

Stratifikace rizika náhlé smrti – zpráva z Evropského kardiologického kongresu 2003 (ESC)

Kateřina Lefflerová

Klinika kardiologie, IKEM Praha

Evropský kardiologický kongres patří k nejprestižnějším každoročním setkáním kardiologů z celého světa. Domnívám se, že kongres poskytuje současný pohled na kardiologickou problematiku v celé šíři.

Interv Akut Kardiol 2003; 4:214–215

Zaujalo mne sympozium týkající se problematiky náhlé srdeční smrti. Sympozium: Sudden Death: From Genetics to Electrocardiogram se konalo v přeplněném hlavním sále.

Brugada ve svém přehledném sdělení seznámil se sledováním souboru 667 nemocných, kteří jsou nositeli tzv. Brugada syndromu. Bratři Brugadové popsali tento syndrom v roce 1992, od té doby je toto onemocnění diagnostikováno po celém světě a předpokládá se, že je odpovědné za 4–12 % úmrtí náhlou srdeční smrtí, u nemocných bez organického srdečního onemocnění se toto číslo odhaduje dokonce na 20 %. U tohoto syndromu je prokázán autozomálně dominantní způsob dědičnosti s postižením genu pro sodíkový kanál. Porucha funkce sodíkového kanálu byla popsána při vyšší teplotě, proto i v klinické praxi představuje febrilní stav riziko manifestace onemocnění. Je přítomen charakteristický elektrokardiografický nálezy ST elevací a inverzí vlny T ve svodech z pravého prekordia, s blokem pravého raménka Tawarova či bez něj. Referovaný soubor 667 nemocných představuje dosud největší sledovaný soubor, v 507 případech se jednalo o muže. Průměrný věk nemocných při stanovení diagnózy byl 41 let $\pm$ 15 let. Pozitivní rodinná anamnéza byla přítomna u 344 osob. Klidově abnormální EKG křivka byla přítomna u 499 nemocných. Onemocnění se může manifestovat (a využívá se těchto farmakologických testů v diagnostice) podáním blokátorů Na kanálu (flecainid, ajmalin). Jednoduchá riziková stratifikace se opírá o následující ukazatele

1. pohlaví – mužské pohlaví představuje u tohoto syndromu vyšší riziko
2. přítomnost charakteristické abnormální EKG křivky za bazálních podmínek (tj. nikoliv až po provokaci)
3. inducibilita maligní arytmie při elektrofyziologickém testování.

Z těchto základních jednoduchých ukazatelů lze odhadnout riziko:

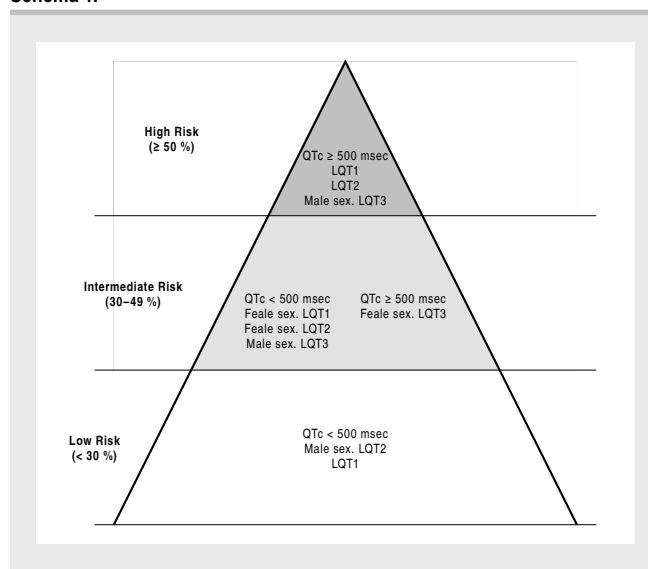
- a) muže s klidově abnormální EKG křivkou a inducibilní maligní arytmií riziko náhlé srdeční smrti v následujícím roce je téměř 45 %
- b) asymptomatické ženy s normální EKG křivkou a neinducibilní komorovou arytmií; riziko náhlé smrti je 0,5 % během 2 let.

Mužské pohlaví, bazálně abnormální křivka a inducibilní arytmií představují zvýšené riziko náhlé srdeční smrti

a indikaci implantaci ICD. V současné době je implantabilní ICD považován za jedinou spolehlivou prevenci náhlé smrti. Z patofyziologického hlediska je sice pochopitelná, nicméně běžně méně obvyklá, doporučená léčba arytmiické bouře u těchto nemocných, a to infuze isoproterenolu a/nebo perorálně chinidin.

Priori přednesla svůj přístup k rizikové stratifikaci nemocných se syndromem dlouhého QT. Již tradičně měla vynikající přednášku, podloženou jak osobními zkušenostmi s velkým souborem nemocných, tak literárními daty. Období let 1959–1991 lze označit jako „pregenetické“ hlavním hodnoceným parametrem bylo EKG. Od roku 1991 se datuje éra „postgenetická“, která zásadním způsobem změnila přístup k nemocným se syndromem dlouhého QT. Mutace genu kaliového kanálu LQT1 a LQT2, sodíkového kanálu LQT3 jsou nejčastější příčinou tohoto onemocnění. Podmínkou diagnózy syndromu dlouhého QT již není pouze hodnocení intervalu QT na EKG, neboť 32% nositelů patologické mutace má interval QTc < 450 msec. Je rovněž známo, že spouštěcím faktorem maligní komorové arytmiie je u LQT1 fyzická zátěž, u LQT2 psychický stres a u LQT3 maximum arytmií vzniká ve spánku.

Schéma 1.



Priori seznámila s rizikovou stratifikací založenou na genotypu, pohlaví a délce intervalu QT.

1. LQT1 představuje pro svého nositele lepší prognózu než LQT2 a 3
2. ženské pohlaví představuje horší prognózu
3. důležité je hodnocení intervalu QT > 500 msec, který představuje negativní prognostický faktor. Provedla stratifikaci nemocných dle rozdělení do typů I–III typu, zásadním rizikovým faktorem je délka QTc > 500 msec, ženy mají větší riziko, horší prognózu má LQT III.

Schéma rovněž uveřejněné v NEJM 2003 stratifikuje nemocné podle pravděpodobnosti kardiální příhody (synkopa, oběhová zástava, náhlá smrt) do 40 let věku a před zahájením léčby. Na základě této stratifikace je třeba léčbu individualizovat a zvažovat i u asymptomatických nemocných s vysokým a středním rizikem.

Problematiku ARVD přednesl Corrado, u této diagnostické jednotky je genetické vyšetření dosud na bázi výzkumu a jeho výsledek nemá konkrétní dopad na osud nemocných. Prevalence onemocnění je odhadována mezi 1:1 000 – 1:10 000, klinicky diagnostikovaní tvoří „špičku ledovce“. Nezávislé prediktory špatné prognózy představuje postižení LK, oběhová zástava, VT s oběhovou kompromitací – tito nemocní představují kandidáty implantace ICD.

*MUDr. Kateřina Lefflerová, CSc.
Klinika Kardiologie, IKEM Praha
Videňská 1958, 140 21 Praha 4
e-mail: kale@medicon.cz*

*Článek přijat redakcí: 11. 11. 2003
Článek přijat k publikaci: 11. 11. 2003*