

EKG lekce 3

Šmíd O.

II. interní klinika kardiologie a angiologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Anest intenziv Med. 2019;30:45–46

KAZUISTIKA

58letá žena s anamnézou diabetes mellitus byla v nočních hodinách přijata do nemocnice pro cca hodinu trvající píchavé bolesti na hrudi a pocit „zhoršeného dýchání“. Hlavní klinické příznaky byly popsány jako „tachypnoe ... zpomaleně komunikující ... unavená ... schvácená“. Hodnota glykemie získaná před příjezdem do nemocnice byla 50 mmol/l, záznam EKG získaný během primárního ošetření na místě ukazuje obr. 1.

KVÍZ

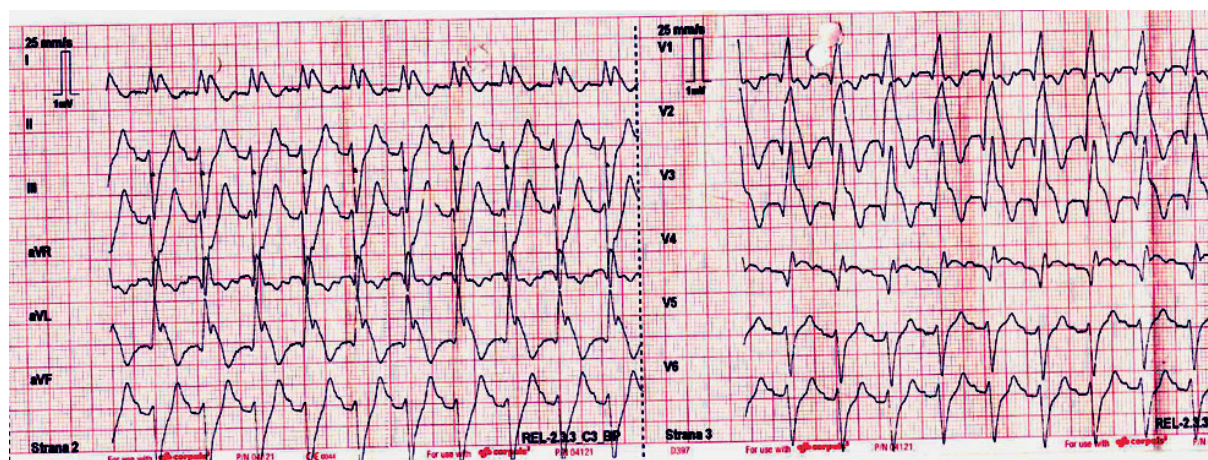
Na základě výše uvedených informací a EKG křivky byste doporučili:

a) přijetí na JIP k observaci a dalším případným vyšetřením,

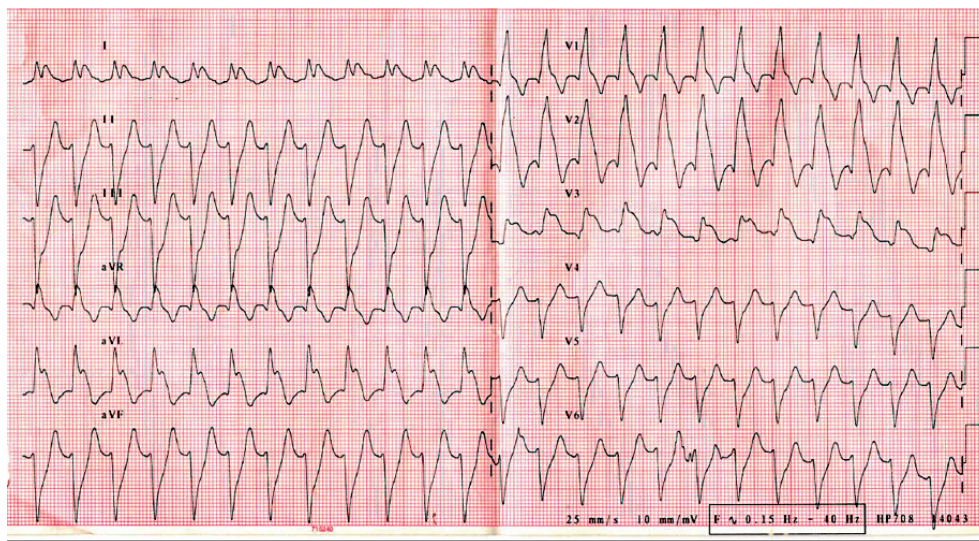
- b) přijetí na metabolickou jednotku ke korekci hyperglykemie s podezřením na počínající hyperosmolární kóma,
c) zopakovat EKG vyšetření a konzultovat kardiologa s cílem vyloučení akutní koronární příhody.
Správná odpověď je na další straně.

