

Wellensův syndrom – popis případu

(Wellens syndrome – description of the case)

Jan Machura, Radek Pudil

I. interní kardioangiologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové, Hradec Králové

INFORMACE O ČLÁNKU

Historie článku:

Vložen do systému: 15. 2. 2022

Přepřacován: 3. 3. 2022

Přijat: 4. 3. 2022

Dostupný online: 29. 9. 2022

Klíčová slova:

Angina pectoris

Selektivní koronarografie

Wellensův syndrom

Keywords:

Angina pectoris

Selective coronary angiography

Wellens syndrome

SOUHRN

Wellensův syndrom je vysoce specifická elektrokardiografická manifestace kritické stenózy proximálního ramus interventricularis anterior (RIA) levé koronární arterie u pacientů s anamnézou anginy pectoris. Typická je normální či lehce zvýšená hodnota kardiocardiálních enzymů. Kazuistika popisuje případ 59letého muže přicházejícího pro recidivující bolesti na hrudi. Cílem sdělení je zvýšit povědomí o tomto elektrokardiografickém obrazu kritické stenózy RIA.

© 2022, ČKS.

ABSTRACT

Wellens syndrome is an electrocardiographic manifestation of a critical stenosis of the proximal left anterior descending coronary artery in patients with recent history of angina pectoris. Typical is normal or slightly elevated value of serum cardiac markers. We present a case of 59-year-old man complaining of recurrent chest pain. The aim of our case report is to raise awareness of this electrocardiographic picture of a critical stenosis of the proximal left anterior descending artery.

Úvod

Kardiovaskulární onemocnění na podkladě aterosklerózy jsou nadále vedoucí příčinou úmrtí v Evropě, přestože jejich mortalita v posledních desetiletích významně poklesla. Celosvětově je pak hlavní příčinou úmrtí z kardiovaskulárních příčin ischemická choroba srdeční. Mezi život ohrožující stav, který se řadí do této skupiny nemocí, patří také již výše zmíněný Wellensův syndrom. Ten byl poprvé popsán již v roce 1982 u pacientů s nestabilní anginou pectoris, kdy tyto pacienti jsou i přes odpovídající farmakoterapii a další absenci symptomů ohroženi časným rozvojem rozsáhlého infarktu myokardu přední stěny a s ním související vyšší mortalitou a morbiditou.¹ V následující kazuistice popisujeme případ padesátidevítiletého muže s recidivujícími bolestmi na hrudi.

Popis případu

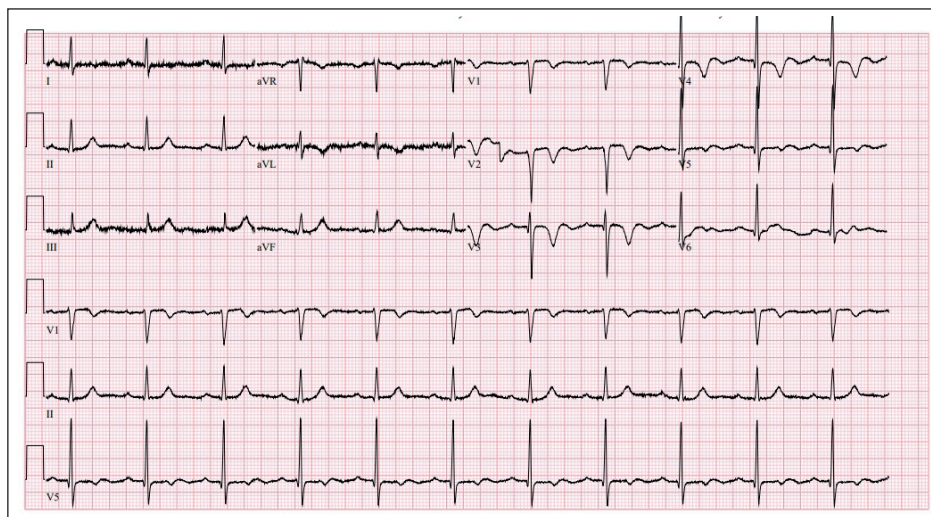
Padesátidevítiletý muž přichází na urgentní příjem pro dvě hodiny trvající tlakovou bolest na hrudi bez propaga-

ce, zhoršující se při chůzi, doprovázenou námahovou dušností. Na cílený dotaz udává podobné obtíže nepravidelně již 12 dní, jež se objevují pouze při námaze a odeznívají po zastavení. Jiné obtíže neguje. Dosud neprodělal žádné závažnější onemocnění, dlouhodobě se léčí pouze s arteriální hypertenzí, na kterou užívá 80 mg telmisartanu. Na urgentním příjmu byl podán nitroglycerin sublingválně s ustoupením bolesti na hrudi.

