

## IV Sympozjum Jesienne „Postępy i problemy w stymulacji serca” Zamek Czocha w Leśnej koło Jeleniej Góry 5–7 listopada 2008 roku

W starym, XIII-wiecznym zamku Czocha („Twierdzy Szyfrów”), w atmosferze mrocznej tajemnicy pogłębionej gęstą listopadową mgłą odbyło się IV Sympozjum Jesienne — „Postępy i problemy w stymulacji serca” zorganizowane przez Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK), pod patronatem i przy współpracy Sekcji Rytmu Serca PTK. W ciągu 3 dni i 2 nocy grono 16 wykładowców i prawie 80 uczestników podczas jedenastu sesji omawiało bardziej i mniej poznane aspekty elektroterapii serca. Spotkanie rozpoczął prezes Sekcji Rytmu Serca PTK i główny organizator konferencji, Andrzej Kutarski. Wyjaśnił on podstawy doboru tegorocznej tematyki sympozjum, gdzie oprócz omawiania postępu w metodach elektroterapii serca pojawiły się wykłady na temat standardów, technik zabiegowych i powikłań oraz prezentacje filmowe zarówno implantacji, jak i usunięć układów stymulujących/implantowanych kardiowerterów-defibrylatorów serca (ICD).

W pierwszej sesji pt. „Standardy implantacji” Barbara Małecka przedstawiła współczesne wymagania w zakresie konstrukcji, wyposażenia i organizacji pracy obojętności operacyjnego, w którym powinny być wykonywane zabiegi implantacji oraz wymian stymulatorów/ICD. Dyskusja, którą wywołał wykład, dobitnie ukazała, w jak wielu ośrodkach w Polsce brakuje właściwych warunków do przeprowadzania tych zabiegów. Michał Chudzik omówił przygotowanie, a Bogusław Grzegorzewski przebieg zabiegu implantacji rozrusznika/ICD. Wyraźnym przesłaniem sesji było to, że nie istnieje prawne pojęcie sali zabiegowej, pracowni elektrofizjologicznej itp. Zabiegi trzeba wykonywać w salach operacyjnych spełniających jednocześnie kryteria radiologicznych sal zabiegowych. Przeprowadzając zabiegi operacyjne w innych miejscach, lekarze przyjmują wszelkie wynikające z tego konsekwencje karno-prawne (odpowiedzialność cywilno-prawną ponosi szpital).

Andrzej Kutarski przedstawił najczęstsze problemy podczas implantacji układu stymulującego

wraz z wieloma radami wynikającymi z wieloletniego doświadczenia, jak postępować w razie problemów/komplikacji zabiegów. W porównaniu z wykładami sprzed kilku lat istnieje znacznie mniej wskazań do implantacji elektrod drogą torakotomii — dostępne stają się alternatywne sposoby stymulacji serca (przeżylna lewokomorowa), inne drogi dotarcia do serca (żyłą główną dolną i przede wszystkim starą elektrodą umożliwiającą wykorzystanie istniejącego dostępu żylnego w przypadku niedrożności). Jerzy Śpikowski podjął temat postępowania z pacjentem w 1. dobie po zabiegu, zwłaszcza wobec możliwych komplikacji.

W drugiej sesji wszyscy wykładowcy i prowadzący sesję (M. Chudzik, W. Mojkowski, M. Moszczeński, A. Maciąg, B. Małecka) nawoływali do starannego przemyślenia strategii postępowania przed rozpoczęciem powtórnego zabiegu elektroterapii, zarówno z powodu możliwości napotkania anatomicznych utrudnień (niedrożna żyła podobojczykowa, ciasna, zmieniona blizną łoża stymulatora), jak i z przyczyn technicznych lub sprzętowych, wymagających mądrych decyzji wynikających z doświadczenia operatora. Konkluzją tej sesji było następujące przesłanie: powtórnym zabieg (wymiana, rewizja, rozbudowa układu stymulacyjnego/ICD) jest trudny, nawet dla najbardziej doświadczonego operatora, i częściej niż implantacja wykonywana po raz pierwszy może wywołać komplikacje. Zabiegi te powinni wykonywać najbardziej doświadczeni operatorzy, przy zachowaniu najwyższego stopnia aseptyki.

Pierwszy dzień sympozjum zakończyło tradycyjne „kino nocne” (sesja trzecia) z odtworzeniem nagrań filmowych z przygotowania i przeprowadzenia zabiegów z sal operacyjnych ośrodków w Krakowie, Lublinie, Radomiu i Łodzi.