POPIS EKG (OBR. 1)

Akce srdeční je pravidelná, rytmus nelze jednoznačně určit, patrně se jedná o sinusovou tachykardii, QRS komplex je rozšířený až na 160 ms, tvarem neodpovídá blokádě pravého či levého Tawarova raménka, ST úseky mají obraz charakteru denivelace s elevací ST úseku ve svodech aVL, avR, V1–V3 a depresí ST úseku ve svodech ostatních. Patologická křivka.



Obr. 1 EKG křivka v průběhu primárního ošetření na místě. Popis EKG křivky je uveden v textu



Obr. 2 EKG křivka po přijetí na metabolickou jednotku. Popis EKG křivky je uveden v textu

SPRÁVNÁ ODPOVĚĎ

c) zopakovat EKG vyšetření a konzultovat kardiologa s cílem vyloučení akutní koronární příhody

KLINICKÝ KOMENTÁŘ A DISKUSE

Pacientka byla referována na metabolickou jednotku (MJ), kde docházelo postupně ke zhoršování klinického stavu. Kontrolní EKG křivka (obr. 2) byla zaznamenána za 2 hodiny od přijetí na MJ. S podezřením na komorovou tachykardii byl přivolán kardiolog, který křivku vyhodnotil jako probíhající STEMI přední stěny s počínajícím kardiogenním šokem a pacientku indikoval ke katetrizačnímu vyšetření. Ještě před jeho zahájením došlo v předšálí k zástavě oběhu, po „krátké“ (v řádu desítek vteřin) resuscitaci byla pacientka umístěna na katetrizační stůl. Pro pokračující hemodynamickou nestabilitu byla připojena k oběhové podpoře systémem VA ECMO (venoarteriální extrakorpórní membránová oxygenace), následně byla provedena urgentní koronarografie, která prokázala akutní uzávěr levé koronární tepny (proximální část ramus ventricularis anterior). Přes úspěšnou koronární angioplastiku byl další klinický průběh nepříznivý a pacientka zemřela časně pod obrazem multiorgánového selhání.

V prezentovaném případě byl metabolický rozvrat důsledkem skryté koronární příhody. I když byly hodnoty glykemie alarmující, neohrožovaly pacientku bezprostředně na životě a právě svou nápadností vedly k přehlédnutí závažnější patologie. Bolesti na prsou byly svým charakterem atypické,

jak je obvyklé u pacientů s diabetes mellitus. Na rozvoji dušnosti a somnolence se mohla podílet metabolická acidóza. Popis EKG záznamu není snadný, křivka je ale jednoznačně patologická a „alarmující“. Na první křivce EKG je ještě patrná elektrická aktivita síní, nejspíše se jedná o sinusovou tachykardii. Komplexy QRS jsou rozšířené do bizarního tvaru, který většinou popisujeme jako atypickou intraventrikulární blokádu, protože neodpovídá bloádě pravého ani levého raménka Tawarova. Odhalení akutní ischemické změny v rozšířeném QRS komplexu je vždy obtížné a často není vůbec možné. V tomto případě však jsou např. ve svodech aVL, V1-V3 patrné ST elevace typu odpovídající akutnímu STEMI přední stěny. Správně však měla být indikována časná koronarografie i bez těchto změn, tak jak je indikováno u všech nemocných s podezřením na koronární příhodu a s rozšířeným QRS, zejména pokud je rozšíření nově vzniklé nebo nejasného stáří. Kombinace STEMI přední stěny a nově vzniklé převodní poruchy představují nejzávažnější typ koronárních příhod a tito pacienti mají jednoznačný prospěch z časného zprůchodnění postižené tepny.

Do redakce došlo dne 14. 1. 2019.

Do tisku přijato dne 15. 1. 2019.

Adresa pro korespondenci:

MUDr. Ondřej Šmíd
ondrej.smid@vfn.cz