

Zasady postępowania w częstoskurczach nadkomorowych

Aspekty kliniczne 397

Epidemiologia 397
Objawy kliniczne 397
Ocena wstępna 398
Zasady postępowania 398

Cechy

elektrokardiograficzne 399

Ocena regularności częstoskurczu nadkomorowego 399
Czynność przedsionków 399

Badanie

elektrofizjologiczne 401

Obserwacje wyjściowe podczas rytmu zatokowego 401
Stymulacja programowana podczas rytmu zatokowego 401
Indukcja częstoskurczu 403
Cechy częstoskurczu 403
Manewry diagnostyczne podczas częstoskurczu 405
Manewry diagnostyczne podczas rytmu zatokowego po przerwaniu częstoskurczu 409

Praktyczne podejście do diagnostyki elektrofizjologicznej częstoskurczów nadkomorowych 410

Manewry podczas częstoskurczu nadkomorowego 410
Manewry po ustąpieniu częstoskurczu nadkomorowego 412

Piśmiennictwo 412

ASPEKTY KLINICZNE

Epidemiologia

Częstoskurcz z wąskimi zespołami QRS, częstoskurcz nadkomorowy (*supraventricular tachycardia*, SVT) to tachyarytmia z częstością powyżej 100/min i szerokością zespołów QRS poniżej 120 ms¹. Do grupy SVT z wąskimi zespołami QRS należą tachykardia zatokowa, nieadekwatna tachykardia zatokowa, nawrotny częstoskurcz z węzła zatokowego, częstoskurcz przedsionkowy (*atrial tachycardia*, AT), wieloogniskowy AT, migotanie przedsionków (*atrial fibrillation*, AF), trzepotanie przedsionków (*atrial flutter*, AFL), ektopowy częstoskurcz węzłowy, nienapadowy częstoskurcz węzłowy, częstoskurcz węzłowy nawrotny (*atrioventricular nodal reentrant tachycardia*, AVNRT) i częstoskurcz przedsionkowo-komorowy nawrotny (*atrioventricular reentrant tachycardia*, AVRT)².

Częstoskurcze z wąskimi zespołami QRS można podzielić na takie, którym do wyzwolenia i podtrzymywania potrzebna jest wyłącznie tkanka przedsionków (tachykardia zatokowa, AT, AF, AFL), i takie, którym potrzebne jest łącze przedsionkowo-komorowe (częstoskurcz węzłowy, AVNRT, AVRT).

Napadowy SVT to pojęcie stosowane do intermityujących SVT innych niż AF, AFL i wieloogniskowy AT. Najczęściej występujące napadowe SVT to AVNRT (około 50–60% przypadków), AVRT (około 30% przypadków) i AT (około 10% przypadków)².

Napadowy SVT z nagłym początkiem i ustąpieniem jest relatywnie częstą arytmia; szacowana chorobowość (*prevalence*) w populacji ogólnej wynosi około 2,25/1000, a zapadalność (*incidence*) – 35/100 tys. osobolat. Napadowy SVT u osoby bez strukturalnej choroby serca może wystąpić w każdym wieku, ale najczęściej pojawia się między 12 a 30 rokiem życia. Ryzyko takiej arytmii u kobiet jest dwukrotnie większe niż u mężczyzn.

Istotny wpływ na mechanizm napadowego SVT wywiera zarówno wiek, jak i płeć. W dużych grupach pacjentów z objawowym napadowym SVT, konsultowanych pod kątem ablacji, wraz z wiekiem obserwowano istotne i postępujące zmniejszenie liczby pacjentów z AVRT, które było dominującym mechani-

zmem w pierwszej dekadzie, oraz uderzający wzrost częstości pojawiania się AVNRT i AT (ryc. 16-1). Tendencje te były podobne u obu płci, chociaż AVNRT zastępował AVRT w roli dominującej arytmii u kobiet dużo wcześniej³. Wczesna dominacja AVRT jest zgodna z wrodzoną naturą substratu, dlatego AVRT daje objawy wcześniej niż AVNRT, najczęściej w pierwszych 2 dekadach życia. Istnieje jednak pewna grupa chorych z relatywnie późnym pojawieniem się objawów związanych z AVRT, stanowi więc mały odsetek ablacji u osób starszych. Proporcja AVRT jest wyższa u mężczyzn w każdym wieku. AVNRT jest głównym mechanizmem SVT w całej populacji poddawanej ablacji i w każdej grupie wiekowej po 20 roku życia największą ablacji w SVT jest wykonywanych z powodu tej arytmii. W populacji chorych z AVNRT jest uderzająca przewaga kobiet (2:1), na co nie ma jasnego fizjologicznego i anatomicznego wyjaśnienia. Zwiększenie proporcji i absolutnej liczby pacjentów z AVNRT może być związane z ewolucją fizjologii AVN w ciągu pierwszych 2 dekad życia, jak i zmianami związanymi z wiekiem w przedsionkach i węzle przedsionkowo-komorowym, obserwowanymi w późniejszych latach. AT pojawia się u stopniowo rosnącego z wiekiem odsetka pacjentów z napadowym SVT, obejmując 23% pacjentów w grupie chorych powyżej 70 roku życia. Mimo że w wartościach bezwzględnych liczba kobiet z AT jest większa niż mężczyzn, proporcja AT jest podobna bez względu na płeć. Zmiany związane z wiekiem w elektrofizjologicznym (*electrophysiological*, EP) substracie przedsionków (w tym w połączeniach komórkowych i we wpływie układu autonomicznego) mogą przyczyniać się do zwiększonej zapadalności na AT w podeszłym wieku.

Objawy kliniczne

Kliniczny zespół objawów napadowego SVT charakteryzuje się regularnym, szybkim rytmem serca z nagłym początkiem i końcem. Epizody mogą trwać od kilku sekund do kilku godzin. Pacjenci zwykle odczuwają kołatania serca i zawroty głowy. Szybka czynność komór może powodować duszność, osłabienie, bóle w klatce piersiowej lub nawet zasłabnięcia i czasami może wręcz okaleczać. W czasie