

Nie takie proste postępowanie w „prostych” arytmiach komorowych

dr hab. n. med. Mariusz Pytkowski

II Klinika Choroby Wieńcowej, Instytut Kardiologii, Warszawa



Ogniskowe komorowe zaburzenia rytmu serca u pacjentów bez organicznej choroby serca (NHVA, *normal heart ventricular arrhythmias*) są zjawiskiem stosunkowo rzadkim i występują u ok. 4% osób z komorowymi zaburzeniami rytmu [1]. Mechanizmem tych arytmii jest automatyzm wyzwalany, znacznie rzadziej typowe reentry. Przyczyną podejmowania leczenia u pacjentów z arytmia komorową bez organicznej

choroby serca są najczęściej utrwalone lub nieutrwalone częstoskurcze komorowe. Poza napadami częstoskurczu komorowego terapię podejmuje się u osób objawowych z komorowymi skurczami dodatkowymi (PVCs, *premature ventricular contractions*) często układającymi się w okresy bigeminy i trigeminy. U większości pacjentów z PVCs bez organicznej choroby serca arytmia ma przebieg łagodny z udokumentowanym zanikaniem arytmii komorowych u połowy osób w długotrwałej obserwacji klinicznej [2]. Z kolei u części chorych są opisywane poważne powikłania tej teoretycznie łagodnej arytmii, takie jak kardiomiopatia związana z arytmia, a nawet pojedyncze przypadki nagłych zgonów sercowych. Brak objawów klinicznych nie jest jednoznaczny z brakiem zagrożenia kardiomiopatią lub nagłym zgonem. Nieliczne opisy nagłych zgonów w tej grupie osób nie pozwalają na jednoznaczne wyodrębnienie chorych zagrożonych nagłą śmiercią sercową. Natomiast ryzyko upośledzenia funkcji skurczowej lewej komory rośnie wraz ze wzrostem odsetka komorowych skurczów dodatkowych w dobowym monitorowaniu EKG [3]. Istnieją jednak sugestie kliniczne wyodrębniające chorych zagrożonych kardiomiopatią zależną od arytmii i nagłym zgonem sercowym, u których występują wskazania do ablacji ogniska arytmii. Są to pacjenci z licznymi PVCs, powyżej 20% wszystkich skurczów serca na dobę, napadami częstoskurczu komorowego o częstości powyżej 200/min, arytmiami nasilającymi się podczas stymulacji adrenergicznej oraz PVCs z krótkim sprzężeniem spełniającymi kryteria pobudzeń typu R/T [4]. Ponadto u chorych z arytmiami komorowymi z drogi odpływu prawej komory powinno się wykluczyć arytmogenną kardiomiopatię prawokomorową. Arytmie komorowe u pacjentów bez organicznej choroby serca są przyczyną kierowania do zabiegów ablacji do 10% ogólnej populacji chorych poddawanych ablacji prądem o wysokiej częstotliwości. W większości (70%) przypadków ognisko NHVA pochodzi z drogi odpływu prawej komory. W pozostałych przypadkach NHVA ognisko arytmii znajduje się w lewej komorze: w części nadzastawkowej i podzastawkowej drogi odpływu lewej komory, w okolicy tylnej i przedniej wiązki lewej odnogi pęczka Hisa (częstoskurcz pęczkowy *fascicular tachycardia*) oraz okolicy pierścienia zastawki mitralnej. Pozostałe lokalizacje ognisk arytmogennych to pień płucny i nasierdzie.

Praca Steca i wsp. [5] podsumowuje doświadczenie ważne ośrodka elektrofizjologicznego w zakresie nieinwazyjnych i inwazyjnych metod leczenia objawowych pacjentów z PVCs bez organicznej choroby serca. Dzięki jednorodnej grupie chorych w artykule zawarto nowe treści dotyczące diagnostyki i terapii tej grupy osób. Praca potwierdza opinie o bardzo ograniczonej skuteczności metoprololu i werapamilu w terapii osób z PVCs bez organicznej choroby serca. Najskuteczniejszym preparatem jest

