

Młody pacjent z ICD – czy można poprawić jego jakość życia?

prof. dr hab. n. med. Maria Trusz-Gluza

I Katedra i Klinika Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice



Ocenia się, że zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych w populacji w wieku poniżej 25 lat stanowią mniej niż 1% zgonów z przyczyn kardiologicznych. Najczęstsze przyczyny nagłego zgonu sercowego (ang. *sudden cardiac death*, SCD) w tej grupie wiekowej to: kardiomiopatie (szczególnie kardiomiopatia przerostowa), elek-

tryczne choroby kanałów jonowych (zespół długiego lub krótkiego QT, wielokształtny częstoskurcz komorowy zależny od katecholamin), wady wrodzone serca i anomalie tętnic wieńcowych.

Implantacja kardiowertera-defibrylatora serca (ICD) jest zalecanym sposobem leczenia także w grupie młodych osób – przede wszystkim w ramach prewencji wtórnej nagłej śmierci, lecz również w wyselekcjonowanych, szczególnie zagrożonych przypadkach w ramach prewencji pierwotnej SCD. Stwarza to jednak poważny problem spędzenia życia z tym urządzeniem i różnych potencjalnych powikłań, takich jak defekt urządzenia, uszkodzenie elektrody, powikłania infekcyjne, nieuzasadnione interwencje, a także różne, często poważne problemy psychologiczne

Różnie wyrażone zaburzenia emocjonalne lub depresję stwierdza się u 24–87% chorych z ICD, szczególnie u osób młodych [1]. Tematykę tę podjęto w pracy Wójcickiej i wsp. opublikowanej w bieżącym numerze *Kardiologii Polskiej* [2]. Autorzy przeprowadzili badanie w dużej grupie chorych w wieku 6–21 lat. Posłużyli się własną, bardzo rozbudowaną ankietą, zawierającą pytania na temat akceptacji wyładowań ICD, aktywności życiowej, fizycznej, seksualnej, prowadzenia pojazdów i różnych problemów psychologicznych.

Jednym z najistotniejszych czynników decydujących o pogorszeniu jakości życia osoby z ICD są interwencje urządzenia z elektrowstrząsem, szczególnie nieuzasadnione. Zaburzenia emocjonalne wtórne do elektrowstrząsu mogą powodować nawrót arytmii i efekt błędnego koła, co ma miejsce w przebiegu burzy elektrycznej. U młodych osób ryzyko nieuzasadnionych interwencji jest większe, głównie z powodu przyspieszenia rytmu zatokowego, a także napadów częstoskurczu nadkomorowego. Dlatego zaleca się wykonanie testu wysiłkowego, aby określić maksymalne przyspieszenie rytmu zatokowego i przekonać się, że ICD nie zlicza załamka T. Ważne jest optymalne programowanie ICD i stosowanie leku beta-adrenoli-

tycznego (często jest konieczny w leczeniu choroby podstawowej) [3]. Korzystna jest terapia psychologiczna i rehabilitacja kardiologiczna [1].

Wiele kontrowersji dotyczy możliwości uprawiania sportu przez osoby z implantowanym ICD. W wytycznych poświęconych temu zagadnieniu (*Bethesda guidelines*) zezwala się chorym z ICD na uprawianie wyłącznie takich sportów, jak kręgle czy golf, a zakazuje się gry w koszykówkę, piłkę nożną, hokej. Stanowi to istotny problem psychologiczny, szczególnie dla młodych, dotąd bezobjawowych sportowców, którym wszczepiono ICD profilaktycznie. Przeciwnicy tych ostrych restrykcji argumentują, że co prawda wysiłek może indukować arytmie i elektrowstrząs, co obniża jakość życia, ale ostre zakazy tę jakość pogarszają. Na taki mechanizm wskazują również wyniki pracy Wójcickiej i wsp. Lampert i wsp. przeprowadzili wśród członków *Heart Rhythm Society* ankietę na temat chorych z ICD uprawiających sport [4]. Aż 71% respondentów miało pod swoją opieką takich chorych – najczęściej uprawiali oni koszykówkę, biegi lub narciarstwo. Potwierdzono, że u części osób w trakcie wysiłku następował elektrowstrząs, jednak inne powikłania (uszkodzenie lub przemieszczenie elektrody, generatora, uraz chorego wtórny do omdlenia i inne) nie były częste, ale niestety się zdarzały. Z kolei Kobza i wsp. [5] ankietowali w Szwajcarii 387 osób z ICD i stwierdzili, że aż 59% z nich uprawiało jakiś sport (najczęściej o niskiej lub umiarkowanej intensywności – jazda na rowerze, piesze wycieczki, *nordic walking*), 56% przebywało okresowo na wysokości >2000 m n.p.m., a 79% prowadziło pojazdy. Jedynie 2% z nich doznało elektrowstrząsu w trakcie kierowania pojazdem, lecz żaden nie stracił przytomności i nie spowodował wypadku. Publikacja dość przekonująco dowodzi, że implantacja ICD *per se* nie musi stwarzać chorym zbyt dużych ograniczeń, które dodatkowo pogarszają jakość ich życia.

Praca Wójcickiej i wsp. pokazała, że nasi młodzi pacjenci mają co prawda rozliczne problemy z chorobą i wszczepionym urządzeniem, ale mimo to mniejszą aktywność życiową odnotowało jedynie 50% z nich, ze sportu zrezygnowało 34%, samochód prowadzi 46% osób >18. roku życia, żaden mężczyzna nie zgłosił trudności w sferze seksualnej, a chorobę akceptowało 75% osób [2]. Uważam, że wobec poważnej choroby serca i zagrożenia życia nie są to bardzo pesymistyczne liczby. Pamiętajmy jednak, aby być przyjacielem i dobrym doradcą takich chorych – potrzebują tego.

Piśmiennictwo

1. Pedersen SS, van den Broek KC, Sears SF Jr. Psychological intervention following implantation of an implantable defibrillator: A review and future recommendations. *Pacing Clin Electrophysiol* 2007; 30: 1546-54.
2. Wójcicka M, Lewandowski M, Smolis-Bąk E, Szwed H. Psychological and clinical problems in young adults with implantable cardioverter-defibrillator. *Kardiol Pol* 2008; 66: 050-8.
3. Tzeis S, Andrikopoulos G, Kolb C, Vardas PE. Tools and strategies for the reduction of inappropriate implantable cardioverter defibrillator shocks. *Europace* 2008; doi: 10.1093/europace/eun205.
4. Lampert R, Cannom D. Sports participation for athletes with implantable cardioverter-defibrillators should be an individualized risk-benefit decision. *Heart Rhythm* 2008; 5: 861-3.
5. Kobza R, Duru F, Erne P. Leisure-time activities of patients with ICDs: Findings of a survey with respect to sports activity, high altitude stays, and driving patterns. *Pacing Clin Electrophysiol* 2008; 31: 845-9.