

MONITORIZAREA HOLTER A FIBRILAȚIEI ATRIALE PAROXISTICE. CAZ CLINIC

HOLTER MONITORING OF PAROXYTIC ATRIAL FIBRILLATION. CLINICAL CASE

Iuliana Romaniuc^{1,3} - rezident, **Sergiu Matcovshi**^{1,3} - prof. univ., dr. hab. șt. med., **Natalia Caproș**^{1,2,3} – conf. univ., dr. hab. șt. med., **Dogot Marta**¹-doctorand, **Svetlana Șveț**³-internist, **Mihail Lupan**³-internist

1. *Departamentul Medicină Internă: Disciplina de sinteze clinice, IP USMF „Nicolae Testemițanu”*

2. *CSF Galaxia*

3. *IMSP SCM “Sf. Treime”*

Rezumat

Fibrilația atrială paroxistică se estimează că cuprinde între 25% și 62% din cazurile de fibrilație atrială observate de către practicieni atât în cadrul spitalizării, cât și în cel de îngrijire primară. Prevalența raportată variază foarte mult, datorită diferențelor dintre definiții și diferitele populații studiate. În plus, prevalența fibrilației atriale paroxistice ar putea fi subestimată, deoarece majoritatea studiilor epidemiologice depind de episoadele simptomatice, dar fibrilația atrială paroxistică asimptomatică este frecvent depistată la monitorizarea Holter. Scopul studiului a fost de a monitoriza prin metoda Holter fibrilația atrială paroxistică la un pacient cu astm bronșic exacerbant. Monitorizarea Holter a înregistrat paroxismele de FA fără manifestări simptomatice, ceea ce a permis elucidarea diagnosticului și tratamentul oportun individual al pacientului.

Cuvinte cheie: fibrilația atrială paroxistică, astm bronșic, monitorizare Holter.

Summary

It is estimated that paroxysmal atrial fibrillation includes between 25% and 62% of cases of atrial fibrillation observed by the practitioners in hospitalization as well as in primary care. The reported prevalence can vary a lot because of the differences between definitions and different studied populations. Moreover, the prevalence of paroxysmal atrial fibrillation could be underestimated because the majority epidemiological studies depend on episodic symptoms, but asymptomatic paroxysmal atrial fibrillation is frequently detected by Holter monitoring. The objective of this study is to monitor the paroxysmal atrial fibrillation of a patient with asthma exacerbation by the Holter method. Holter monitoring recorded the paroxysms of atrial fibrillations without symptoms, which helped us to determine the diagnose and the individual treatment for the patient.

Key words: paroxysmal atrial fibrillation, asthma, Holter monitoring.

Introducere. Multe boli cardiovasculare și afecțiuni concomitente cresc riscul de apariție a fibrilației atriale (FA) și complicațiilor asociate. Identificarea acestor condiții, prevenirea și tratamentul lor reprezintă o pârgie importantă pentru a reduce impactul ei. Dereglarea ritmului cardiac la pacienții cu astm bronșic reprezintă o problemă actuală și puțin studiată [9]. Apar tot mai multe date despre faptul că dereglările de ritm deseori însoțesc patologiile obstructive pulmonare și în multe cazuri determină prognoza vieții pacientului [10].

Scopul studiului a fost de a descrie un pacient cu astm bronșic exacerbant, monitorizat prin metoda Holter pentru fibrilația atrială paroxistică.

Rezultate

Pacientul X în vârstă de 68 de ani s-a prezentat la serviciul

de Medicină urgentă cu dispnee mixtă severă, preponderent expiratorie în stare de repaus, tuse uscată, palpitații, dureri retrosternale de intensitate moderată, instalate de o zi.

Cunoscut la evidența medicului de familie de 22 de ani cu diagnosticul de astm bronșic și tratament cu bronhodilatatoare și hipertensiune arterială gr. III.

