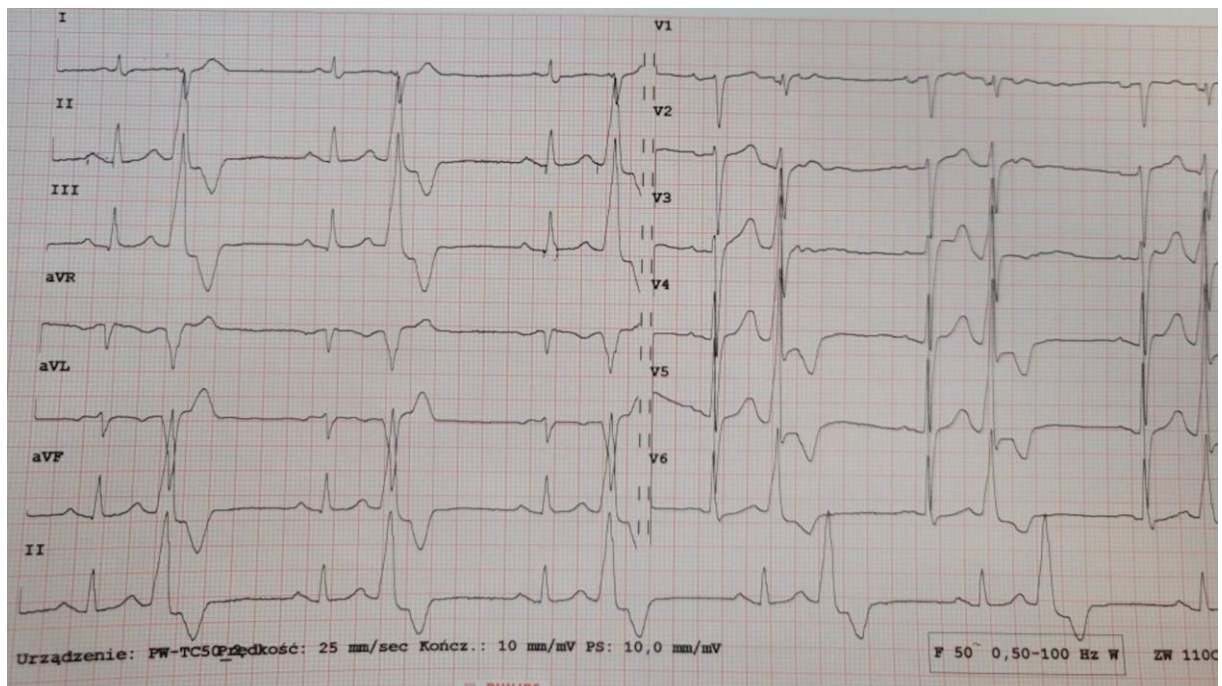
Przypadek EKG 17.04.2024

Dr n. med. Adam Wojtaszczyk

Kontekst kliniczny

Dzisiaj w ramach rozgrzewki prezentujemy państwu typowy zapis EKG.

1. Jak należy go opisać?
2. Jaka może być lokalizacja ogniska ekstrasystoli komorowej?
3. Jakie postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne należy zaproponować w takiej sytuacji?



Wyjaśnienie:

W przypadku tego pacjenta badanie Holterowskie wykazało 37 tys monomorficznych pobudeń komorowych w ciągu doby. W badaniu echokardiograficznym nie stwierdzono istotnych odchyłeń poza poszerzeniem opuszki aorty do 47 mm. LVEF 63%. W badaniu angino CT wykluczono obecność istotnych zwężeń w naczyniach wieńcowych. Z uwagi na objawowy charakter arytmii oraz morfologię sugerującą możliwe pochodzenie z drogi odpływu prawej komory chorego zakwalifikowano do zabiegu ablacji podłoża arytmii. Zgodnie z ostatnimi wytycznymi ESC dotyczącymi komorowych zaburzeń rytmu, ablacja ma takim przypadku ma zalecenie klasy I. W przypadku konieczności zastosowania farmakoterapii powinniśmy rozważyć zastosowanie beta-blokera, blokera kanału wapniowego lub flekainidu (IIa). W trakcie mapowania elektroanatomicznego ognisko

arytmogenne okazało się być umiejscowione wysoko przyśrodkowo w RVOT. Zabieg ablacji pozwolił na całkowite wygaszenie arytmii.

Poniżej odsyłamy do artykułu dotyczącego leczenia dodatkowych pobudzeń komorowych w którym w przystępny sposób zaprezentowano metodykę różnicowania pochodzenia arytmii.

<https://www.mdpi.com/2075-4418/11/10/1840>