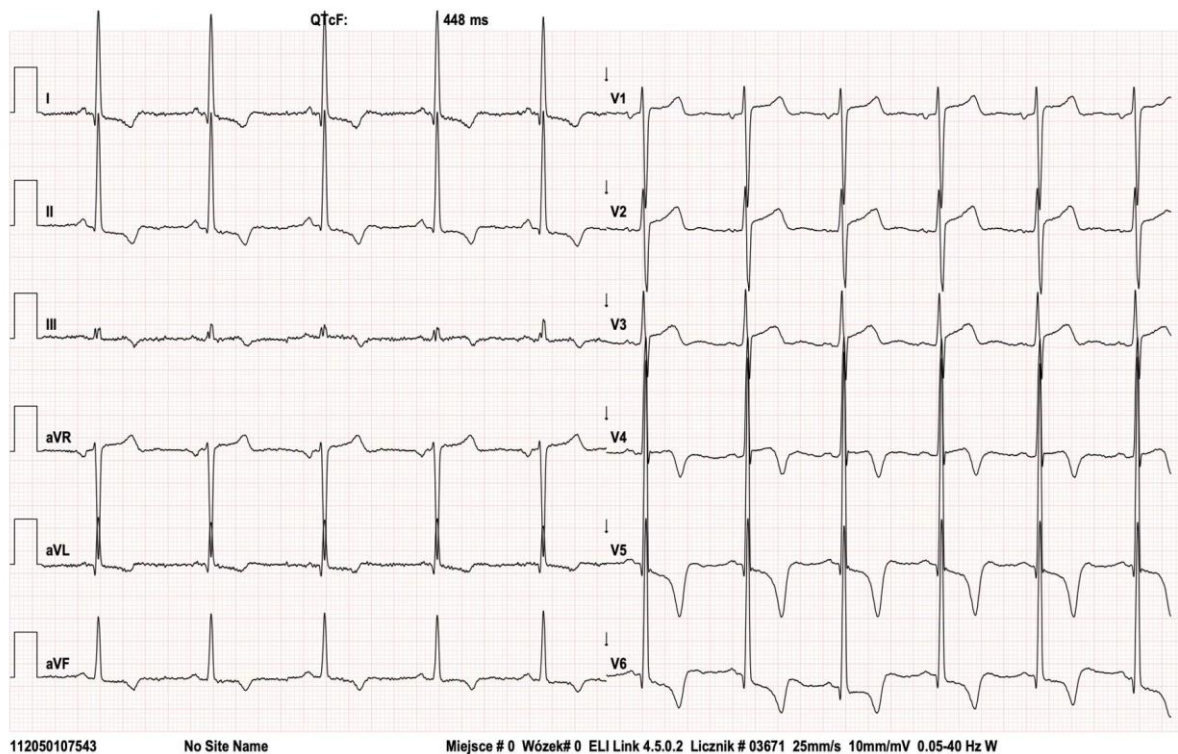


Przypadek EKG 17.01.2024

Dr n. med. Adam Wojtaszczyk

Kontekst kliniczny:

1. Jak opisalibyśmy to EKG?
2. Jakie nieprawidłowości dominują w tym zapisie?
3. O jakich chorobach warto myśleć widząc taki zapis?



Wyjaśnienie:

Powyższe EKG należy opisać następująco:

- Rytm zatokowy 98/min.
- Oś serca pośrednia. PQ 160 ms, QRS 80 ms, QT 400 ms.
- Cechy przerostu lewej komory.
 - R w V5 lub V6 > 2,6 mV (26 mm)
 - S w V1 + R w V5 lub V6 > 3,5 mV (35 mm)
 - S w V2 + R w V5 lub V6 > 4,5 mV (45 mm)
- Nieprawidłowości lewego przedsionka
- Głębokie ujemne załamki T w wielu odprowadzeniach. Zmiany odcinka ST wtórne do przerostu lewej komory.

Stwierdzenie w zapisie EKG tak jednoznacznych cech przerostu lewej komory zawsze powinno być przyczynkiem do wykonania diagnostyki obrazowej serca - w pierwszej kolejności badania echokardiograficznego.

W prezentowanym przypadku w badaniu echokardiograficznym obserwowano cechy kardiomiopatii przerostowej z koncentrycznym przerostem ścian lewej komory sięgającym 23 mm.

Prezentowany zapis EKG zarejestrowano u 42 letniego pacjenta z rozpoznaną chorobą Andersona-Fabry'ego (choruje kilka osób w rodzinie). Jest to choroba spichrzeniowa w wyniku której dochodzi do wewnątrzlizosomalnej akumulacji obojętnych sfingolipidów. Choroba ta może prowadzić do znacznego koncentrycznego przerostu mięśnia sercowego stopniowo prowadzącego do niewydolności serca.

W EKG pacjentów z Chorobą Andersona-Fabry'ego możemy obserwować:

- Cechy przerosty LV z głębokimi ujemnymi załamkami T
- Krótki odstęp PQ (początkowo)
- Błoki przewodzenia przedsionkowo-komorowego (późno)
- Cechy choroby węzła zatokowego
- Cechy powiększenia lewego przedsionka

Pacjent ten leczony jest substytucyjnie poprzez podawanie rekombinowanego enzymu - agalzydazy beta co pozwala na zahamowanie a w niektórych przypadkach nawet wycofanie się cech zajęcia serca.