

ZÁVAŽNÁ NĚMÁ ISCHEMIE MYOKARDU U MLADÉHO PACIENTA S PAROXYZMÁLNÍ FORMOU FIBRILACE SÍNÍ

MUDr. Vladimír Čech¹, MUDr. Antonín Dufka², MUDr. Robert Náplava³

¹I. Interní oddělení Uherské Hradiště, ²privátní kardiolog, Uherské Hradiště, ³Interní klinika IPVZ, Zlín

Kazuistika mladého nemocného s němou ischemií myokardu, zjištěnou náhodně při Holter monitoringu pro paroxyzmální formu fibrilace síní, se závažným koronarografickým nálezem, který byl řešen aortokoronárním bypassesem.

Interní Med. 2006; 7 a 8: 360–362

Němá ischemie myokardu je termín, kterým označujeme nález ischemických změn na EKG, které nejsou provázeny stenokardiemi či jejich ekvivalenty. Co je příčinou chybění vnímání ischemie, není zcela jasné. Porucha může být patrně na různých úrovních. U části nemocných je obviňována porucha vedení bolesti, příkladem mohou být nemocní s dia-

betickou polyneuropatií, u kterých je němá ischemie častější. Dále se uvádí porucha zpracování informace a jejího vyhodnocení v centrálním nervovém systému, udává se nedostatečná aktivace frontálních kortikálních oblastí (1). Další z možností jsou velmi krátké ataky nedokrvenosti srdečního svalu, kdy se celý proces ischemie zastaví ještě před vznikem bo-

lesti, která je až posledním článkem ischemické kaskády. Množství vznikajícího mediátoru – adenosinu je příliš malé a nestačí k podráždění receptorového systému (4).

Přítomnost němé ischemie, přestože neovlivňuje kvalitu života, výrazně zhoršuje prognózu nemocného. Zvýšení mortality bylo prokázáno bez ohledu na to, zda asymptomatická ischemie provázela jiné, klinicky zjevné formy ICHS, či zda byla přítomna bez jakýchkoliv příznaků choroby (2).

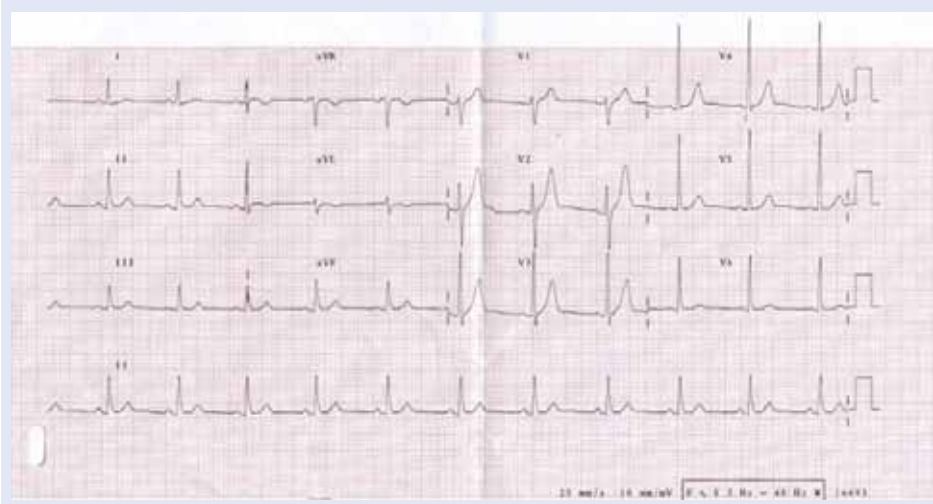
Prevalence němé ischemie v neselektované populaci mužů středního věku se udává kolem 2–3 % (3), zvyšuje se s přítomností známých rizikových faktorů ICHS.

Provádět screening němé ischemie v obecné populaci není racionální. Nicméně doporučuje se aktivní screening asymptomatických nemocných se dvěma a více rizikovými faktory aterosklerózy, protože u nich můžeme v šestém a vyšším deceniu očekávat asi desetiprocentní prevalenci němé ischemie. Skupinou, jež zasluhuje zvláštní pozornost, jsou diabetici s kumulací rizikových faktorů (1). K odhalení rizikových nemocných je nejvhodnější zátěžový ergometrický test. Je levný, nenáročný a dobře dostupný. Prokážeme-li při zátěži méně výrazné známky ischemie (tj. 1–2 mm deprese ST) s menší prediktivní hodnotou, je možno k potvrzení diagnózy indikovat další zátěžový test, například perfuzní scintigrafii myokardu thaliem či zátěžovou echokardiografii. Alternativním postupem je ambulantní monitorování EKG dle Holtera. Níže uvádím kazuistiku, v níž právě Holterův monitoring z jiné indikace (paroxyzmální fibrilace) odhalil němou ischemii myokardu u mladého pacienta bez kumulace rizikových faktorů.

