

## Γυναίκα με Συχνές Έκτοπες Κοιλιακές Συστολές

ΜΠΕΛΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ, ΜΑΚΟΣ  
ΞΕΝΟΦΩΝΤΑΣ, ΚΟΡΑΝΤΖΟΠΟΥΛΟΣ  
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, ΓΟΥΔΕΒΕΝΟΣ ΓΙΑΝΝΗΣ

A' Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής  
Ιωαννίνων

**Ο**ι μη συχνές έκτοπες κοιλιακές συστολές (ΕΚΣ), ζεύγη και τριπλέτες, που δε συνδυάζονται με σημεία υποκείμενης δομικής καρδιοπάθειας ή συνδρόμων κληρονομικών αρρυθμιών σε ασυμπτωματικούς ασθενείς θα πρέπει να θεωρούνται φυσιολογική παραλλαγή.<sup>1-3</sup> Όταν όμως οι ΕΚΣ είναι συχνές τα πράγματα αλλάζουν. Με την ευκαιρία νοσηλείας ασθενούς με συχνές ΕΚΣ συζητάμε πόσο συχνές πρέπει να είναι για να αποτελούν κίνδυνο πρόκλησης ταχυμοκαρδιοπάθειας και πότε θα αποφασισθεί η αντιμετώπιση με κατάλυση.

Γυναίκα ηλικίας 49 ετών προσήλθε για εκτίμηση λόγω συχνών ΕΚΣ στο ΗΚΓ ηρεμίας. Ήταν παχύσαρκη, καπνίστρια και από το ιστορικό υπερτασική υπό θεραπεία και αρνητικό κληρονομικό ιστορικό για καναλοπάθεια, καρδιομυοπάθεια ή αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Το ΗΚΓ έδειχνε μονόμορφες ΕΚΣ με μορφολογία συμβατή με πιθανή προέλευσή τους από τον χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας (Εικόνα). Το Holter ρυθμού 24ωρης καταγραφής διεπίστωσε 40.000 ΕΚΣ (>20%) στο 24ωρο με ένα επεισόδιο μη εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας 5 συστολών, επεισόδια διδυμίας, αρκετά ζεύγη και μια τριπλέτα έκτοπων κοιλιακών συστολών. Το ηχωκαρδιογράφημα, η δοκιμασία κόπωσης και η στεφανιογραφία ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Κατά τη δοκιμασία κόπωσης που διεκόπη λόγω κόπωσης στα 08.30 λεπτά, οι ΕΚΣ εξαφανίστηκαν στο 2ο και 3ο στάδιο της δοκιμασίας και επανεμφάνισθηκαν στην φάση της ανάνηψης. Στην ασθενή χορηγήθηκε αγωγή με β-αποκλειστή και έγινε επανάληψη του Holter ρυθμού 15 ημέρες αργότερα, το οποίο διαπίστωσε 35.000 ΕΚΣ, 3.000 διδυμίες, 30 ζεύγη και 8 τριπλέτες έκτοπων κοιλιακών συστολών/24ωρο.

Το βασικό ερώτημα είναι ποια η αντιμετώπισή της κι αν πρέπει να υποβληθεί σε κατάλυση με καθετήρα.

### Συζήτηση

Πρόκειται για ασυμπτωματική ασθενή με μεγάλο φορτίο ΕΚΣ από το χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας, χωρίς υποκείμενη δομική καρδιοπάθεια. Τα άτομα αυτά γενικά έχουν εξαιρετική πρόγνωση και μπορούν να καθησυχαστούν.<sup>4-6</sup>

Η αρχική αντιμετώπιση της εκτακτοσυστολικής αρρυθμίας από το χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας είναι χορήγηση β-αποκλειστών ή βεραπαμίλης, ακόμα και αμιοδαρόνης. Σε περιπτώσεις όμως μεγάλου φορτίου που ορίζεται ως >10.000-25.000 ΕΚΣ ημερησίως ή >10%-24% του συνολικού αριθμού συστολών/ημέρα, λόγω του φόβου της ταχυμοκαρδιοπάθειας, συνιστάται κατάλυση της αρρυθμιογόνου εστίας. Η μέθοδος έχει ψηλά ποσοστά επιτυχίας (70-90%) αλλά και σε περιπτώσεις που δεν τις εξαφανίζει τελείως, περιορίζει σημαντικά το φορτίο τους. Η ερώτηση όμως για τη αναγκαιότητα της κατάλυσης πρέπει να συζητηθεί προσεκτικά με την ασθενή γιατί η μέθοδος διατρέχει μικρό αλλά σοβαρό κίνδυνο επιπωματισμού (1%) ακόμη και θάνατο.

