

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Barbara Dąbrowska

Warszawa



Choroby jatrogenne są niestety częste, także w Polsce, a w tym przypadku nie podzielałam wątpliwości autorów, że trudno jest wskazać czynnik odpowiedzialny za groźną tachyarytmię komorową – było nim zastosowanie (bez wskazań!) dwóch leków o znanych właściwościach proarytmicznych. Można przy tym założyć, że pewną wspomagającą rolę odegrała tu infekcja wirusowa (choć zapalenie mięśnia sercowego wydaje się mało prawdopodobne wobec prawidłowego EKG po odstawieniu leków i prawidłowego echokardiogramu, chyba że było ono „bardzo poronne”). Przy okazji warto wspomnieć, że w stanowisku AHA w sprawie prób wysiłkowych z 2001 r. [1] wśród bezwzględnych przeciwwskazań do ich wykonywania wymieniono „ostrą chorobę pozasercową, która może upośledzać sprawność fizyczną lub ulec pogorszeniu pod wpływem wysiłku (np. infekcję, niewydolność nerek lub tyreotoksykozę)”. Tego przeciwwskazania nie wymieniono jednak nawet jako względnego ani we wcześniejszych wytycznych ACC/AHA z 1997 r. [2], ani uaktualnionych z 2002 r. [3], dlatego zapewne rzadko jest przestrzegane. Co zaś do obecności ekstrasystolii komorowej w trakcie próby wysiłkowej – niedawno w Palo Alto zbadano częstość występowania tej arytmii u 1947 chorych bez niewydolności serca i stwierdzono ją u prawie połowy badanych w trakcie wysiłku oraz u 1/3 badanych bezpośrednio po jego zakończeniu; tylko ekstrasystolia rejestrowana po wysiłku kojarzyła się z chorobą wieńcową i ze zwiększoną umieralnością podczas dalszej, przeszło 5-letniej obserwacji [4].

Co do wydłużenia odstępu QT pod wpływem sotalolu – nawet stosując zalecaną obecnie liniową korekcję względem rytmu serca, wyniósł on 473 ms (na Rycinie 2.), stwarzał więc proarytmiczne zagrożenie nawet 2 dni po odstawieniu leku, a ponadto jego szkodliwe działanie sumowało się z proarytmicznym wpływem propafenonu.

I jeszcze jedno: w obu opisach rycin pozostawiłam użyte przez autorów określenie „normogram”, aby zwrócić Czytelnikom uwagę, że ten powszechnie używany w Polsce termin nie jest stosowany w literaturze anglojęzycznej (w tym w ostatnich wytycznych AHA/ACC/HRS [5]) – i słusznie, bo oznacza po prostu „zapis prawidłowy”, a więc nie może zastępować zwrotu „oś serca (w płaszczyźnie czołowej) prawidłowa”.

Piśmiennictwo

1. Fletcher GF, Balady GJ, Amsterdam EA, et al. Exercise standards for testing and training. A statement for healthcare professionals from American Heart Association. *Circulation* 2001; 104: 1694-740.
2. Gibbons RJ, Balady GJ, Beasley JW, et al. ACC/AHA guidelines for exercise testing. *J Am Coll Cardiol* 1997; 30: 260-315.
3. Gibbons RJ, Balady GJ, Bricker JT, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for exercise testing: summary article. *Circulation* 2002; 106: 1883-92.
4. Dewey FE, Kapoor JR, Williams RS, et al. Ventricular arrhythmias during clinical treadmill testing and prognosis. *Arch Intern Med* 2008; 168: 225-34.
5. Mason JW, Hancock EW, Gettes LS. Recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram. Part II: Electrocardiography diagnostic statement list. *J Am Coll Cardiol* 2007; 49: 1128-35.