Examenul obiectiv a evidențiat: stare generală de gravitate medie, tegumentele cianotice, fără edeme, fără adenopatii palpabile. Sonoritatea pulmonară cu ușor timpanism, bilateral, raluri sibilante și ronflante difuz bilaterale. Șocul apexian în spațiul V intercostal pe stânga, contracții cardiace aritmice, zgomotul I atenuat la apex. TA 110/80 mmHg, FCC=148 b/min.

Analizele de laborator efectuate au arătat: sindrom anemic hemoglobina – 108 g/l, eritrocitele- 3,7x10¹²/l, leucocitoză moderată – 16,2 x10⁹/l, hiperglicemie 12,3 mmol/l, posibil,

steroid indusă. Examenul biochimic a relevat nivel ridicat al transaminazelor hepatice (alanin aminotransferază = 103 U/l, aspartat aminotransferază = 94 U/l). Bio-markerii necrozei miocardului (Troponina, creatinkinaza MB, lactatdehidrogenaza) erau în limitele normei.

Examenul radiologic toracic a atestat: desen pulmonar deformat cu elemente de pneumopleurofibroză, hilurile lărgite cu microcalcinate unice, suspexție de debut de edem pulmonar. Cordul de dimensiuni normale, sinusurile libere.

Electrocardiograma a înregistrat un unic paroxism de fibrilație atrială tahisistică pe fon de suprasolicitare a părților drepte ale cordului, restabilindu-se ritmul sinusal spontan.

Examinarea ecocardiografică a relevat: indurația pereților aortei ascendente, valvei aortei, valvei mitrale, dilatarea moderată a ventricolului drept, ușoară a atrului drept și a atrului stâng, valva mitrală cu prolabare în atriu stâng, funcția de pompă a ventricolului stâng păstrată, fracția de ejecție-53% pe fon de fibrilație atrială, insuficiența valvei aortei gr.I, valvei mitrale gr.II, valvei tricuspide gr.III-IV, valvei arterei pulmonare gr. I, semne de hipertensiune pulmonară severă: PSAP=59 mmHg.

Videobronhoscopic s-a determinat: bilateral secreții translucide sticloase, preponderant în regiunile postero-inferioare, mucoasa bronșică violacee, cianotică difuz cu ușoară atrofiere.

Pe parcurs pacientului a fost tratat cu: oxigenoterapie, sol. metilprednisolon, sol. ranitidini, sol. asparcam, tab. lizinopril.

În ciuda tratamentului indicat la pacient au progresat acuzale sus-numite cu insuficiența respiratorie, hipoxemia datând $PaO_2 < 60$ mmHg, iar în echilibrului acido-bazic persista acidoza respiratorie: $pO_2 / FiO_2 < 2$. Pacientul s-a aflat la ventilație mecanică timp de 8 zile. Treptat starea pacientului s-a ameliorat, ventilația mecanică a fost înlocuită cu cea spontană cu suport de oxigen prin canulă nazală.

Monitorizarea Holter 24 de ore a înregistrat pe toată durata înregistrării ritmul de bază-sinusal, frecvența cardiacă medie 87 b/min, activitatea electrică supraventriculară reprezentată de 3394 extrasistole supraventriculare frecvente, polimorfe, politope, solitare, pare, precoce, aberante, interpolate, bigeminate, trigeminate ceea ce reprezintă 3,0% din totalul QRS, inclusiv grupate – paroxisme scurte de flutter-fibrilație atrială cu FCC 93- 150 b/min, activitatea electrică ventriculară reprezentată de 1672 extrasistole ventriculare monomorfe, solitare, precoce, trigeminate (1.4% din totalul QRS), în canalul V5: episoade cu subdenivelare orizontală, oblic descendentă ale segmentului S-T pînă la 1,5mm, cu unda bifazică, negativă; în canalul V1: supradenivelare segmentului S-T pînă la 1,0 mm, evenimente sugestive dereglărilor de conductibilitate sinoatrială (bloc SA gr. III, 24 de episoade).

La tratament s-a adăugat amiodarona pe schema conform ghidului de fibrilație atrială.

