

Využití implantabilních monitorovacích zařízení v diagnostice synkop nejasné etiologie – editorial

L. Křivan

Interní kardiologická klinika Lékařské fakulty MU a FN Brno, pracoviště Bohunice, přednosta prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc., FESC

Mitro P et al. Diagnostický přínos použití implantovaného slučkového rekordéra (Reveal Plus) u pacientů s synkopou nejasné etiologie. Vnitř Lék 2007; 53(11): 1147–1152.

Synkopa je definována jako náhlá, přechodná ztráta vědomí spojená s poklesem posturálního tonu na podkladě hypoperfúze mozku. Tato definice vytváří hranici mezi opravdovou synkopou a tzv. „nesynkopálními stavy“ (bez poruchy vědomí nebo s poruchou) při zachované mozkové perfúzi (psychogenní, metabolické, hypoxické kolapsy či epileptické záchvaty) [1].

Hlavní příčiny synkop je možné rozdělit do 5 skupin.

1. reflexní – neurogenně zprostředkovaná (vazovagální, syndrom karotického sinu, situační)
2. ortostatická
3. srdeční arytmie (bradykardie, supraventrikulární a komorové dysrytmie)
4. organické onemocnění srdce (chlopenní vady, myxom, hypertrofická obstrukční KMP)
5. cerebrovaskulární (steal fenomény)

V některých případech již anamnestický rozbor proběhlého stavu, fyzikální vyšetření a EKG odhalí příčinu synkopy. Pokud ne, jsou indikovány další vyšetření. Patří mezi ně: Holterovo EKG monitorování, echokardiografie, zátěžové vyšetření, masáž karotického

sinu, HUT test, ortostatický test, případně elektrofyziologické vyšetření převodního systému srdce. Budí-li okolnosti a příznaky synkop podezření na neurologické nebo psychiatrické onemocnění, je na místě vyšetření daným specialistou [2]. Jestliže ani tato vyšetření nepomohou stanovit diagnózu, je možné označit synkopu jako „**nejasné etiologie**“. V této fázi diagnostického procesu je vhodné vždy zvážit, zda je pokračování ve vyšetřovacích metodách racionální. Pokud je synkopa ojedinělá či s velmi řídkým výskytem, nemá další diagnostika přínos a je zbytečnou zátěží pro pacienta i vyšetřující personál.

V případě opakování synkop nejasné etiologie je na místě využití moderních dlouhodobých monitorovacích zařízení jako „**implantabilní smyčkový nahrávač**“ (Implantable Loop Recorder – ILR), který má po zavedení do podkoží nad levým prsním svaem schopnost ukládání arytmiických epizod podle předdefinovaných parametrů, případně uložit záznam EKG po aktivaci přístroje pacientem. Význam nemá pouze potvrzení, ale i vyloučení arytmiické etiologie recidivující synkopy.

Podle literárních dat byla díky ILR nalezena korelace mezi synkopou a EKG záznamem u 34 % implantovaných pacientů. Z této skupiny mělo 52 % pacientů bradykardii, 11 % tachykardii a 37 % nemocných nemělo v době synkopy poruchu rytmu [3–6]. Na našem pracovišti bylo implantováno v období let 2002–2006 celkem 66 ILR s velmi podobnými výsledky.

Autoři Mitro et al [11] v textu uvádějí výskyt presynkopy u 7 pacientů. Z toho pro typický průběh synkop a nepřítomnost závažné arytmie usuzují u 5 pacientů na vazovagální etiologii. Ze studií provedených s ILR bylo prokázáno, že subjektivně vnímaná presynkopa příliš často odráží nespecifické potíže pacienta při sinusovém rytmu, než aby mohla být vnímána jako „nedokončená synkopa“. Na druhé straně záchyt asymptomatických významných bradykardií (pauzy > 3 s, SVT či KT) jednoznačně koreloval se skutečnou etiologií synkop, třebaže v době těchto arytmií pacienti neudávali potíže [7].

Indikace k implantaci ILR je u nemocných s recidivující synkopou nejasné etiologie, u nichž existuje důvodné podezření na arytmiickou etio-

logii. Jsou to pacienti s anamnézou palpitací, náhlé smrti v rodině, bifaskikulárním blokem na EKG, asymptomatickou sinusovou bradykardií, QRS > 120 ms, organickým srdečním onemocněním, u nichž je negativní výsledek elektrofyziologického vyšetření, opakovanými synkopami spojenými se zraněním. Dále jsou vhodnými kandidáty pro implantaci pacienti s recidivujícími epileptickými záchvaty nereagujícími na terapii. Výskyt synkopy v populaci je 30–50 %, zatímco epilepsie 0,7–1,0 %. Odhaduje se, že až 30 % pacientů s epilepsií má nesprávně stanovenou diagnózu. Nejčastější příčinou stavů bezvědomí u těchto nemocných bývají právě srdeční arytmie [1,8].

