

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Franciszek Walczak, dr n. med. Łukasz Szumowski

Klinika Zaburzeń Rytmu Serca, Instytut Kardiologii, Warszawa



Z zainteresowaniem przeczytaliśmy opis postępowania u ciężarnej z napadami częstoskurczu węzłowego. Nasuwa się kilka uwag:

1. Nie mamy wiedzy, jak jest zorganizowana izba przyjęć na oddziale Autorów, jednak sądzimy, że w wielu szpitalach izba przyjęć nie jest najlepszym miejscem do przywracania rytmu zatokowego u ciężarnej, w tym metodą stymulacji przezprzełykowej. W czasie manewrów wprowadzania elektrody nasila się aktywacja układu adrenergicznego (okresowo nerwu błędnego), co może prowadzić do zmian częstotliwości (zwykle przyspieszenia) częstoskurczu i może on się stać niestabilny hemodynamicznie.

2. Autorzy stwierdzają, że w różnicowaniu „pod uwagę należało wziąć jednak także trzepotanie przedsionków”. Uwzględniając to, że częstość częstoskurczu wynosiła 170–180/min, trzeba by wtedy założyć, że przewodzenie odbywałoby się w stosunku 2:1. Po pierwsze, częstoskurcz *macroentry* jest miarowy, a w tym przypadku stwierdzano wahania cyklu. Ponadto u dorosłych takiej częstość (340–360/min) nie osiąga typowe (prawopredsionkowe) trzepotanie przedsionków, a zarazem w EKG widoczne byłyby „zęby pity”.

Czasem możliwe jest ogniskowe trzepotanie z żyły płucnej o tej częstości. Stosunek przewodzenia przedsionkowo-komorowego (p-k) zależy wtedy m.in. od tego, w której żyły jest ognisko i jakie są właściwości wiązki Bachmanna, pęczków mięśniowych otaczających zatokę wieńcową, węzła p-k (drogi szybkiej, przedłużenia? w tym przedłużenia lewopredsionkowego).

3. Autorzy stwierdzają, że „To nowe urządzenie diagnostyczno-terapeutyczne pozwoli na modyfikację dotychczasowego sposobu postępowania w częstoskurczu nawrotnym obejmującym łącze p-k”. W częstoskurczu węzłowym i typowym trzepotaniu – tak. Jednak stymulacja nie powinna być stosowana u chorych (zwłaszcza u ciężarnych) z jaw-

ny dodatkowym szlakiem, o szybkim przewodzeniu i krótkim okresie refrakcji. Szczególnie w tej sytuacji grozi to wyzwoleniem migotania przedsionków. A w takich przypadkach przekształcenie AVRT w migotanie przedsionków przebiega z rytmem komór 250/350/min i bezpośrednio zagraża życiu dziecka i matki. Stan chorego zmusza w takiej sytuacji do natychmiastowej elektrowersji, a nie zawsze wtedy skuteczne jest pierwsze wyładowanie. Znane są przypadki migotania komór w czasie stymulacji przezprzełykowej lub endokawitarnej u chorych z zespołem Wolffa, Parkinsona i White’a.

Ponadto, stymulacja zwykle nie przerywa przedsionkowego częstoskurczu ogniskowego (m.in. z aktywności wyzwalanej). Dlatego konieczna jest rozważa w stosowaniu stymulacji!

4. Zadajemy pytanie: czy ciężarnej z niestabilnym hemodynamicznie (!) częstoskurczem można zakładać elektrodę do stymulacji przezprzełykowej? (Patrz: proponowany schemat na Rycinie 5. artykułu).

5. Nie mamy jasnej odpowiedzi, skąd tak liczne pobudzenia przedwczesne o morfologii prawej odnogi pęczka Hisa (RBBB), a więc z lewej komory. Na Rycinie 4. dwa pobudzenia przedwczesne komorowe (RBBB z ujemnym kierunkiem polaryzacji w odprowadzeniu II) prawdopodobnie poprzedza jeszcze jedno zsumowane, późne pobudzenie przedwczesne (nieznacznie zmieniony zespół QRS). Kształt zespołu QRS sugeruje, że pojawią się one z podstawy lewej komory. Nasuwa się pytanie, czy źródłem pobudzeń nie jest elektroda wewnątrz przełyku i czy (lewo-) komorowe zaburzenia rytmu obecne były np. w zapisach holterowskich. Wtedy należałoby pogłębić diagnostykę kliniczną.

Podsumowując, metoda stymulacji przezprzełykowej jest ważnym narzędziem w rękach elektrofizjologa i klinicy. Pozwala na przerywanie arytmii nawrotnych w sposób mało inwazyjny. Powinna być jednak stosowana w wybranych grupach chorych (AVNRT, AFL typowe, AT nawrotne, np. „z blizny”).