La stabilizarea stării, după 38 de zile de spitalizare, pacientul s-a externat la domiciliu cu continuarea următorului tratament la locul de trai: T. Amiodaronă doza de întreținere: 200 mg/zi și Seretide 50/250 mcgr 2 inhalatii/zi.

Discuții

Forma paroxistică a fibrilației atriale (FAP) este o problemă actuală care se studiază în prezent activ. Diferențierea fibrilației atriale paroxistice de fibrilația atrială persistentă se bazează pe istoricul pacientului, cu condiția ca acesta să fie simptomatic.

Într-un studiu FAP asimptomatică a apărut de 12 ori mai frecvent decât FAP simptomatică la pacienți cu monitorizarea Holter [2].

FAP se estimează că cuprinde între 25% și 62% din cazurile de FA observate de către practicieni atât în cadrul spitalizării, cât și în cel de îngrijire primară. Prevalența raportată variază foarte mult, datorită diferențelor dintre definiții și diferitele populații studiate. În plus, prevalența FAP ar putea fi subestimată, deoarece majoritatea studiilor epidemiologice depind de episoadele simptomatice, dar FAP asimptomatică este frecvent la monitorizarea Holter [4].

Prevalența FA asimptomatică constatată întâmplător la examenul clinic este de 20%. Studiile care utilizează monitorizarea Holter, monitorizarea transtelefonică sau înregistratorii evenimentelor au raportat o prevalență și mai mare.

Un studiu care a utilizat aparate implantabile pentru detectarea FA a raportat o incidență de 50% din FA asimptomatică FAP este de obicei definită temporal, ca perioade intermitente de FA intercalate cu episoade de ritm sinusal normal, care durează în mod normal <7 zile [3].

Majoritatea pacienților cu FA au nevoie de monitorizare regulată pentru a asigura o gestionare optimă continuă. Urmărirea trebuie să asigure implementarea planului de management, angajarea continuă a pacientului și adaptarea terapiei acolo unde este necesar. Documentarea electrocardiografică este necesară pentru a stabili diagnosticul de FA. Este recomandată o evaluare completă cardiovasculară, incluzând un istoric precis, o examinare clinică atentă și evaluarea condițiilor concomitente la toți pacienții. Ecografia transtoracică este recomandată la toți pacienții pentru a ghida managementul. Monitorizarea ECG pe termen lung trebuie luată în considerare la pacienții selectați pentru a evalua caracterul adecvat al ratei de control la pacienții simptomatici și pentru a relaționa simptomele cu episoadele FA [8].

Mai multe studii au demonstrat că la mai mult de jumătate dintre pacienții cu astm bronșic cu comorbidități se înregistrează dereglări ale ritmului cardiac, în structura cărora prevealează modificarea automatismului nodulului sinusal (tahicardie sinusală) și dereglările heterotopice de ritm (extrasistolia supraventriculară și ventriculară). În măsura agravării astmului bronșic are loc creșterea frecvenței extrasistolelor, se instalează paroxisme de fibrilație atrială. Pentru diagnosticul și tratamentul cât mai precoce la acești pacienți este necesar să se utilizeze Holter monitorizarea timp de 24 de ore [9].

Cele trei obiective principale ale tratamentului pentru FAP sunt: suprimarea paroxismelor și menținerea ritmului sinusal pe termen lung; controlul ritmului cardiac în timpul paroxismelor de FA, dacă acestea apar; și prevenirea complicațiilor asociate cu FAP. Paroxismele de FA care sunt persistente (adică, care durează > 48 ore) trebuie luate în considerare pentru cardioversia ritmului sinusal [6].

