

Heart Rhythm Society — Boston 2009

W dniach 13–16 maja 2009 roku, w rozkwicie wiosennej pogody odbyła się tradycyjna, coroczna konferencja *Heart Rhythm Society* (HRS), tym razem w Bostonie. Uczestniczyła w niej kilkudziesięcioosobowa grupa polskich lekarzy. Boston przywitał uczestników zmienną i przede wszystkim wietrzną pogodą oraz dużymi regulacjami życia społecznego, gdzie nie zostawiono miejsca na swobodny wybór stolika w lokalu, nie wspominając o ograniczeniach na lotniskach, co było szczególnie odczuwane przez osoby będące tu po raz pierwszy. W tym podobno najbardziej europejskim z amerykańskich miast, w przytulnych lokalach serwowano potrawy bardzo dobrej i obfitej kuchni, łącząc dobre tradycje kontynentalne z rozmachem nowego świata.

Towarzyszące (tylko w Polsce przed wyjazdem) informacje o ataku „świńskiej grypy” nie powstrzymały kilkutysięcznej (5–7 tys.) rzeszy uczestników konferencji od licznych spotkań cechujących się dużą frekwencją i dyskusjami. Opisany powyżej charakter miasta przełożył się na wyśmienitą organizację konferencji.

Nie sposób uczestniczyć we wszystkich spotkaniach, odbywających się w kilkunastu miejscach na raz, zatem coś trzeba było wybrać...

Dla lekarza od lat angażującego się w problem implantacji, a następnie usunięcia elektrod endokawitarnych wybór był jeden. W tym roku w Bostonie ogłoszono konsensus ekspertów (oczekiwany od kilku lat) na temat wytycznych do zabiegów przezżylnego usuwania elektrod. Temu czwartkowemu wydarzeniu (14 maja 2009 r.) towarzyszyło szczególne nastawienie. Jednym z opracowujących zalecenia (i jednym z 3 europejczyków) był doktor Przemysław Mitkowski z Poznania. O jego roli w tworzeniu nowych zasad dowiedzieliśmy się dopiero w trakcie specjalnej sesji, gdy podano skład grupy ekspertów.

Nowe wytyczne opublikowano w *Heart Rhythm* [1]; zapewne wkrótce ukaze się ich tłumaczenie na język polski. Pozwalamy sobie jedynie krótko przedstawić zasadnicze zmiany w stosunku do dotychczas obowiązujących zaleceń *North American Society Pacing and Electrophysiology* (NASPE) z 2000 roku [2]:

— do I klasy wskazań do usunięcia przesunięto z dotychczasowej II klasy ropienia i przetoki do łoża stymulatora/kardiowertera/defibrylatora

(PM, *pacemaker*/ICD, *implantable cardioverter-defibrillator*);

- sprecyzowano definicję całkowitego sukcesu operacyjnego, odróżniając go od powodzenia klinicznego, w którym jest dopuszczone pozostawienie małego kawałka elektrody w układzie sercowo-naczyniowym;
- odróżniono w klasach wskazań usuwanie elektrod czynnych i nieczynnych (porzuconych);
- określono szczegółowo skład zespołu uczestniczącego w zabiegu;
- wypowiedziano się na temat minimalnego doświadczenia lekarza rozpoczynającego zabiegi usuwania: co najmniej 40 elektrod usuniętych pod nadzorem doświadczonego nauczyciela i 20 elektrod usuwanych rocznie w celu podtrzymania umiejętności. Równocześnie zdefiniowano kwalifikacje lekarza szkolącego: co najmniej 75 usuniętych elektrod;
- zaproponowano:
 - stopniowanie trudności zabiegów i tworzenie centrów najbardziej doświadczonych w celu wykonywania najtrudniejszych usunięć,
 - administracyjną pracę nad utworzeniem właściwych zespołów zajmujących się usunięciami z zabezpieczeniem leczenia powikłań tych zabiegów, tak aby opóźnienie nie przekraczało 5–10 minut,
 - właściwe wyposażenie sali operacyjnej (wysokiej klasy fluoroskop, instrumentarium chirurgiczne, szerokie spektrum przyrządów do usuwania, echokardiografia przezklatkowa i przezprzełykowa);
- wypowiedziano się na temat terminu przeżyłnej implantacji nowego układu PM/ICD po zabiegu usunięcia elektrod w przebiegu infekcji, odróżniając pacjenta z vegetacjami związanymi z zastawkami lub elektrodami, u którego jest zalecany co najmniej 14-dniowy okres oczekiwania na przezżylną implantację, z opcją krótszego terminu przy potwierdzonym zniknięciu vegetacji lub implantacji elektrod epikardialnych. Dopuszczalne jest wykonywanie implantacji przeżyłnej u chorego bez vegetacji po 72 godzinach oczekiwania na jałowe posiewy z krwi pobranej w czasie 24 godzin od zabiegu usunięcia ropiejącego układu;



