

Czy migotanie przedsionków u chorych z zespołem Wolffa-Parkinsona-White'a jest wciąż ważnym problemem klinicznym?

lek. Michał Mazurek, prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kalarus

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



Komentowana praca Szumowskiego i wsp. to interesujące opracowanie podejmujące ważne zagadnienie występowania epizodów migotania przedsionków (AF) u chorych z dodatkowym szlakiem przewodzenia (AP). Temat jest wciąż aktualny i ważny ze względów zarówno badawczych, jak i klinicznych. Napady AF, w wyniku przewodzenia impulsów elektrycznych o wysokiej częstotliwości poprzez AP do komór, mogą stanowić bezpośrednie zagrożenie życia i u części chorych z tej populacji być przyczyną nagłego zgonu sercowego (SCD). Wciąż nie jest to problem marginalny, a w naszej opinii – istotny przynajmniej z kilku powodów. Oszacowano, że zespoły preekscytacji występują u ok. 0,15–0,3% całej populacji (ocena na podstawie charakterystycznych zmian w EKG spoczynkowym – jawna preekscytacja). Jeśli wziąć pod uwagę okresowość cech preekscytacji u części chorych – postać intermitująca – lub przewodzenie AP jedynie wstecznie z komór do przedsionków – postać utajona, to całkowity odsetek występowania tego zespołu jest szacunkowo wyższy o ok. 20–25% [1-3]. Można przyjąć, że z prawie 40-milionowej populacji Polaków ok. 60–150 tys. ma AP. Migotanie przedsionków u tych osób występuje stosunkowo często, istotnie częściej niż w pozostałej populacji, oceniono, że aż u 11,5–39%. Publikowane dane podają, że rocznie ginie jeden chory na 1000 z zespołem Wolffa-Parkinsona-White'a (WPW), są to często ludzie młodzi i, poza tą anomalią, zwykle zdrowi [4–6].

Od nieco ponad 20 lat dysponujemy metodą ablacji przeskórnej, która daje możliwość leczenia przyczynowego chorych z zespołami preekscytacji z wysoką, ponad 90-procentową, skutecznością. Możliwości naszej krajowej elektrofizjologii klinicznej, pomimo jej dynamicznego rozwoju w minionych latach, wciąż są jednak ograniczone. To zmusza do określenia trybu, a w praktyce kolejności, w jakiej chorzy poddawani są zabiegom ablacji. Przedstawione dane pokazują wagę problemu, a z punktu widzenia klinicznego najistotniejsza jest selekcja chorych zagrożonych SCD.

Praca Szumowskiego i wsp. wnosi nowe dane dotyczące tego problemu. Najcenniejsze w omawianej pracy wy-

daje się wskazanie nowych grup chorych z zespołem WPW zagrożonych wystąpieniem epizodu AF. Autorzy poddali analizie dużą, bo liczącą aż 930 chorych, populację z zespołem WPW, co powoduje, że uzyskane wyniki są reprezentatywne i wiarygodne. Wykazali, że udokumentowane epizody AF wystąpiły u 25% z nich, co jest zgodne z uprzednio publikowanymi danymi. Pierwszy epizod AF zarejestrowano wyraźnie wcześniej u mężczyzn w porównaniu z kobietami – u mężczyzn średnio w wieku 34 lat, u kobiet średnio w 40. roku życia. Autorzy potwierdzają ponadto, że u części chorych nawrotny częstoskurcz przedsionkowo-komorowy (AVRT) ułatwia indukcję napadów AF. Uzyskane wyniki i postawione wnioski mają nie tylko ważne znaczenie badawczo-naukowe, ale również praktyczne. Przedstawione dane wskazują, że młodzi mężczyźni z jawnym zespołem WPW oraz epizodami kołatania serca to właśnie grupa zwiększonego ryzyka, która powinna być leczona zabiegowo w trybie pilnym, przed wystąpieniem epizodów AF, a więc jeszcze przed 30. rokiem życia. Daje im to realne szanse na całkowite wyleczenie. U części z nich takie działanie ma znamiona „profilaktyki pierwotnej nagłego zgonu”.