w tej grupie chorych „czysty” lek antyarytmiczny — propafenon. Poważną niedogodnością terapii propafenonem jest to, że jest on skuteczny i dobrze tolerowany jedynie u niespełna 40% chorych. Nawet u pacjentów, u których lek antyarytmiczny jest skuteczny i dobrze tolerowany, przed decyzją o długotrwałym leczeniu konieczne jest rozważenie związanego z nim ryzyka i wpływu długotrwałego przyjmowania leków na psychikę pacjenta. Z kolei inwazyjne metody terapii dają nadzieję na jednorazowy zabieg, który trwale usunie arytmie przy nieznacznym ryzyku dla chorego. W omawianej pracy 60% osób poddano ablacji przeznaczeniowej z blisko 90-procentową skutecznością w obserwacji odległej. Mimo wielu trudnych lokalizacji ognisk arytmii nie notowano istotnych powikłań zabiegów ablacji. Objawy kardiomiopatii związanej z arytmia, które wystąpiły u 2 pacjentów, ustąpiły w ciągu 3 miesięcy od skutecznego zabiegu. Stec i wsp. [5] wykazali, że występowanie objawów klinicznych nie zależy od liczby PVCs. Po wdrożeniu skutecznego leczenia, zarówno farmakoterapii, jak i ablacji, następuje istotna poprawa w zakresie jakości życia. Potwierdzają to doświadczenia naszego ośrodka, które wykazują porównywalną poprawę jakości życia chorych z NHVA po skutecznej ablacji częstoskurczu komorowego oraz PVCs [5]. Ze względu na występującą u pacjentów bez organicznej choroby serca dużą dobową zmienność liczby PVCs, wykonanie zabiegu ablacji może być trudne, szczególnie u osób, u których występuje do kilku tysięcy skurczów komorowych na dobę. Dodatkowo, jeżeli uwzględnić się długoterminowe skutki farmakoterapii antyarytmicznej, należy również wziąć pod uwagę możliwe odległe skutki ekspozycji na promieniowanie rentgenowskie, zwłaszcza przy długotrwałych i powtarzanych procedurach.

Praca Steca i wsp. [5] ocenia leczenie zachowawcze i inwazyjne PVCs u pacjentów bez organicznej choroby serca i wykazuje przewagę ablacji nad farmakoterapią w zakresie skuteczności leczenia i działań niepożądanych. Jednak, podejmując decyzję o leczeniu inwazyjnym u chorego z „łagodną” arytmia komorową, należy przed zabiegiem ocenić skalę trudności ablacji pod kątem możliwych powikłań, których ryzyko wzrasta w nietypowych lokalizacjach ognisk arytmogennych. Możliwe, że przed zabiegiem trzeba rozważyć konsultację elektrokardiogramu chorego z NHVA w ośrodku specjalizującym się w tego typu ablacjach, a część „trudnych” pacjentów powinna być przekazana do tych ośrodków.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Klein LS, Shih HT, Hackett K et al. Radiofrequency catheter ablation of ventricular tachycardia in patients without structural heart disease. *Circulation*, 1992; 85: 1666-1674.
2. Gaita F, Giustetto C, Di Donna P et al. Long-term follow-up of right ventricular monomorphic extrasystoles. *J Am Coll Cardiol*, 2001; 38: 364-370.
3. Baman TS, Lange DC, Ilg KJ et al. Relationship between burden of premature ventricular complexes and left ventricular function. *Heart Rhythm*, 2010; 7: 865-869.
4. Viskin S, Antzelevitch C. The cardiologists' worst nightmare: sudden death from "benign" arrhythmias. *J Am Coll Cardiol*, 2005; 46: 1295-1297.
5. Stec S, Sikorska A, Zaborska B, Kryński T, Szymot J, Kulakowski P. Benign symptomatic premature ventricular complexes: short and long-term efficacy of antiarrhythmic drugs and radiofrequency ablation. *Kardiol Pol*, 2012; 70: 351-358.
6. Pytkowski M, Maciąg A, Jankowska A et al. Quality of life improvement after radiofrequency catheter ablation of outflow tract ventricular arrhythmias in patients with structurally normal hearts. *Acta Cardiologica* (in press).