

Wszczepialny automatyczny kardiowerter-defibrylator: czy wciąż broń obusieczna?

dr hab. n. med. Radosław Lenarczyk

Katedra Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii, Oddział Kliniczny Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze



Wraz z poprawą warunków życia i standardów opieki medycznej obserwuje się stopniowe starzenie się społeczeństw i wzrost przeżywalności chorych z ostrymi stanami kardiologicznymi (głównie epizodami wieńcowymi). Następstwem tego jest stale postępujący wzrost liczby pacjentów z istotnym strukturalnym uszkodzeniem serca, którzy

zgodnie ze współczesną wiedzą znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka nagłego zgonu sercowego. Wprowadzenie do praktyki klinicznej wszczepialnego automatycznego kardiowertera-defibrylatora (ICD) stanowiło przełom w leczeniu tej grupy osób, a skuteczność terapii antyarytmicznych dowiedziano w wielu badaniach nad pierwotną i wtórną profilaktyką nagłego zgonu. Terapia za pomocą ICD nie jest jednak pozbawiona ryzyka, a niektóre potencjalne niekorzystne aspekty tego leczenia mogą negatywnie wpływać nie tylko na jakość, ale i na długość życia pacjentów. Z powodu niskiego odsetka adekwatnych wyładowań w pewnych grupach chorych oraz powikłań metody niektórzy Autorzy nie zawahali się nawet nazwać coraz bardziej rozpowszechniającej się terapii przy użyciu ICD „nowoczesną epidemią” [1]. Dlatego też wciąż poszukuje się markerów, które pozwalając przewidzieć wystąpienie przyszłego zdarzenia arytmicznego, zawężyłyby krąg potencjalnych kandydatów do tego typu terapii i wykluczyłyby niepotrzebne implantacje ICD, wraz z potencjalnymi powikłaniami im towarzyszącymi. Temu ważnemu tematowi jest też poświęcona komentowana praca Lelakowskiego i wsp. [2]. W poszukiwaniu predyktorów adekwatnej interwencji defibrylatora w rocznym okresie obserwacji Autorzy przeanalizowali w sposób retrospektywny dane ponad 370 chorych, którym w ramach pierwotnej lub wtórnej profilaktyki nagłego zgonu implantowano ICD. Wyniki analizy wskazują, że markerami przeżycia bez groźnego zdarzenia arytmicznego jest wyższa frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF), węższy zespół QRS, wolniejsza akcja serca i mniej zaawansowana klasa wg NYHA. W analizie wieloczynnikowej Autorzy wykazali też, że jedynie LVEF > 31% jest niezależnym czynnikiem zmniejszającym szansę na adekwatną interwencję ICD. Praca ta stanowi kolejny ważny przyczynek do wzbogacenia wiedzy na temat tej grupy chorych. Jej wyniki potwierdzają wysoką wartość upośledzonej funkcji skurczowej lewej komory jako kryterium kwalifikacji chorych do terapii z użyciem ICD (choć optymalny punkt odcięcia dla LVEF w cytowanej pracy był niższy niż obecne wskazania rekomendowane przez towarzystwa kardiologiczne). Tro-

chę szkoda, że Autorzy nie pokusili się o osobną podanalizę chorych z bardzo niską LVEF. Mogłaby ona wyjaśnić, czy zależność nasilenia arytmogenezy od funkcji skurczowej lewej komory nie ma kształtu litery U (co sugerowałoby mechanizm mniejszej korzyści z ICD odnoszonej przez grupę chorych z niewielkiego stopnia dysfunkcją skurczową, ale też ze znacznie upośledzoną czynnością komory). Autorzy sugerują, że uzyskane wyniki mogą przyczynić się do modyfikacji wskazań do wszczepienia ICD. Moim zdaniem, zwłaszcza biorąc pod uwagę okres obserwacji w cytowanym badaniu, sugestia ta jest zbyt śmiała. Należy bowiem pamiętać, że w świetle badania INSURE, aż u 21% chorych, u których adekwatna interwencja ICD nie pojawiła się w okresie 62 miesięcy od wszczepienia ICD, wystąpiła ona w ciągu następnych 3 lat [3]. Na pewno jednak (zwłaszcza w warunkach polskich) dane uzyskane przez Autorów mogą służyć stratyfikacji ryzyka i podjęciu decyzji o implantacji w trybie przyspieszonym. W cytowanym badaniu zaobserwowano obecność nieadekwatnych interwencji ICD u ponad 8% chorych (w tym 92 interwencje wysokoenergetyczne), jednak kryteria rozpoznawania arytmii komorowych były dość liberalne (> 162/min dla częstoskurczu komorowego). Należy pamiętać, że nieadekwatne interwencje nie są zdarzeniami banalnymi, a ich wystąpienie nie tylko pogarsza jakość życia chorych, ale też jest niezależnym prognostykiem złego rokowania. Pewne nadzieje budzą wyniki niedawno opublikowanego, randomizowanego badania MADIT-RIT, w którym bardzo zaostrome kryteria detekcji arytmii (> 200/min dla częstoskurczu komorowego, interwencja po 2,5 s opóźnienia) nie tylko ograniczyły liczbę nieadekwatnych wyładowań, ale zmniejszyły śmiertelność [4]. Wyniki te pozwalają wierzyć, że odpowiednie programowanie urządzeń pozwoli w niedalekiej przyszłości uzyskać jeszcze większe korzyści u chorych z ICD.

Konflikt interesów: honoraria jako konsultant od firm Medtronic i Biotronik

Piśmiennictwo

1. Katritsis DG, Josephson ME. Sudden cardiac death and implantable cardioverter defibrillators: two modern epidemics? *Europace*, 2012; 14: 787-794.
2. Lelakowski J, Piekarczyk J, Rydlewska A et al. Factors predisposing to ventricular tachyarrhythmia leading to appropriate ICD intervention in patients with coronary artery disease or non-ischaemic dilated cardiomyopathy. *Kardiologia Polska*, 2012; 71: 1264-1275.
3. Erkapic D, Sperzel J, Stiller S et al.; for the INSURE Investigators. Long-term benefit of implantable cardioverter/defibrillator therapy after elective device replacement: results of the INCidence free SURvival after ICD REplacement (INSURE) trial: a prospective multicentre study. *Eur Heart J*, 2012; doi: 10.1093/eurheartj/ehs177.
4. Moss AJ, Schugert C, Beck CA et al.; the MADIT-RIT Trial Investigators. Reduction in Inappropriate Therapy and Mortality through ICD Programming. *N Engl J Med*, 2012; doi: 10.1056/NEJMoa1211107.