

ŠIROKOKOMPLEXOVÁ TACHYKARDIE U MLADÉ ŽENY

Václav Lejsek a kol.

3. interní klinika VFN a 1. LF UK v Praze

ŽENA 45 LET

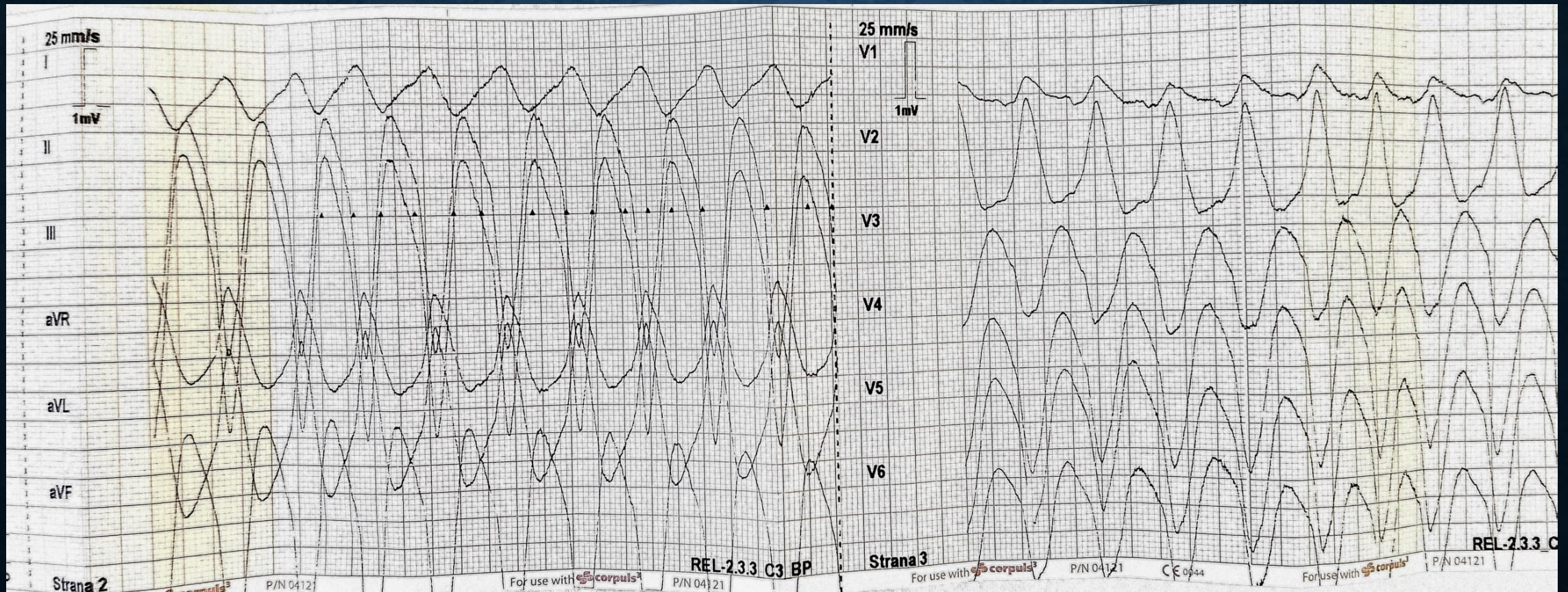
NO:

- náhlý pád při chůzi po chodníku, nezvedá se, kolemjdoucí volají RZS
- při příjezdu posádky somnolentní až soporózní, slabá, neschopna vstát, TK 80/60 mm Hg, tachykardie 130/min, normosaturace

POSTUP POSÁDKY RZS PŘED PŘÍJEZDEM LÉKAŘE

- Žilní linka
- Plasmalyte 500 ml i.v.
- EKG
- Přivolání lékaře

EKG - RZP



AS reg., 130/min, QRS 280ms

CO VIDÍME NA EKG?

1. Komorová tachykardie
2. Sinusová tachykardie s aberovaným převodem
3. SVT s aberovaným převodem
4. Hyperkalemie



JAKÝ BUDE DALŠÍ POSTUP?

1. Analgosedace + defibrilace/EKV
2. Amiodaron
3. Tekutinová výzva a vyčkat
4. Něco jiného

TACHYARYTHMIE DLE GUIDELINES ERC 2021

- V případě hemodynamické nestability (široký i štíhlý QRS)
-> analgosedace -> výboj 1-3x -> amiodaron -> výboj -> ÚPV + relaxace
- V případě hemodynamicky tolerované (široký i štíhlý QRS)
-> vagové manévry -> adenosin -> amiodaron -> DC