#### Λέξεις Ευρετηρίου:

Έκτακτες κοιλιακές συστολές,  
μυοκαρδιοπάθεια

#### Ιωάννης Γουδέβενος

Καθηγητής Καρδιολογίας

#### Διεύθυνση Επικοινωνίας:

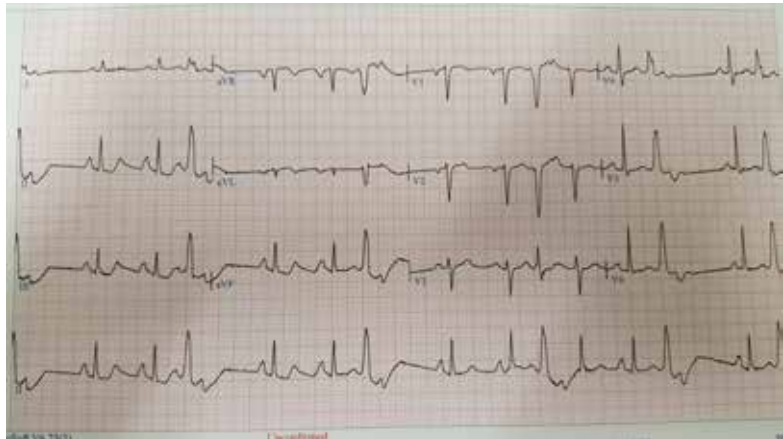
Καρδιολογική Κλινική ΠΠΓΝ Ιωαννίνων  
Ιωάννινα 45111  
Τηλ.: +30 26510 99347  
E-mail: igoudev@gmail.com

Μια ρεαλιστική προσέγγιση είναι να παρακολουθείται η λειτουργία της αριστερής κοιλίας και σε περίπτωση που διαπιστωθεί δυσλειτουργία να επιχειρηθεί κατάλυση. Οι Bhushan and Asirvatham θέσπισαν κριτήρια όσον αφορά την ταχυμυοκαρδιοπάθεια από ΕΚΣ.<sup>3</sup> Υποστηρίζουν ότι ασυμπτωματικά, υγιή άτομα χωρίς υποκείμενη καρδιαγγειακή νόσο που έχουν πάνω από 20.000 ΕΚΣ ημερησίως με όχι περισσότερες από 2 μορφολογίες που προέρχονται από το χώρο εξόδου και χωρίς υπερτροφία των τοιχωμάτων είναι οι καλύτεροι υποψήφιοι μάρτυρες για διάγνωση μυοκαρδιοπάθειας προκαλούμενη από ΕΚΣ. Ο κύριος προγνωστικός δείκτης ταχυμυοκαρδιοπάθειας σε ασθενείς με συχνές ΕΚΣ είναι το φορτίο των ΕΚΣ και συνεπώς ο στόχος είναι η μείωση <5000 ημερησίως.

Στην ασθενή μας λόγω του υψηλού φορτίου ΕΚΣ ημερησίως συνεστήθη κατάλυση με καθετήρα.

## Βιβλιογραφία

1. Σιδεράς Σ, Αρχοντάκης Σ, Καλλικάζαρος Ι. Εκτοπες κοιλιακές συστολές: Ανασκόπηση των διαγνωστικών και θεραπευτικών στρατηγικών μιας συχνής κλινικής οντότητας. *Heart Vessels & Brain* 2015; Τεύχος 15:56-75
2. Martin CA, Lambiase PD. Pathophysiology, diagnosis and treatment of tachycardiomyopathy. *Heart* 2017;103:1543-52
3. Bhushan M, Asirvatham SJ. The conundrum of ventricular arrhythmia and cardiomyopathy: which abnormality came first? *Curr Heart Fail Rep* 2009;6:7-13.
4. Baman TS, Lange DC, Ilg KJ, et al. Relationship between burden of premature ventricular complexes and left ventricular function. *Heart Rhythm* 2010;7:865-9.
5. Niwano S, Wakisaka Y, Niwano H, et al. Prognostic significance of frequent premature ventricular contractions originating from the ventricular outflow tract in patients with normal left ventricular function. *Heart* 2009;95:1230-7.
6. Simantirakis EN, Koutalas EP, Vardas PE Arrhythmia-induced cardiomyopathies: the riddle of the chicken and the egg still unanswered? *Europace* 2012; 14: 466-473



**Εικόνα 1.** Έκτακτες κοιλιακές συστολές από το χώρο εξόδου της δεξιάς κοιλίας. Μορφολογία αποκλεισμού αριστερού σκέλους με κατώτερο άξονα (θετικό κύμα R στις απαγωγές II, III και aVF), αρνητική aVL και ζώνη μετάπτωσης του κύματος R μεταξύ V3 και V4.

## Premature ventricular contractions in a young woman

Bellos V, Makos X, Korantzopoulos P, Goudevenos J.

Frequent PVCs may produce a reversible form of LV dysfunction. However, it is sometimes difficult to ascertain whether the PVCs caused LV dysfunction or whether progressive LV dysfunction caused frequent PVCs. For patients who require arrhythmia suppression for symptoms or declining ventricular function suspected to be due to frequent PVCs (generally >15% of beats and predominately of 1 morphology) and for whom antiarrhythmic medications (beta blocker, amiodarone) are ineffective, not tolerated, or not the patient's preference, catheter ablation is useful.

**Keywords:** premature ventricular contractions, tachycardiomyopathy