

επαναγγείωση οδηγεί σε σημαντική μείωση του αρρυθμικού κινδύνου. Η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη φαίνεται ανακτά μέρος της κλινικής χρησιμότητάς της που παραμελήθηκε τα τελευταία χρόνια, καθ' όσον έχει αποδεδειγμένη αξία, ιδίως σε υποκείμενη στεφανιαία νόσο, για τη διαστρωμάτωση του κινδύνου, ιδίως σε κλάσματα εξωθήσεως $>30\%$ & $\leq 35-40\%$. Άλλες νεότερες τεχνικές, όπως η μαγνητική τομογραφία (MRI) για το χαρακτηρισμό του μεγέθους και της μορφολογίας του εμφράγματος ή της ένωσης πιθανόν να παρέξουν χρήσιμες πληροφορίες για την προδιάθεση για κακοήθεις αρρυθμίες.

Ηλεκτροκαρδιογράφημα 12-απαγωγών: Είπε την τελευταία του λέξη;

*Από το άρθρο σύνταξης του HJJ Wellens /NEJM 2008;
19: 2063-64*

*Βασίλης Μ. Σκέμπερης, MD, FESC
Καρδιολογικό Τμήμα Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής
Κλινικής Α.Π.Θ.*

Στο τεύχος του «ΠΥΘΜΟΣ» του Ιουλίου 2008, σχολιάστηκε το άρθρο του Michelle Haisseguerre, στο NEJM του Μαΐου 2008, όπου μελετάται η σχέση του ευρήματος της πρώιμης επαναπόλωσης με τον κίνδυνο του αιφνιδίου θανάτου. Το εύρημα είναι ηλεκτροκαρδιογραφικό, αναγνωρίσιμο και δεν πρέπει να διαφεύγει από την προσοχή του ερμηνευτή του ΗΚΓγραφήματος. Ο HJJ Wellens, με την τεράστια συμβολή του στην ερμηνεία του ΗΚΓ, γράφει στο ίδιο τεύχος του NEJM το editorial για τη μελέτη του Haisseguerre.

Κόμβωση στη σύνδεση του τελικού τμήματος του QRS και της αρχικής μοίρας του ST, που παράγει μια ανύψωση και ονομάζεται κύμα J, ανευρίσκεται στο 2 έως 5% κυρίως των ανδρών, αθλητών και εγχρώμων. Ο Haisseguerre το εντόπισε στις απαγωγές του κάτω τοιχώματος, στο 31% των ασθενών που διεσώθησαν από ιδιοπαθή κοιλιακή μαρμαρυγή.

Ο Wellens θέτει το πρώτο ερώτημα: αν είναι πράγματι διαταραχή της επαναπόλωσης ή βραδεία ενεργοποίηση της κάτω και πλάγιας επιφάνειας της αριστερής κοιλίας. Η εξαφάνιση της αλλοίωσης με την άσκηση ή την έγχυση ισοπροτερενόλης, κλίνει υπέρ της πρώιμης επαναπόλωσης. Η μείωση του μεγέθους της αλλοίωσης πριν από πρώιμες κοιλιακές συστολές που οδήγησαν στην κοιλιακή αρρυθμία ήταν μια παρατήρηση, που πρέπει να ληφθεί υπόψη. Επίσης οι κοιλιακές συστολές είχαν ως έδρα την περιοχή όπου εμφανίζεται το κύμα J. Έγινε προσπάθεια να εξηγηθεί το φαινόμενο στη βάση κυτταρικών και ιοντικών μεταβολών. Η κατανομή των ιόντων του Purkinje μέχρι την υποεπικάρδια στιβάδα, με επακόλουθο τη μείωση του χρόνου της διατοιχωματικής ενεργοποίησης και της πρώιμης άρα επαναπόλωσης, ευνοούν τη δημιουργία των κοιλιακών αρρυθμιών. Η τοπική διασπορά της ανερέθιστης περιόδου συμβάλλει στο μηχανισμό. Γενετικές εξετάσεις,

προσεκτικές παθολογοανατομικές και ανοσολογικές μελέτες θα διαλευκάνουν τους μηχανισμούς.

Και η κλινική εφαρμογή του ευρήματος; Θα πρέπει να αποκλειστούν, όλα τα αίτια ισχαιμικά και μη, σε ασθενή που εμφανίζεται με κοιλιακή αρρυθμία ή συγχοπή. Επανειλημμένες και παρατεταμένες, καταγραφές ΗΚΓ χρειάζονται ώστε να διαπιστωθεί έκτοπη κοιλιακή δραστηριότητα που συνοδεύεται από μείωση του κύματος J.

Η γνώση ότι το κύμα J αυξάνεται με τη βραδεία καρδιακή συχνότητα, θα πρέπει να ελέγχεται με τη μάλαξη του καρωτιδικού κόλπου, ή με τη χορήγηση της αδενοσίνης, η μεταβολή του μεγέθους του στις απαγωγές του κάτω τοιχώματος.

Από τη στιγμή που υπάρχουν άνθρωποι με τις αλλοιώσεις αυτές που δεν έχουν καταταχτεί σε άτομα υψηλού κινδύνου πρέπει να βρεθούν περισσότερες μέθοδοι που θα αποκαλύπτουν ανθρώπους που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο αιφνιδίου θανάτου.

Με αφορμή το editorial φαίνεται ότι το ΗΚΓ των 12-απαγωγών παραμένει ένα χρήσιμο εφόδιο του καρδιολόγου, η ανάγνωση του οποίου χρειάζεται μεγάλη προσοχή και η ερμηνεία του αποκαλύπτει πολλά στοιχεία για τη διάγνωση και τη θεραπεία των παθήσεων του καρδιαγγειακού. Φαίνεται ότι όντως δεν είπατε ακόμα την τελευταία του λέξη!

Η Θεραπεία της Κολπικής Μαρμαρυγής (κΜ) με Κατάλυση (Μέρος II)

*Wright M et al, J Cardiovasc Electrophysiol 2008; 19:
583-592*

*Επιμέλεια-Μετάφραση: Σ. Κουλούρης - Σ. Παστρωμάς
Α' Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»*

Η μεταβολή του μήκους κύκλου της κΜ ως δείκτης επιτυχούς κατάλυσης

Πειραματικές μελέτες χαρτογράφησης έχουν δείξει ότι το μήκος κύκλου της κΜ συσχετίζεται με τη διάρκεια των τοπικών ανερέθιστων περιόδων, μειώνεται όσο παραμένει η αρρυθμία και παρατείνεται προοδευτικά ή απότομα αμέσως πριν αναταχθεί η αρρυθμία με τη χορήγηση φαρμάκων. Έχει επίσηςδειχθεί ότι το μήκος κύκλου της κΜ όπως μετρείται στην περιοχή του στεφανιαίου κόλπου, επιμηκύνεται προοδευτικά μετά από επιτυχή απομόνωση των πνευμονικών φλεβών και ανάταξη της αρρυθμίας με κατάλυση. Επιπλέον, όσο αυξάνεται ο αριθμός των βλαβών στον αριστερό κόλπο τόσο αυξάνεται και το μήκος κύκλου της κΜ και το μεγαλύτερο μήκος κύκλου παρατηρείται σε περιπτώσεις συνδυασμένης κατάλυσης των πνευμονικών φλεβών, του ωτίου του αριστερού κόλπου και της περιοχής του αριστερού κόλπου που έρχεται σε επαφή με τον στεφανιαίο κόλπο. Όταν επιτευχθεί μήκος κύκλου 180-200 ms, τότε η κΜ είτε ανατάσσεται αυτόματα σε φλε-