

Reoperacja chorego z wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem – problem prosty czy złożony?

prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Kargul

I Katedra Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice



Rozszerzenie wskazań do implantacji kardiowertera-defibrylatora (ICD) zarówno w prewencji wtórnej, jak i pierwotnej spowodowało m.in. wzrost wskaźnika implantacji w Polsce do 50 na milion mieszkańców, ale też stworzyło automatycznie problemy związane z kolejnymi zabiegami u chorych z już wszczepionymi ICD zarówno jednojamowymi typu ICD-VVI, jak i dwujamowymi typu ICD-DDD. Dodatkowe problemy pojawiają się u chorych z wszczepionymi urządzeniami typu CRT-ICD, które nareszcie są oficjalnie umieszczone w katalogu świadczeń NFZ – co prawda tylko w ramach prewencji wtórnej częstoskurczu komorowego/migotania komór u chorych z równoczesnymi wskazaniem do leczenia resynchronizacyjnego (CRT), ale – jak się kolokwialnie mówi – jest to krok w dobrym kierunku.

Komentowana praca pochodzi z jednego z najbardziej doświadczonych ośrodków implantacyjno-elektrofizjologicznych w Polsce i jest podsumowaniem ważnego i aktualnego tematu – przyczyn reoperacji u chorych z wszczepionymi ICD, którzy byli obserwowani przez co najmniej 4 lata po implantacji, a badania rozpoczynano po upływie 6 tygodni od zabiegu. Taki czas pozwolił na zgromadzenie ciekawych danych od 174 chorych, które mają ważne aspekty praktyczno-kliniczne.

Najczęstszą przyczyną reoperacji (65%) była konieczność wymiany ICD z powodu wyczerpania baterii. Ten typ zabiegu daje najmniejszą liczbę powikłań, przy zachowaniu środków ostrożności w celu uniknięcia np. uszkodzenia osłonki elektrody, szczególnie defibrylującej. Nasuwają się tu dwie uwagi:

- należy bardzo troskliwie oglądać dostępny odcinek elektrody, zarówno defibrylującej, jak i przedsionkowej (w systemach ICD-DDD) oraz lewokomorowej (w systemach CRT-D), gdyż nawet niewielkie uszkodzenie niedające objawów klinicznych można zabezpieczyć odpowiednią dodatkową osłonką;
- przy wymianach należy używać noża elektrycznego właśnie w celu uniknięcia uszkodzenia osłonki.

Poważnym problemem jest konieczność wymiany ICD z powodu jego fabrycznego uszkodzenia (w badanym materiale 24% chorych). Wymiana taka oczywiście jest wy-

mianą gwarancyjną i wszystkie związane z tym koszty pokrywa producent urządzenia.

W części pracy dotyczącej powikłań związanych z elektrodą Autorzy podkreślają wagę stwierdzonych tzw. uszkodzeń niemych, niedających chwilowo objawów klinicznych. Nasuwa się tu uwaga, że w przypadkach ICD-DDD Autorzy powinni dokładnie opisać, której konkretnie elektrody (komorowej czy przedsionkowej) dotyczyło uszkodzenie, ponieważ (jak słusznie zauważają i jak powszechnie wiadomo) konsekwencje kliniczne są zdecydowanie różne. Pojawia się też pytanie, czy elektrody – zarówno przedsionkowe, jak i komorowe – były elektrodami z aktywną czy bierną fiksacją, co niewątpliwie rzutuje na ich dysfunkcje związane z dyslokacją.

Zagrożenie infekcją to problem bardzo poważny – zwiększa się wraz z liczbą kolejnych wymian urządzenia. W Polsce usuwanie zainfekowanych układów stymulujących i defibrylujących metodą przeciwtrakcji z ewentualnym zastosowaniem odpowiednich zestawów oraz systemu do elektrokoagulacji jest w powijkach. Wiąże się to ze zwiększonym ryzykiem takich zabiegów, brakiem ww. zestawów (wysoki koszt) oraz niską wyceną procedury w katalogu świadczeń NFZ. Dlatego jedynie kilka ośrodków implantacyjno-elektrofizjologicznych w Polsce wykonuje takie zabiegi, a w wypadkach systemów ICD w tych ośrodkach wykonuje się zabiegi kardiokirurgiczne w krążeniu pozaustrojowym, co uczyniono także w 4 przypadkach w przedstawionym materiale. W polskich realiach zakup najnowocześniejszych systemów laserowych, które zdecydowanie zwiększają łatwość i bezpieczeństwo tego typu zabiegów, ale których cena jest ciągle bardzo wysoka, pozostaje w sferze marzeń.

Podsumowując, istnieje pilna potrzeba systematycznej kontroli chorych z ICD lub CRT-ICD (jeszcze większa skala trudności), stałego i wszechstronnego szkolenia lekarzy i personelu pomocniczego oraz wytypowania kilku referencyjnych ośrodków w celu zwiększania doświadczenia w zabiegach ekstrakcji zbędnych lub zainfekowanych elektrod różnego typu. Taki postulat został postawiony na ostatniej konferencji Sekcji Rytmu Serca w Sopocie i mam nadzieję, że nowo wybrany Zarząd Sekcji będzie dążył do realizacji tego projektu.