Rycina 1. Polska delegacja (z zespołu katowickiego i krakowskiego) na konferencję *Heart Rhythm Society*, Boston 2009, przed rzeźbą „The Partisans” [zdjęcie pochodzi z prywatnego zbioru doktora Bogusława Grzegorzewskiego]

— polecano rozważyć tworzenie ośrodkowych, ogólnopacjentowych i ponadpacjentowych rejestrów zabiegów usuwania elektrod endokawitarnych.

Na kanwie nowych wytycznych nie sposób nie rozważyć naszej, polskiej rzeczywistości, która już teraz nie nadąża za istniejącymi potrzebami. Dotychczas w Polsce administracyjnie nie utworzono ani jednego referencyjnego ośrodka, nie stworzono też rejestru usunięć elektrod endokawitarnych.

Pacjentów z przewlekłą stymulacją, kwalifikujących się do zabiegów usunięcia według dotychczasowych (z 2000 r.) wskazań kieruje się do samoczynnie powstałych miejsc, a właściwie osób zajmujących się tą dziedziną. Jedynym zespołem, który jak dotychczas opublikował swoje doświadczenia na podstawie prowadzonego własnego rejestru, jest zespół lubelsko-krakowski [3]. Obecnie (po kolejnych kilku miesiącach) w rejestrze tym zgromadzono dane niemal 300 pacjentów z 2/3 kraju po usunięciach około 500 elektrod.

Po przyjęciu rozszerzonych wskazań do usunięcia należy się liczyć z masowo narastającymi skierowaniami chorych. Sytuacja, która powstała po konferencji w Bostonie, będzie wymagała istotnego zaangażowania i pomocy decydentów w organizacji ośrodków oraz dostawie sprzętu do zabiegów usuwania elektrod. Czy będzie wola rozważenia tego problemu? Pozytywnej odpowiedzi należy życzyć lekarzom zaangażowa-

nym w terapię powikłań przewlekłej stymulacji serca, a przede wszystkim — naszym chorym.

Spotkanie w Bostonie to również zaskakujące *polonica*. Tuż obok Centrum Kongresowego (BCEC, *Boston Convention and Exhibition Center*) znajduje się surrealistyczna kompozycja upamiętniająca polskich partyzantów („*The Partisans*”) autorstwa Andrzeja Pityńskiego z 1979 roku, z podpisem: *The sculpture depicts polish underground fighters who battled the german and soviet forces during World War II and later the communist regime of Poland*. Przejmujące sylwetki jeźdźców nieodparcie kojarzą się z błędnymi rycerzami, z determinacją idącymi na spotkanie z wrogiem (ryc. 1).

Piśmiennictwo

1. Wilkoff B.L., Love C.J., Byrd C.L. i wsp. Transvenous lead extraction: Heart Rhythm Society expert consensus on facilities, training, indications, and patient management. This document was endorsed by the American Heart Association (AHA). *Heart Rhythm* 2009; 6: 1085.
2. Love C.J., Wilkoff B.L., Byrd C.L. i wsp. Recommendations for extraction of chronically implanted transvenous pacing and defibrillator leads: indications, facilities, training. *PACE* 2000; 23: 544–551.
3. Kutarski A., Małecka B., Ruciński P., Ząbek A. Percutaneous extraction of endocardial leads — a single centre experience in 120 patients. *Kardiologia Polska* 2009; 67: 149–156.

Barbara Małecka i Andrzej Kutarski