

Rozbudowa układów stymulujących u chorych z niewydolnością serca — rosnący problem kliniczny

dr n. med. Andrzej Przybylski

Klinika Zaburzeń Rytmu Serca, Instytut Kardiologii, Warszawa



Migotanie przedsionków (AF) i zaburzenia przewodzenia prowadzące do asynchronii międzykomorowej i śródkomorowej występują w dużym odsetku chorych ze skrajną niewydolnością serca (HF). Migotanie przedsionków, zwłaszcza z szybką czynnością komór, jest jednym z czynników ograniczających skuteczność terapii resynchronizującej (CRT).

Istnieje wiele publikacji świadczących o korzyściach z tej formy leczenia również u chorych z przetrwałym AF [1]. Ta grupa pacjentów nie była jednak objęta wielośrodkowymi, randomizowanymi badaniami, które wykazały korzyści płynące z implantacji CRT.

Jednym z większych problemów związanych z CRT u pacjentów z AF jest uzyskanie odpowiednio wysokiego odsetka pobudzeń wystymulowanych. W komentowanej pracy [2] oceniano efekt stymulacji dwukomorowej (BiV) lub dwupunktowej (BiF) u chorych z przetrwałym AF, którym wcześniej implantowano układ stymulujący typu VVI z powodu bloku przedsionkowo-komorowego II lub III stopnia. Taki dobór grupy jest bardzo korzystny ze względów metodologicznych, ponieważ dane zarejestrowanych w stymulatorze precyzyjnie podają odsetek pobudzeń wystymulowanych (w pracy przyjęto kryterium > 95% stymulacji). Jest to również grupa osób stanowiąca istotny problem kliniczny, gdyż na skutek naturalnego przebiegu choroby oraz stałej stymulacji koniuszka prawej komory dochodzi u nich do odpornej na farmakoterapię HF. W pracy wykazano, że w tej grupie pacjentów rozbudowa systemu stymulującego jest uzasadniona i przynosi korzyści kliniczne. Należy podkreślić, że przedstawiona praca jest oparta na stosunkowo dużej grupie chorych (dla porównania w cytowanej pracy Leona i wsp. [3] badaniem objęto 20 osób).

Krytycznego podejścia wymaga zastosowanie dwupunktowej stymulacji prawej komory. Mimo pojedynczych doniesień o skuteczności tej formy terapii u chorych z HF (opartych zazwyczaj na nierandomizowanych pracach obejmujących małe grupy chorych i krótki okres obserwacji), stymulacja dwupunktowa nie może być traktowana jako równoważna stymu-

lacji dwukomorowej (CRT). Wpływ CRT na zmniejszenie śmiertelności i poprawę parametrów wydolności serca wykazano w wielu dużych wielośrodkowych, randomizowanych badaniach, co znalazło odzwierciedlenie w zaleceniach towarzystw kardiologicznych dotyczących leczenia chorych z HF. Ponadto skuteczność przeżyłnej implantacji elektrody lewokomorowej przekracza 90% [4, 5], a w wybranych przypadkach można zastosować naszytą elektrodę na lewą komorę poprzez boczną torakotomię. Nieznany jest również odległy wpływ stymulacji dwupunktowej na stopień niedomykalności zastawki trójdzielnej. Należy zauważyć, że również w komentowanej pracy [2] główne korzyści kliniczne (zwłaszcza zwiększenie frakcji wyrzutowej lewej komory) dotyczyły chorych ze wszczepionym układem dwukomorowym.

Na koniec trzeba wspomnieć o stymulacji VVI. Szkodliwy wpływ stymulacji koniuszka prawej komory nie ulega wątpliwości, jednak nie wolno zapominać, że nie zawsze było to oczywiste i duży odsetek badanych chorych nie przeżyłby do czasu rozbudowy systemu (w komentowanej pracy średnio ok. 7,5 roku) bez zabezpieczenia stymulacją typu VVI.

Piśmiennictwo

1. Wein S, Voskoboinik A, Wein L et al. Extending the boundaries of cardiac resynchronization therapy: efficacy in atrial fibrillation, New York heart association class II, and narrow QRS heart failure patients. *J Card Fail*, 2010; 16: 432–438.
2. Małecka B, Ząbek A, Lelakowski J. Shortening of paced QRS complex and clinical improvement following upgrading from apical right ventricular pacing to bifocal right ventricular or biventricular pacing in patients with permanent atrial fibrillation. *Kardiol Pol*, 2010; 68: 1234–1241.
3. Leon AR, Greenberg JM, Kanuru N et al. Cardiac resynchronization in patients with congestive heart failure and chronic atrial fibrillation: effect of upgrading to biventricular pacing after chronic right ventricular pacing. *J Am Coll Cardiol*, 2002; 39: 1258–1263.
4. Sterliński M, Maciag A, Kowalik I et al. Success rate of transvenous left ventricular lead implantation for cardiac resynchronization therapy — recent experience of a single centre. *Kardiol Pol*, 2010; 68: 903–909.
5. Kowalski O, Lenarczyk R, Prokopczyk J et al. Effect of percutaneous interventions within the coronary sinus on the success rate of the implantations of resynchronization pacemakers. *Pacing Clin Electrophysiol*, 2006; 29: 1075–1080.