

KATETRIZAČNÍ ABLACE ARYTMOGENNÍHO SUBSTRÁTU U PACIENTA S ANEURYZMATEM LEVÉ KOMORY

Petr Peichl, Josef Kautzner, Olga Vojvodičová, Hanka Mlčochová

Klinika kardiologie IKEM, Praha

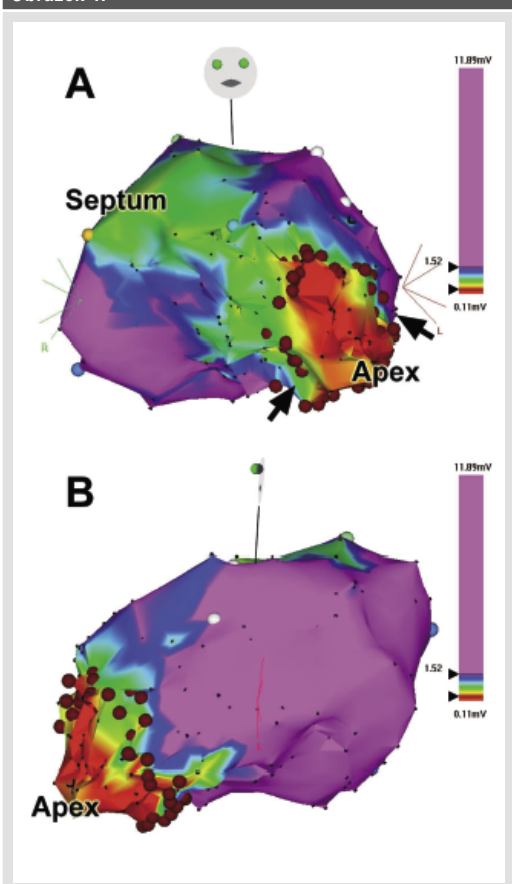
Interv Akut Kardiol 2004;3:143

Jizevnatá tkáň po infarktu myokardu může u pacientů s ischemickou chorobou srdeční vytvářet arytmogenní substrát pro vznik komorových tachykardií (KT). Arytmie mají v takovém případě charakter reentry, přičemž kritickou zónu pomalého vedení vzruchu tvoří oblasti viabilního myokardu obklopené okolní jizvou. V současné době představuje metodu volby u pacientů s rekurentními KT implantace kardioverteru-defibrilátoru (ICD). Jde však o terapii symptomatickou, která nebrání recidivám arytmí. Výboje ICD snižují nemocným kvalitu života, problémem může být také detekce pomalých KT nebo vznik arytmiických bouří. Naproti tomu chirurgické nebo katetrizační ablace mají za cíl odstranění nebo modifikaci arytmogenního substrátu a prevenci recidiv KT.

Naše kazuistika uvádí 70-letého pacienta po infarktu přední stěny, u kterého byla provedena katetrizační radiofrekvenční ablace a modifikace arytmogenního substrátu pro rekurentními paroxysmy pomalé monomorfní KT o frekvenci 134/minutu. Obrázek 1 ukazuje endokardiální voltážovou mapu levé komory v anteroposteriorní (A) a levé laterální projekci (B) získanou pomocí elektroanatomického mapovacího systému CARTO™ (Biosense Webster). Fialovou barvou jsou znázorněny oblasti s vysokou voltáží, které představují zdravý myokard, červenou barvou je zobrazena jizevnatá tkáň. Mapa demonstruje ohraničené hrotové aneurysma levé komory. Kromě klinické arytmie KT #1 byla při elektrofyziologickém vyšetření vyvolána jiná forma KT #2 s opačným směrem vektoru elektrické osy v končetinových

svodech (obrázek 2). Pomocí stimulačních technik (pacemappingu) bylo při sinusovém rytmu ověřeno, že KT #1 vycházela ze septálního a KT #2 z laterálního okraje aneurysmatu (místa označená šipkami) a že obě KT sdílely společný kanál pomalého vedení procházející centrem jizevnaté oblasti. Aneurysma bylo následně obkrouženo aplikacemi radiofrekvenční energie (tmavě červené body) a bylo dosaženo úplné elektrické izolace jeho centrální části. Na konci výkonu nebyla žádná z KT vyvolatelná pomocí programované stimulace komor a elektrická izolace jizevnaté tkáně vedla i k vymizení pozdních potenciálů při vyšetření SAECG. Popsaný případ názorně dokumentuje úlohu anatomického arytmogenního substrátu v patogenezi KT po infarktu myokardu a současně i terapeutické možnosti katetrizační ablace.

Obrázek 1.



Obrázek 2.