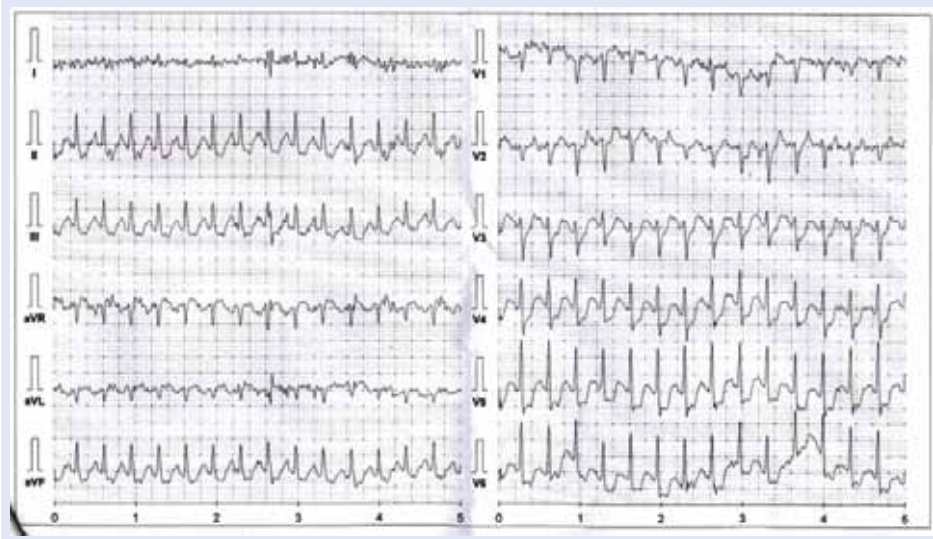
Kazuistika

Osmačtyřicetiletý muž, v péči kardiologa pro symptomatickou (palpitace) paroxyzmální formu fibrilace síní, hyperlipoproteinemii, bez jiných onemocnění. Zcela bez anamnézy stenokardií. Klinický kardiologický nález je negativní. Laboratorně pouze hy-