W tym miejscu chcielibyśmy zwrócić uwagę Czytelników na kilka innych ważnych elementów w ocenie zagrożenia ujawnienia się AF wśród chorych z zespołami preekscytacji. Ocena taka w dużym stopniu oparta jest na wywiadzie, jeśli nie ma udokumentowanych epizodów arytmii w standardowym EKG czy rejestracji holterowskiej. Dokładny wywiad jest pomocny w diagnostyce i ustaleniu, czy występują kołatania serca, miarowe (AVRT?) i/lub niemiary (AF?). To ważne dane, które możemy w łatwy sposób uzyskać. Kolejnym istotnym czynnikiem są schorzenia współistniejące, które predysponują do wystąpienia AF, tj.: nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, wady serca. Dotyczy to głównie chorych w starszych grupach wiekowych. Szczególne znaczenie, na co chcemy zwrócić uwagę Czytelników, mają utraty przytomności, które u części chorych spowodowane są samoograniczającymi się epizodami AF. Wiemy, że AF to choroba o charakterze progresywnym, z czasem napady występują coraz częściej i trwają coraz dłużej. Pacjenci są zwykle w stanie określić, czy utrata przytomności była bezpośrednio poprzedzona niemiarym, szybkim, często niepoliczalnym kołataniem serca [7–10].

W przypadkach wątpliwych do określenia rodzaju arytmii czy określenia czasu refrakcji AP przydatna jest metoda stymulacji przezprzełykowej.

Podsumowując, w naszej ocenie problem selekcji chorych z zespołami preekscytacji zagrożonych wystąpieniem AF jest wciąż aktualny i ważny klinicznie. Dlatego pracę Ł. Szumowskiego i wsp. opublikowaną na łamach *Kardiologii Polskiej*, która ułatwia selekcję tej grupy chorych, należy uznać za wartościową.

Piśmiennictwo

1. Morillo CA, Klein GJ, Yee R, Guiraudon CM. The Wolff-Parkinson-White syndrome. *Futura Publishing Comp. Armonk, New York* 1997.
2. Orejarena LA, Vidaillet HJ, DeStefano F. Population prevalence of the Wolff-Parkinson-White syndrome. *J Am Coll Cardiol* 1995; 25: 327-32.
3. Cambell RWF, Smith RA, Gallaher JJ, et al. Atrial fibrillation in the preexcitation syndrome. *Am J Cardiol* 1977; 40: 514-20.
4. Mauroka Y, Karakawa S, Yagamata T, et al. Dependency on atrial electrophysiological properties of appearance of paroxysmal atrial fibrillation in patients with Wolff-Parkinson-White syndrome. Evidence from atrial vulnerability before and after radiofrequency catheter and surgical cryoablation. *PACE* 1998; 21: 438-46.
5. Montoya P, Brugada P, Smeets J, et al. Ventricular fibrillation in the Wolff-Parkinson-White syndrome. *Eur Heart J* 1991; 12: 144-50.
6. Sharma AD, Yee R, Guiraudon G, Klein GJ. Sensitivity and specificity of invasive and noninvasive testing for risk of sudden death in the Wolff-Parkinson-White syndrome. *J Am Coll Cardiol* 1987; 10: 373-81.
7. Yee R, Klein G. Syncope in the Wolff-Parkinson-White syndrome: incidence and electrophysiological correlates. *PACE* 1984; 7: 381-8.
8. Rostagno C, Taddei T, Palladini B, et al. The onset of symptomatic atrial fibrillation and paroxysmal supraventricular tachycardias is characterized by different circadian rhythms. *Am J Cardiol* 1993; 71: 453-5.
9. Rinne C, Klein GJ, Sharma AD, et al. Relation between clinical presentation and induced arrhythmias in the Wolff-Parkinson-White syndrome. *Am J Cardiol* 1987; 60: 576.
10. James TN. Syncope and sudden cardiac death in the Wolff-Parkinson-White syndrome. *J Am Coll Cardiol* 1991; 17: 159-60.