Czwarta sesja rozpoczynająca 2. dzień spotkania dotyczyła groźnych i dotychczas mało nagłośnionych sytuacji — powikłań zabiegów elektroterapii. Wykładowcy i prowadzący sesję (A. Kutarski, P. Mitkowski, B. Małecka, A. Maciąg) podjęli wraz z uczestnikami dyskusję na temat zabiegów elektroterapii

u chorych leczonych przeciwkrzepliwie i antyagregacyjnie. Wobec rosnącej liczby pacjentów chronionych przed zatorowością płucną i obwodową (zwłaszcza mózgową) za pomocą leków przeciwkrzepliwych, a także osób leczonych antyagregacyjnie w przebiegu choroby niedokrwiennej (zwłaszcza po implantacji stentów wewnątrzśrodkowych), zwiększa się możliwość powikłań krwotocznych tych zabiegów. Wobec tego niezbędne wydaje się poddawanie skrupulatnej obserwacji — bilansu zysku i strat ogłoszonych w 2007 roku zaleceń do postępowania okołoperacyjnego. Czy rosnąca liczba krwiaków łoża stymulatora jest właściwą ceną za zmniejszenie ryzyka udaru mózgu czy zakrzepicy w stencie? Omówiono znaczenie krwiaka łoża stymulatora/ICD w uruchamianiu „kaskady nieszczęść”, na której końcu znajduje się zapalenie wsierdza prawej jamy serca — schorzenia nie mniej śmiertelności niż udar mózgu czy zakrzepica w stencie. W czasie gorącej dyskusji, jeszcze wielokrotnie wznawianej (zawsze wtedy, gdy poruszano temat infekcyjnych powikłań stymulacji), powracano do koniecznej zmiany organizacji i nawyków w czasie wymian stymulatorów/ICD. Te zabiegi wymian wymagają największych umiejętności i warunków aseptyki sali operacyjnej.

Podczas piątej sesji poświęconej leczeniu powikłań stymulacji/ICD Andrzej Kutarski i Przemysław Mitkowski — reprezentujący jedyne dwa polskie ośrodki (Lublin i Poznań), gdzie na szerszą skalę prowadzi się zabiegi przezskórnego usuwania elektrod endokawitarnych — przedstawili światowe wskazania, polskie realia i swoje doświadczenia z wykonanych zabiegów. Przesłaniem sesji była próba przekonania słuchaczy, że w praktyce każda infekcja układu stymulującego powinna się zakończyć jak najszybszym jego usunięciem i że wszelkie zabiegi naprawcze, takie jak opracowywanie rany, wycinanie przetok i odleżyn oraz zbyt długa antybiotykoterapia nie są uzasadnione, bowiem zwiększają ryzyko wystąpienia tak zwanego odelektrodowego zapalenia wsierdza. W nowych, przygotowywanych standardach takie postępowanie będzie uznane za błędne.

Drugim celem sesji było omówienie zapalenia wsierdza w prawej jamie serca, zwanego potocznie „endokarditem odelektrodowym”. To jednostka, której praktycznie nie ma w polskich podręcznikach i monografiach oraz pracach poglądowych, a w związku z gwałtownie rosnącą liczbą implantacji stymulatorów oraz ICD również w Polsce to, na szczęście, rzadkie, ale trudne do rozpoznania powikłanie pojawia się i będzie się pojawiać coraz częściej. Prawostronne zapalenie wsierdza to albo

obraz nawracających stanów gorączkowych, albo obraz (dominujący) nawracających ogniskowych zapaleń płuc u pacjenta ze stymulatorem/ICD. Przewlekła zatorowość płucna praktycznie należy do obrazu klinicznego prawostronnego zapalenia wsierdza. Gorączka, przeciążenie prawej komory w echokardiografii, niejasne nawracające, ogniskowe zazwyczaj zmiany „zapalne” w płucach u pacjenta z prawostronnym kardioimplantem w zasadzie powinny zasugerować konieczność wykonania echokardiografii przezprzełykowej i ukierunkowanej diagnostyki. Zazwyczaj wbrew wskazaniom pacjenci są kierowani do leczenia kardiochirurgicznego. Temu zagadnieniu poświęcono kilka wykładów oraz wiele czasu w dyskusji.

Sesję szóstą poświęcono standardom kontroli układów stymulujących, a jednocześnie porównaniu zwyczajów panujących w tej dziedzinie w różnych ośrodkach. Wykładowcy (J. Blicharz, J. Kuśnierz, A. Bardyszewski, P. Ruciński, M. Chudzik) omówili kolejno następujące zagadnienia: jakie parametry sterowania/stymulacji kontrolujemy, jak często i dlaczego, czym różnią się kontrole układów jedno-, dwu- i trójjamowych oraz ICD. I wreszcie zasadnicze pytanie, mające głębokie aspekty, nie tylko organizacyjne: czy należy kontrolować tylko stymulator, czy też pacjenta i stymulator? Dziś stymulacja to element terapii często tak modyfikowalny jak farmakoterapia, a pamięć stymulatora i telemedycyna to kolejne przesłanki, by odchodzić od izolowanej kontroli stymulatora.

Kolejne dwie sesje (szóstą i siódmą) poświęcono nowym i mniej nowatorskim funkcjom (algorytmom) stymulacji, algorytmom częstotliwości i rzadziej używanym oraz doborowi funkcji do choroby i sytuacji klinicznej. W kolejnych wystąpieniach wykładowcy (M. Chudzik, W. Mojkowski, P. Ruciński, K. Oleszczak, J. Śpikowski, P. Dąbrowki, B. Grzegorzewski) omówili nowe algorytmy redukujące ryzyko migotania przedsionków, zwiększające bezpieczeństwo stymulacji, minimalizujące odsetek stymulacji przedsionków i komór (u kogo włączać, a u kogo wprost przeciwnie), zmniejszające zużycie baterii, funkcje imitujące lepiej bądź doskonale naturalny chronotropizm serca (u kogo tak, u kogo nie), algorytmy zapobiegające nadmiernemu przyspieszeniu akcji komór przy arytmiiach przedsionkowych.