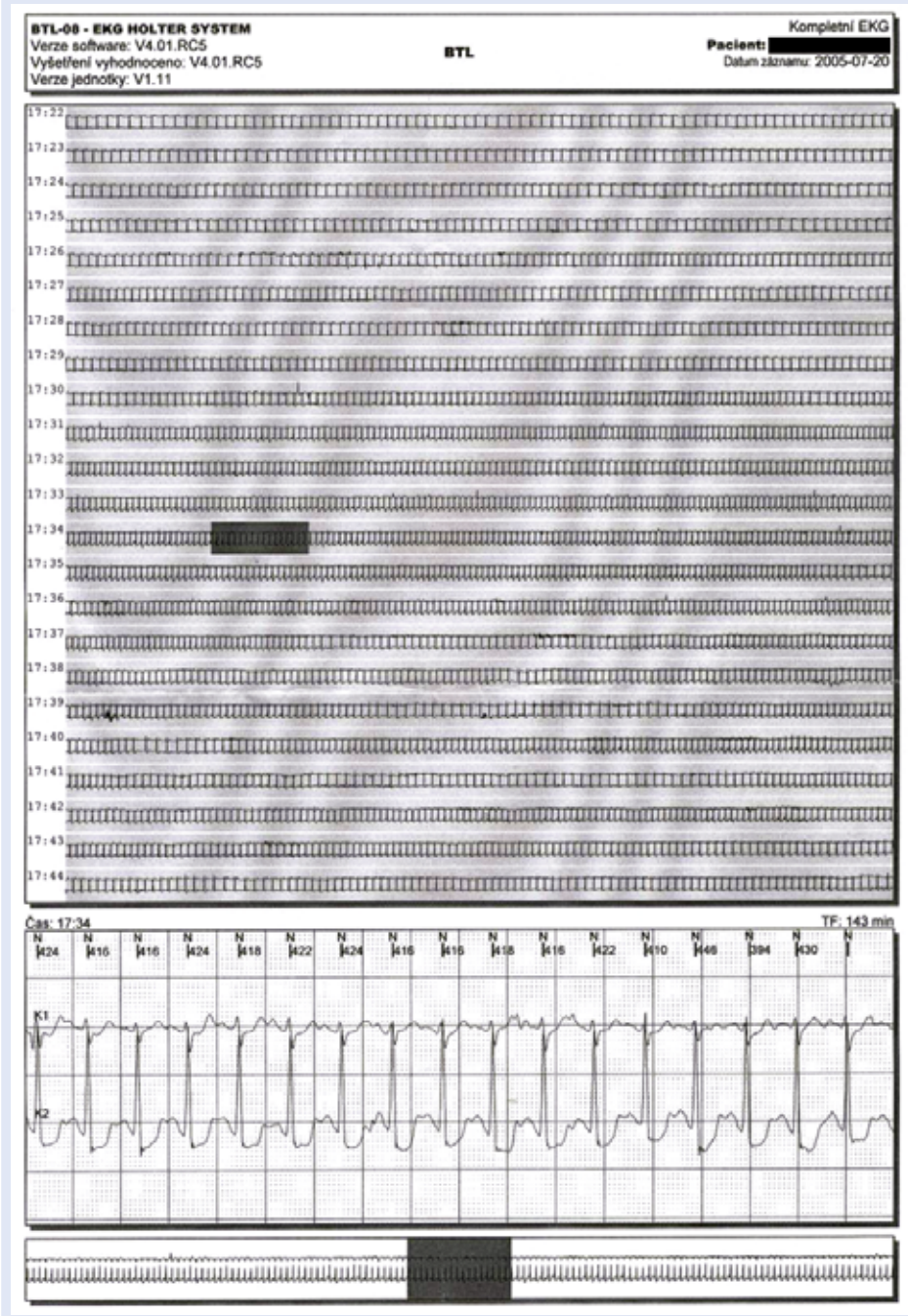
Obrázek 1. Klidové EKG



Obrázek 3. Ergometrický nález specifických ischemických změn na EKG



Obrázek 2. Deprese ST při Holterově monitorování



perlipidemie: cholesterol 7,2, triglyceridy 0,95, HDL 1,42, LDL 5,26, jinak zcela normální nálezy. Normální transthorakální echokardiografie. Klidové EKG zcela bez patologie (obrázek 1).

Z důvodu kontroly antiarytmické léčby byl pacientovi proveden Holterův monitoring. Během monitoringu pacient navštívil fit centrum, v němž aktivně cvičil. Byl zcela bez jakýchkoliv potíží. V této době byly patrné signifikantní deprese ST úseku v jednom ze svodů (obrázek 2).

Byla provedena ergometrie, při které byl pacient opět zcela bez potíží. Zjištěny až 5 mm deprese ST úseku při zátěži ve svodech II, III, aVF, V3 až V6 (obrázek 3). Pracovní tolerance 2 W/kg.

Byl doplněn ještě zátěžový SPECT myokardu, kde byla popisována ischemie v povodí levé koronární tepny (75% povodí), dilatace LK při zátěži.

Byla indikována koronarografie s nálezem postižení kmene arteria coronaria sinistra, ostiální významnou stenózou ramus interventrikularis anterior až 80% a ostiální stenózou ramus circumflexus až 70%, 90% stenóza ramus diagonalis, 60% stenóza ramus marginalis sinister 2, 70% stenóza periferie arteria coronaria dextra, ejekční frakce 70% (obrázky 4 a 5).

Na základě koronarografického nálezu byl pacientovi proveden CABG triplex, pravá a levá a. mammaria interna ad ramus interventrikularis an-

Obrázky 4 a 5. Významné koronarografické postižení v povodí levé koronární arterie



terior, ramus diagonalis, ramus marginalis sinister 2 a chirurgická maze ablace. Nyní je opět v péči ambulantního kardiologa a i nadále asymptotický stran anginy pectoris. Provedený ergometrický kontrolní test po výkonu je bez průkazu specifických změn ST úseku. Prozatím je i bez recidivy fibrilace síní. V medikaci má statin, kyselinu acetylsalicylovou a betablokátor.

Diskuze

Je nutno si uvědomit, že z pohledu nemocného neovlivňuje sice nemá ischemie kvalitu života, nicméně zhoršuje prognózu. První manifestací němé ischemie bývá často infarkt myokardu nebo náhlá smrt. Naším cílem je tedy ovlivnění prognózy nemocného, a to komplexní léčbou podle guidelines pro chronické formy ICHS, tj. farmakoterapií, úpravou životosprávy, při známkách závažné ischemie pak indikováním invazivního vyšetření a dle nálezu pak intervenčním či chirurgickým řešením. Americká kardiologická společnost doporučuje provést intervenční zákrok u nemocných s němou ischemií, kde je koronarograficky prokázána významná stenóza na velké nebo střední tepně a je průkaz závažné ischemie neinvazivním testem. Naopak nedoporučují intervenční výkon v případě, kdy je ohrožena jen malá oblast myokardu.

Závěr

V uvedené kazuistice byl prezentován mladý nemocný s dyslipidemií, u něž byla náhodně během Holterova monitorování pro paroxysmus fibrilace síní zachycena epizoda němé ischemie. Podobně jako u našeho nemocného je třeba při léčbě jakékoli kardiální problematiky postupovat komplexně, především s ohledem na ischemickou chorobu srdeční, která je pro každého nemocného prognosticky nejzávažnější.

Literatura

1. Aschermann. Kardiologie. Galén 2004: 613–614.
2. Crawford, DiMarco. Cardiology. Mosby. 2001; kapitola 2 9.1–9.11.
3. The ECCIS study, giornale Italiano di cardiologia 12, 1994.
4. Špinar, Vítovec. Ischemická choroba srdeční. Grada 2003, 144–146.

MUDr. Vladimír Čech

I. Interní oddělení Uherské Hradiště, Louky 518, Jarošov, 686 01
e-mail: cechvladimir@iol.cz