

Przypadek EKG 22.11.2023

Prof. Joanna Kwiatkowska

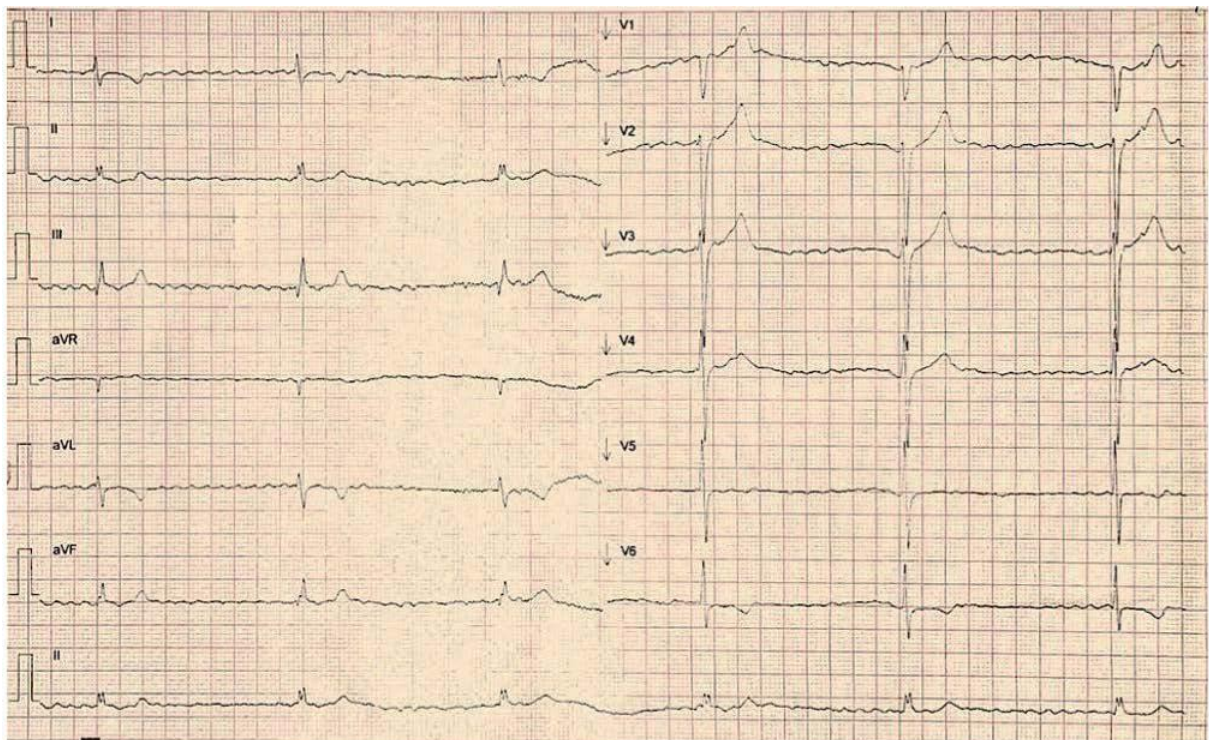
Kontekst kliniczny:

22 latek aktywny fizycznie, po pierwszym epizodzie omdlenia zgłosił się na SOR. Wcześniej nie był leczony.

Przesuw EKG 25mm/s

Pytania

1. Co widać w EKG?
2. Co zaproponować pacjentowi?



Wyjaśnienie:

Mamy zatem migotanie przedsionków, blok przedsionkowo-komorowy III stopnia (AVB III) z zastępczym rytmem ~ 33/min (QRS ~110 ms). Bardzo istotne w tym przypadku okazało się badanie echokardiograficzne (wykonywane przez kardiologa dorosłych, który czujnie poprosił do tego badania kardiologa dziecięcego) i w ramach pracy zespołowej - rozpoznano skorygowane przełożenie wielkich pni tętniczych (ccTGA, congenitally corrected transposition of the great arteries). Nie jest to częsta wada (< 1% wrodzonych wad serca).

Wada ta objawia się:

\* niezgodnym połączeniem przedsionkowo-komorowym: prawy przedsionek łączy się z (anatomicznie/morfologicznie) lewą komorą, lewy przedsionek z (anatomicznie/morfologicznie) komorą prawą;

\* niezgodnym połączeniem komorowo-tętniczym: aorta odchodzi od (anatomicznie/morfologicznie) komory prawej, pień płucny od (anatomicznie/morfologicznie) komory lewej.

\* komora (anatomicznie/morfologicznie) prawa połączona jest z lewym przedsionkiem zastawką trójpłatkową, a komora (anatomicznie/morfologicznie) lewa połączona jest z prawym przedsionkiem zastawką dwupłatkową.

Krew żylna z krążenia systemowego przepływa z prawego przedsionka przez zastawkę dwudzielną do komory (anatomicznie/morfologicznie) lewej, a następnie do pnia płucnego przesuniętego do tyłu.

Krew żylna z płuc napływa do lewego przedsionka, a następnie przez zastawkę trójpłatkową do (anatomicznie/morfologicznie) komory prawej, która spełnia rolę lewostronnie położonej komory systemowej; a następnie krew przepływa do aorty przemieszczonej do przodu i w lewo.

Można powiedzieć, że krążenie jest „samoistne” skorygowane, przy czym krążenie systemowe — „obsługiwane” jest przez anatomicznie/morfologicznie komorą prawą.

Dla wady tej bardzo charakterystyczne jest nieprawidłowe umiejscowienie węzła AV i pęczka Hisa, (możliwa jest także obecność dwóch węzłów AV i dwóch pęczków Hisa) co prowadzi do zaburzeń przewodzenia. Kilka procent chorych ma wrodzony całkowity blok AV. U pozostałych osób zaburzenia przewodzenia mogą wystąpić później. Często pojawiają się arytmie nadkomorowe i komorowe.

Izolowana postać ccTGA długo może nie mieć następstw hemodynamicznych i pozostawać bezobjawowa (tak jak to było u opisanego 22 latka). Czasami wadę rozpoznaje się w późnym wieku dorosłym, gdy narasta niewydolność komory systemowej.

Oczywiście zawsze obowiązuje diagnostyka różnicowa i wykluczenie odwracalnej przyczyny bloku AV.