Managementul pacienților cu FAP trebuie să includă recunoașterea faptului că eliminarea simptomelor nu înseamnă neapărat eliminarea aritmiei, deoarece încetinirea ritmului cardiac poate elimina simptomele. Ar putea fi oportună documentarea frecvenței aritmiilor prin monitorizarea Holter la pacienții cu recidive simptomatice și repetarea monitorizării dacă simptomele sunt eliminate prin terapie pentru a stabili dacă sunt prezente episoadele asimptomatice ale AF. Antiaritmicele din clasa I cum sunt flecainida și propafenona sunt eficiente,

deși beta-blocantele sunt alternative utile. Dacă pacienții prezintă schimbări structurale ale cordului, amiodarona este medicamentul de elective [7]. Tromboprofilaxia pacienților cu FAP ar trebui să fie similară cu cea a pacienților cu AF susținută, cu warfarină pentru pacienții cu risc tromboembolic crescut și aspirină pentru cei cu risc redus. Se recomandă estimarea riscului de accident vascular cerebral la pacienții cu FA pe baza scorului CHA2DS2-VASc. În general, pacienții fără factori de risc clinic de accident vascular cerebral nu au nevoie de terapie antitrombotică, în timp ce pacienții cu factori de risc pentru

AVC (de exemplu, scorul CHA2DS2-VASc de 1 sau mai mult pentru bărbați și 2 sau mai mulți pentru femei) pot beneficia de terapie antitrombotică [6,10].

In concluzie:

Monitorizarea Holter a înregistrat paroxismele de fibrilație atrială frecvente, ceea ce a permis elucidarea diagnosticului și tratamentul oportun individual al pacientului cu astm bronșic în exacerbare.

Bibliografie

1. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha A, Ahlsson A, Casadei B, Castella M. et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *European Heart Journal*. 2016; 28 (5): 289–296.
 2. Joachim R, Yi-Gang L, Hohnloser S. Long-term risk of recurrent atrial fibrillation as documented by an implantable monitoring device: Implications for optimal patient care. *Journal of the American College of Cardiology*. 2004; 43(1): 47-52.
 3. Vincenti A., Brambilla R., Fumagalli G., Merola R., Pedretti S. Onset mechanism of paroxysmal atrial fibrillation detected by ambulatory Holter monitoring EP Europac. 2006; 8(3): 204–210. Disponibil la <https://academic.oup.com> [accesat la 03.03.2018].
 4. Middeldorp P, Mehta D., Mahajan A., Twomey R. Aggressive risk factor reduction study for atrial fibrillation and implications for the outcome of ablation: the ARREST-AF cohort study. 2014; 64: 2222–2231. Disponibil la <https://www.sciencedirect.com> [accesat la 01.03.2018].
 5. Wittert A., Leong G., Shirazi D., Bahrami M., Middeldorp B. Effect of weight reduction and cardiometabolic risk factor management on symptom burden and severity in patients with atrial fibrillation: a randomized clinical trial. 2013; 310: 2050–2060. Disponibil la <https://jamanetwork.com> [accesat la 01.03.2018]
 6. Kihara T., Gillinov A., Takasaki M., Fukuda K., Song S., Shiota J., Shiota T. Mitral regurgitation associated with mitral annular dilation in patients with lone atrial fibrillation: an echocardiographic study. *A Journal of Cardiovascular Ultrasound and Allied Techniques*. 2009; 26: 885–889.
 7. Nieuwlaat L., Pisters R., Lane R., Crijns H. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. Official publication of the American college of chest physicians. 2010; 137: 263–272.
 8. Абдурасулов К., Ушаков В., Гирфанова Э. Аритмии сердца у больных бронхиальной астмой с коморбидными состояниями по результатам суточного мониторинга экг в условиях высоких широт. *Евразийский Научный Журнал*. 2015; 12: 48-59.
 9. Задионченко В.С. Нарушение ритма сердца у больных хроническими обструктивными болезнями легких. *Пульмонология*. 2003; 4: 88-92.
 10. Grosu A., Cenușă O., David L., Răducanu A., Diaconu N., Gratiu C. et al. Fibrilația atrială. *Protocol clinic national*. 2014 ; 24-35. Disponibil la <http://icardiologie.md> [accesat la 01.03.18].
-