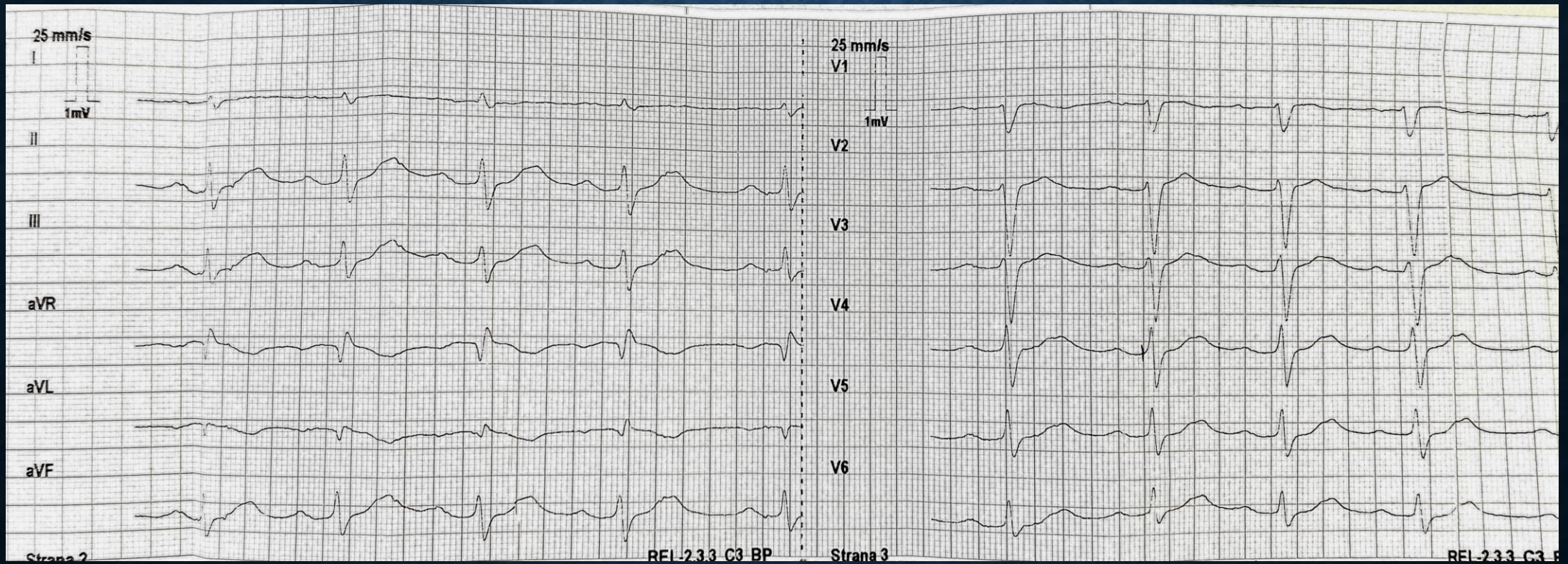
POSTUP LÉKAŘE RLP

- Amiodaron
- NOR do kapajícího Plasmalyte
- Midazolam 2 mg + sufentanil 10 ug i.v.
- DC 50 J

1. EKG IHNEED PO PODÁNÍ VÝBOJE



2. EKG PO PODÁNÍ VÝBOJE



SR, 55/min, PQ 240, QRS 130, QTc 574 ms

PŘÍJEM NA KJ

- St. praesens: TK 140/90 mmHg P 75/min reg SpO2 99% GCS 15
 - při fyzikálním vyšetření nápadný pouze výrazně astenický habitus a mírně setřelá řeč
 - subj. na všechny události si pamatuje, poslední týden se cítila slabá, vertigo, má průjmy, užívala volně dostupné léky
- **OA:**
 - 2004 – vyšetřována pro průjmy, kompletní fibroskopie, uzavřeno jako funkční etiologie
 - 2010 – dg. hypothyreózy, substituční th.
 - 2012 – operace žaludku pro perforovaný vřed
- **FA chronická:** Euthyrox 75 mcg 1-0-0
- **PSA:** nezaměstnaná, žije s manželem a synem
- **Abúzus:** nekuřačka, alkohol společensky, drogy neguje

VYŠETŘENÍ

- Laboratoř - biochemie, KO, koagulace: normální nález
- RTG srdce + plíce: normální nález
- Transthorakální ECHO: normální funkce komor, EFLK 72%, srdeční oddíly bez dilatace, bez významných chlopenních vad, bez známek vyšší tenze v plicnici, bez separace perikardu
- CT koronarografie: normální nález
- MRI srdce: normální funkce komor, EFLK 71%, srdeční oddíly bez dilatace, myokard bez LGE
- Elektrofyzilogické vyšetření, programovaná stimulace komor: negativní

DALŠÍ PROVEDENÁ VYŠETŘENÍ

- Toxikologický test moč – negativní na drogy, loperamid (Imodium) ve zvýšeném množství, stopa benzodiazepinu
- Pacientka na cílený dotaz přiznává usus léku Imodium posledních několik týdnů pro průjmy - až 20 tbl denně