Při vstupním vyšetření byl pacient bez alterace celkového stavu, objektivně byla přítomná arteriální hypertenze (TK 178/104 mm Hg), TF 82/min, saturace kyslíkem 94 % bez oxygenoterapie. Na vstupním EKG, natočeném již ve stavu bez bolesti, byly patrné hluboké symetrické negativní vlny T, zejména ve svodech V_2 – V_4 (obr. 1). Pro podezření na akutní koronární syndrom byla podána kyselina acetylsalicylová s vysokomolekulárním heparinem a pacient byl přijat k hospitalizaci. Další den byla provedena selektivní koronarografie, která ukázala kritickou tandemovou stenózu ramus interventricularis anterior (RIA1) v místě odstupu ramus diagonalis 1 a 2, dále významnou stenózu ramus intermedius, 50–60% stenózu ramus circumflexus

Adresa pro korespondenci: MUDr. Jan Machura, I. interní kardioangiologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové, e-mail: vinohrad1@seznam.cz

DOI: 10.33678/cor.2022.019



Obr. 1 – Vstupní EKG s repolarizačními změnami především ve svodech V_2 – V_4



Obr. 2 – Selektivní koronarografie (RAO 7°, CAUD 33°)



Obr. 4 – Selektivní koronarografie (RAO 57°, CRAN 26°)



Obr. 3 – Selektivní koronarografie (LAO 44°, CAUD 20°)



Obr. 5 – Selektivní koronarografie (LAO 20°, CRAN 11°)

a nevýznamnou stenózu arteria coronaria dextra (obr. 2–5). Vedlejším nálezem byla píštěl z kmene levé koronární arterie a RIA1 do arteria pulmonalis. Echokardiograficky byla přítomna hypokineze přední stěny a předního septa, ejekční frakce levé komory činila 55–60 %. Významná chlopenní vada nebyla prokázána. S ohledem na komplexní koronární nález byla indikována chirurgická revaskularizace myokardu.

Diskuse

Wellensův syndrom je vysoce specifický EKG obraz kritické stenózy RIA v období bez bolesti na hrudi, který rozdělujeme do dvou typů. Pro méně častý typ A (25 %) jsou typické bifázické (+/-) vlny T, především ve svodech V_2 – V_3 . Častější (75 %) typ B je charakterizován hlubokými a symetrickými negativními vlnami T, opět zejména ve svodech

V_2 – V_3 . U obou typů mohou nicméně tyto repolarizační změny přesahovat i do ostatních hrudních svodů. Mezi další kritéria definující Wellensův syndrom patří izoelektrický nebo maximálně do 1 mm elevovaný úsek ST, absence prekordiálních kmitů Q a zachovaná progresse kmitu R v hrudních svodech. Elektrokardiografický obraz doplňují přítomnost stenokardií v anamnéze a normální či pouze mírně zvýšená hodnota kardiospecifických enzymů.^{1,2} V době bolesti na hrudi může dojít k normalizaci EKG či rozvoji signifikantních elevací úseku ST.³

Tento nálezn není zcela raritní, dle studií se vyskytuje ve 14–18 % případů nestabilní anginy pectoris. Mechanismus vzniku těchto repolarizačních změn není dosud objasněn. Zřejmě se jedná o důsledek opakovaných krátkých epizod těžké ischemie nezpůsobujících nekrózu.¹ Nejčastější etiologií je ateroskleróza, nicméně v literatuře jsou popisovány i případy koronárních vazospasmů u uživatelů drog, například kokainu.⁴

Jak nám ukázala již první studie z roku 1982, jedná se o preinfarktový stav a 75 % pacientů s tímto syndromem prodělá v nejbližších týdnech rozsáhlý infarkt myokardu přední stěny i při další absenci symptomů.¹ Léčba tudíž spočívá v podání antiagregační a antikoagulační medikace a v časném provedení selektivní koronarografie.

Závěr

Wellensův syndrom je vysoce specifická elektrokardiografická manifestace kritické stenózy RIA, se kterou se můžeme setkat jak na kardiologických odděleních, tak především na pracovištích prvního kontaktu. Přestože jsou

kardiomarkery v mnoha případech negativní a ne všichni pacienti popisují své bolesti na hrudi zcela typicky, jedná se o závažný preinfarktový stav s vysokým rizikem rozvoje rozsáhlého infarktu myokardu přední stěny, proto je indikováno časně koronarografické vyšetření.

Prohlášení autorů o možném střetu zájmů

Autoři prohlašují, že nemají střet zájmů.

Financování

Žádné.

Prohlášení autorů o etických aspektech publikace

Sdělení bylo vypracováno dle etických standardů v souladu s Helsinskou deklarací.

Videa jsou dostupná v online verzi článku.

Literatura

1. de Zwaan C, Bär FW, Wellens HJ. Characteristic electrocardiographic pattern indicating a critical stenosis high in left anterior descending coronary artery in patients admitted because of impending myocardial infarction. *Am Heart J* 1982;103(4 Pt 2):730–736.
2. de Zwaan C, Bär FW, Janssen JH, et al. Angiographic and clinical characteristics of patients with unstable angina showing an ECG pattern indicating critical narrowing of the proximal LAD coronary artery. *Am Heart J* 1989;117:657–665.
3. Rhinehardt J, Brady WJ, Perron AD, Mattu A. Electrocardiographic manifestations of Wellens' syndrome. *Am J Emerg Med* 2002;20:638–643.
4. Dhawan SS. Pseudo-Wellens' syndrome after crack cocaine use. *Can J Cardiol* 2008;24:404.