

## Wszczepialny rejestrator arytmii – luksus czy rutynowe narzędzie diagnostyczne?

prof. dr hab. n. med. Piotr Kułakowski

Klinika Kardiologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa



W niniejszym numerze *Kardiologii Polskiej* zamieszczamy pracę opisyującą doświadczenia kliniczne z implantowanym rejestratorem arytmii (ILR) w ośrodku w Salzburgu [1]. Nie jest to praca odkrywczą, ale jednak po raz kolejny pokazuje, jak istotne korzyści diagnostyczne przynosi wszczęcie ILR u chorych z niewyjaśnionymi omdleniami. Nawrót omdlenia lub stanu przedomdleniowego wystąpił u 73% chorych włączonych do badania, tak więc właśnie u tak wysokiego odsetka chorych możliwe stało się ustalenie korelacji pomiędzy objawami a EKG rejestrowanym podczas omdlenia. To bardzo dobry wynik, dobitnie udowadniający, że ta metoda jest bardzo wartościowa i powinna znaleźć trwałe miejsce w diagnostyce omdleń.

Pierwsze badania wskazujące na istotną wartość diagnostyczną ILR zostały przeprowadzone pod koniec ubiegłego wieku [2]. Ponieważ do tych pierwszych badań kwalifikowano głównie chorych z bardzo prawdopodobną arytmiczną przyczyną omdleń, wartość diagnostyczna ILR okazywała się bardzo wysoka – sięgała nawet 88%. W dalszych badaniach, w których wskazania do wszczęcia ILR były rozszerzone, wartość diagnostyczna tego badania okazała się nieco mniejsza, ale nadal była wysoka i oscylowała pomiędzy 33 a 88% [2–4].

Nie ma więc wątpliwości, że ILR jest wartościowym narzędziem diagnostycznym. U chorych z omdleniami nic tak dobrze nie prowadzi do prawidłowego rozpoznania, jak EKG zapisane podczas samoistnego omdlenia. Owszem, takie techniki jak test pochyleniowy lub badanie elektrofizjologiczne mogą przybliżyć prawdziwy mechanizm omdlenia, ale są to testy prowokacyjne, a nie rejestracja EKG podczas naturalnego omdlenia. Nigdy więc nie wiadomo, czy omdlenie wywołane w trakcie tych badań to rzeczywiście jest to, co spotyka chorego w życiu codziennym.

Według aktualnych wytycznych ESC wszczęcie ILR przeprowadzane jest na końcu toru diagnostycznego (klasa I wskazań) – u chorych z „niewyjaśnionym” omdleniem, szczególnie potężnym z urazem oraz chorobą organiczną serca lub nieprawidłowym EKG [5]. Coraz częstsze są jednak próby użycia ILR na wcześniejszym etapie diagnostycznym (klasa II wskazań) [5].

Implantacja ILR jest łatwa. Wszywa się to niewielkie urządzenie pod skórę, nie ma ingerencji w układ naczyniowo-sercowy (nie wprowadza się do serca żadnych elektrod), nie jest wymagana skopia rentgenowska, a cały zabieg trwa 15–20 min. Podczas implantacji trzeba dokładnie sprawdzić, czy EKG z rejestratora jest odpowiedniej jakości, czy nie ma „oversensingu” załamek T i czy amplituda załamek R jest odpowiednia. Następnie trzeba zaprogramować automatycznie rozpoznawane przez urządzenie wartości progowe brady- i tachyarytmii oraz poinstruować chorego, jak ma reagować podczas (a raczej po) epizodów omdleń, aby zaktywować urządzenie w trybie ręcznym. Bateria starcza na ok. 2 lata, a pamięć EKG sięga 42 min. Podczas kontroli urządzenia, odbywającej się analogicznie do kontroli stymulatora, odczytuje się i drukuje zapisane fragmenty EKG, a następnie czyści pamięć urządzenia.

Skoro jest tak dobrze, to dlaczego w ogóle o tym piszemy? Otóż w Polsce ta metoda diagnostyczna jest nadal w powijakach. Dość powiedzieć, że od roku 2004 do stycznia w Polsce wszczęto zaledwie 90 takich urządzeń. Dlaczego tak się dzieje? Głównym winowajcą jest tu Narodowy Fundusz Zdrowia. Mimo że ta metoda jest ogólnie uznana przez wytyczne różnych towarzystw za niezbędny element diagnostyki omdleń [5], w naszej szarej rzeczywistości medycznej taka metoda diagnostyczna... w ogóle nie istnieje. Za każdym razem trzeba ubiegać się o zgodę płatnika dla indywidualnego chorego, a płatnik (czytaj: NFZ) nie jest szczodry – obecnie zgadza się na wysuwanie ok. 4500 zł, co z ledwością pokrywa koszty urządzenia. A wiele badań dowiodło, że jest to metoda opłacalna, bo skraca drogę do postawienia prawidłowego rozpoznania i umożliwia wdrożenie skutecznego leczenia. Oszacowano, że zapotrzebowanie na ILR to 34 implantacje na milion mieszkańców na rok [6], a zatem w Polsce powinno się wszczepiać rocznie 1200 takich rejestratorów.

Podsumowując, dobry, ale nie wiodący ośrodek z Austrii przekazuje swoje doświadczenia u 55 chorych ze wszczepionym ILR, podczas gdy w całej Polsce (prawie 40 mln mieszkańców, o ile fala emigracji nie uległa dalszemu wzmożeniu) do tej pory takich urządzeń wszczęto 90. I na tym można zakończyć ten komentarz.

### Piśmiennictwo

1. Scherthaner C, Danmayr F, Altenberger J, et al. High incidence of tachyarrhythmias detected by an implantable loop recorder in patients with unexplained syncope. *Kardiol Pol* 2008; 66: 37-44.
2. Krahn AD, Klein GJ, Yee R, et al. Use of an extended monitoring strategy in patients with problematic syncope. Reveal Investigators. *Circulation* 1999; 99: 406-10.
3. Boersma L, Mont L, Sionis A, et al. Value of the implantable loop recorder for the management of patients with unexplained syncope. *Europace* 2004; 6: 70-6.
4. Lombardi F, Calosso E, Mascioli G, et al. Utility of implantable loop recorder (Reveal Plus) in the diagnosis of unexplained syncope. *Europace* 2005; 7: 19-24.
5. Brignole M, Alboni P, Benditt DG, et al. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope – update 2004. *Europace* 2004; 6: 467-537.
6. Solano A, Menozzi C, Maggi R, et al. Incidence, diagnostic yield and safety of the implantable loop-recorder to detect the mechanism of syncope in patients with and without structural heart disease. *Eur Heart J* 2004; 25: 1116-9.