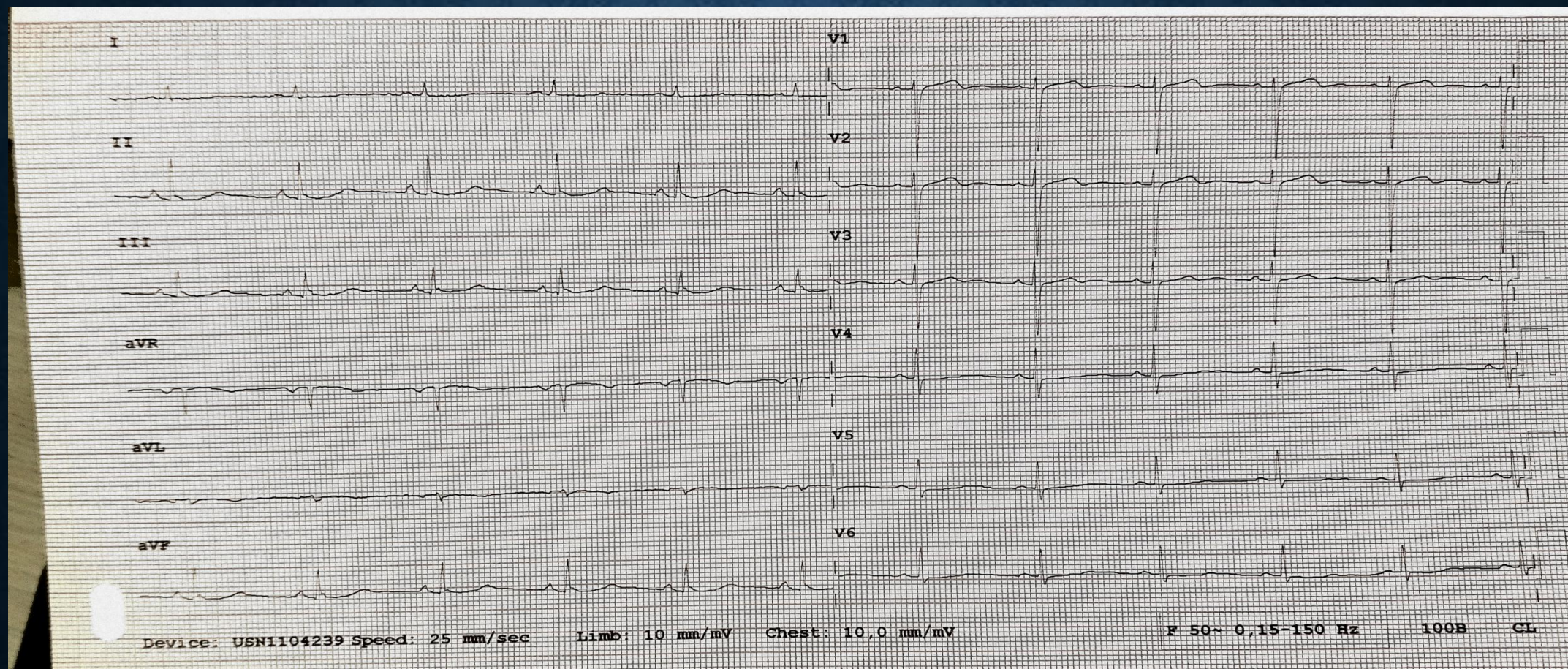
LOPERAMID

- vazba na opioidní receptory ve střevě, snížení motility
- eliminace játry, metabolismus cestou cytochrom P 450, vysoký first-pass efekt
- maximální dávka pro dospělé - 8 tbl denně
- časté NÚ při terapeutických dávkách: obstipace, flatulence, nauzea
- NÚ při vyšších plazmatických hladinách:
 - útlum CNS a dechového centra
 - rozšíření QRS komplexu a prodloužení QT intervalu, torsade de pointe, srdeční zástava, hlášeny případy úmrtí

CO BYLO DÁL?

- během hospitalizace na telemetrii dále SR bez záchytu arytmií
- pacientka vyšetřena psychiatrem s konstatováním pythiatické osobnosti s dop. další psych. dispenzarizace + léky

EKG PŘED DIMISÍ



SR 69/min PQ 140, QRS 90, QTc 390ms

NAŠE INTERPRETACE

- Úvodním rytmem i podle reakce na DC byla VT
- Postup v přednemocniční fázi - DC, ev. tekutiny a vyčkat
- Hypotenze daná spíše dehydratací při průjmech, než-li hemodynamickým dopadem „pomalé“ KT
- Vzhledem k negativitě všech provedených testů stav uzavřen jako intoxikace loperamidem

POUČENÍ

- Toxicita loperamidu, potenciál pro abúzus
- QRS nad 200ms !
 - minerálové dysbalance (hyper K^+),
 - intoxikace léky
 - CAVE: podání amiodaronu

DĚKUJI ZA POZORNOST!