Existuje snaha postupně rozšířit indikace k implantacím ILR. Jednou z potenciálních indikací může být vysoce suspektní vazovagální synkopa (VVS). Zdůvodněním této snahy je umožnění cílené terapie, zejména prokázání kardiinhibiční etiologie a následná implantace kardiostimulátoru. V diskusi autoři Mitro et al [11] uvádějí, že z hlediska selekce adekvátní terapie má implantace ILR význam i u pacientů s předpokládanou (ale i dokázanou) VVS. K tomuto závěru je patrně vede skutečnost, že bradykardická příčina synkopy je u VVS častější v nativní situaci než při provokované synkopě v rámci HUT [9].

VVS typicky postihuje mladé lidi, zejména ženy. V současnosti převažuje v případě dokázané (ale i předpokládané – dle typické anamnézy) vysoce vazovagální etiologie synkopy trend k léčbě pomocí režimových opatření. Farmakoterapie je užívána pouze v rezistentních případech, navíc se sporným efektem. Léčba trvalou kardiostimulací patří mezi postupy užívané vzácně a přes prokázanou bradykardickou etiologii nemusí být efektivní

[10]. Zejména u VVS smíšeného charakteru (kombinace bradykardie a hypotenze) dochází při opakovaném testování k různé převaze jedné či druhé složky.

Novým trendem je implantace ILR u nemocných s paroxysmální či chronickou fibrilací síní (FS) léčených antiarytmickou terapií nebo radiofrekvenční ablací. Cílem léčby je nejen odstranit symptomy, ale i vyhnout se nutnosti trvalé antikoagulační léčby, užívané k redukci rizika tromboembolických příhod. Je známo, že nemocní po ablačním řešení FS mohou mít asymptomatické paroxysmy FS a jejich riziko po vysazení antikoagulace významně vzroste. U této skupiny by dlouhodobá objektivní monitorace rytmu pomohla rozdělit pacienty na nemocné s nutností antikoagulační léčby a ty, u nichž je možné antikoagulaci vysadit.

Implantabilní smyčkové rekordéry mají v současnosti své pevné místo v diagnostice synkop nejasné etiologie. Ve vysokém procentu vedou k objasnění etiologie synkop, s možností zavedení cílené terapie. Jejich užití se stále více rozšiřuje u pacientů s rezistentní epilepsií nereagující na léčbu, u nichž umožňuje v některých případech přehodnocení diagnózy se všemi důsledky pro sociální, zdravotní a pracovní zařazení pacientů. Rozšíření indikací k dlouhodobé monitoraci lze očekávat i u skupiny pacientů s FS po kurativních zákrocích radiofrekvenční ablací. Postavení ILR v diagnostice vazovagálních synkop a vedení terapie je diskutabilní.

Literatura

1. The task force on syncope. European Society of Cardiology. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope – update 2004. Eur Heart J 2004; 25: 2054–2072.

2. Souček M, Vlašínová J. Vedoucí příznak: hypotenze, synkopa. In: Štefka M et al. Kardiologie. 3. přepracované a doplněné vyd. Grada Publishing 2007: 607–612.

3. Moya A, Brignole M, Menozzi C et al. Mechanism of syncope in patients with isolated syncope and in patients with tilt positive syncope. Circulation 2001; 104: 1261–1267.

4. Krahn A, Klein G, Norris C et al. The etiology of syncope in patients with negative tilt and electrophysiology testing. Circulation 1995; 92: 1819–1826.

5. Krahn A, Klein G, Yee R et al. Use of an extended monitoring strategy in patients with problematic syncope. Reveal investigators. Circulation 1999; 26: 406–410.

6. Nierop P, van Mechelen R, Elsacker A et al. Heart rhythm during syncope and presyncope. Pacing Clin Electrophysiol 2000; 23: 1532–1538.

7. Moya A. Can we predict the mechanism of the syncope? Subcutaneous diagnostics and monitoring symposium. Barcelona (Spain), March 16–18 2007, Abstract 4.

8. Fitzpatrick A, Cooper P. Differentiating epilepsy from syncope. Subcutaneous diagnostics and monitoring symposium. Barcelona (Spain), March 16–18 2007, Abstract 4–5.

9. Brignole M, Sutton R, Menozzi C et al. Early application of an implantable loop recorder allows effective specific therapy in patients with recurrent suspected neurally mediated syncope. Eur Heart J 2006; 27: 1085–1092.

10. Ammirati F, Colivicchi F, Santinin M et al. Permanent cardiac pacing versus medical treatment for the prevention of recurrent vasovagal syncope. A multicenter randomized, controlled trial. Circulation 2001; 104: 52–57.

11. Mitro P et al. Diagnostický přínos použití implantovaného slučkového rekordera (Reveal Plus) u pacientů s synkopou nejasné etiologie. Vnitř Lék 2007; 53(11): 1147–1152.

MUDr. Lubomír Křivan, Ph.D.

www.fnbrno.cz

e-mail: lkřivan@fnbrno.cz

Doručeno do redakce: 20. 4. 2007