Pracowity drugi dzień konferencji zakończyła sesja dziewiąta — „kino nocne”. Tu w rolach głównych wystąpili realizatorzy zabiegów (A. Kutarski i B. Małecka) oraz filmów (A. Ząbek) przedstawiających nagrania z zabiegów przezskórnego usuwania elektrod endokawitarnych. Każdy film miał swoje przesłanie i towarzyszyło mu omówienie sytuacji

klinicznej. Wszystko po to, by na konkretnych przykładach pokazać zastosowanie zaleceń do przezżyłnego usuwania elektrod, bowiem konieczna jest zmiana świadomości lekarzy realizujących elektroterapię w Polsce. Obecnie wciąż zbyt mało potrzebujących pacjentów jest kierowanych do zabiegów usunięcia elektrod i zbyt często są wykonywane zabiegi ich kardiologicznego usuwania.

Trzeci, ostatni dzień konferencji poświęcono omówieniu współczesnej strategii leczenia arytmii, ze szczególnym uwzględnieniem migotania przedsionków. Wykładowcy (P. Dąbrowski, P. Ruciński, M. Chudzik, J. Kuśnierz, B. Małecka, A. Piątkowska, W. Mojkowski, J. Śpikowski, A. Kutarski), którzy omówili szczegóły zastosowania stymulacji, ablacji oraz metod terapii realizowanych w ich miejscach pracy, wykazali, jak skomplikowanym i wciąż niewyjaśnionym schorzeniem jest migotanie przedsionków. Obecnie stosowane leczenie, przy ogromnej zmienności klinicznych uwarunkowań arytmii i jej częstym występowaniu, musi łączyć wszystkie dostępne sposoby terapii (farmakoterapię, ablację i stymulację) ze zmiennym naciskiem na każdy z nich, indywidualnie dobieranym do chorego. Zastosowanie stymulacji u pacjenta z migotaniem przedsionków to obecnie nie tylko zapobieganie bradykardii, ale również leczenie zaburzeń przewodzenia śród- i międzyprzedsionkowego oraz umiejętne programowanie przeciwarrytmicznych algorytmów. O postępach stymulacji świadczy fakt, że już nikt z uczestników nie miał wątpliwości, iż uszko prawego przedsionka nie jest najlepszym miejscem stymulacji u pacjentów z migotaniem przedsionków, a stymulacje przegrodowe (zwłaszcza okolicy wiązki Bachmanna) zyskują w Polsce nie tylko akceptację, ale i popularność. Interesujące było przedstawienie drugiego aspektu różnych odmian ablacji migotania przedsionków,

który zdecydowanie nasila zaburzenia przewodzenia między- i śródprzedsionkowego, a w przypadku niektórych chorych dodatkowej możliwości terapeutycznej — resynchronizacji przedsionkowej. Ablacja w migotaniu przedsionków nie spełnia jeszcze pokładanych w niej nadziei, być może tylko dlatego, że wiedza o naturze schorzenia jest zbyt mała, a sam zabieg często wykonuje się za późno (podczas długiego oczekiwania na zabieg przedsionki ulegają nieodwracalnemu remodelingowi). Fakt spotkania podczas jednej sesji specjalistów w zakresie ablacji i stymulacji najlepiej obrazuje obecne tendencje do leczenia skojarzonego, być może dającego szansę większej skuteczności.

Ten praktyczno-kliniczny blok tematyczny stanowił zakończenie Sympozjum, którego uczestnicy otrzymali certyfikaty wraz z 14,75 punktami edukacyjnymi przyznanymi przez Komisję ds. Szkoleń i Specjalizacji PTK. Tradycyjną już fotorelację ze zjazdu, przedstawiającą również uroki miejsca spotkania, można zobaczyć na stronie [www.ptkardio.lublin.pl](http://www.ptkardio.lublin.pl).

Stale przybywa nowych ośrodków implantujących stymulatory i rośnie grono młodych lekarzy, którzy po raz pierwszy spotykają się z realiami stałej stymulacji serca. Tym samym przybywa chętnych do poszerzania wiedzy w tym zakresie. O zapotrzebowaniu na szkolenia świadczy liczba zgłoszeń — zawsze przekraczająca organizacyjne możliwości przyjęcia wszystkich chętnych. O niepowtarzalnej atmosferze Sympozjum świadczyła i tym razem pełna sala wykładowa (np. o godz. 22.00 i później). Pozytywnie opinie uczestników umocniły wcześniejsze zamierzenia organizatorów, by kontynuować te spotkania. W 2009 roku, o ile nie zaistnieją żadne przeszkody, spotkamy się ponownie na kolejnym zjeździe w równie pięknym, choć innym pałacu bądź zamku.

*Barbara Małecka i Andrzej Kutarski*