

**Tabela I.** Zalecenia wg *Task Force on Sudden Cardiac Death* [7]

|                      | Klasa zaleceń |                                                       |                                                |
|----------------------|---------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
|                      | I             | IIa                                                   | IIb                                            |
| Stratyfikacja ryzyka |               | VTS/VF<br>powiększenie RV<br>dysfunkcja RV<br>PSK (+) | wywiad rodzinny SCD<br>LP (+)<br>VT<br>PSK (+) |
| Prewencja pierwotna  |               | ICD                                                   | leki antyarytmiczne                            |
| Prewencja wtórna     | ICD           |                                                       |                                                |

VT – częstoskurcz komorowy, VF – migotanie komór, RV – prawa komora, PSK – programowana stymulacja komór, SCD – nagła śmierć serca, LP – późne potencjały komorowe, ICD – kardiowerter-defibrylator

Zalecenia nefarmakologiczne dla chorych z ARVC to przede wszystkim: unikanie stresu oraz nadmiernego wysiłku fizycznego (zwłaszcza uprawiania sportu wyczynowego), ograniczenie stosowania leków przeciw grypie i przeziębieniu zawierających pseudoefedrynę. Należy ograniczyć spożywanie produktów zawierających kofeinę oraz alkoholu [8].

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Kardiologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław



Dość długo zastanawiałem się, czy skierowany do „mojego” działu, komentowany poniżej przypadek, nie powinien trafić do działu *Chorzy trudni nietypowi*. Typowe przypadki, w moim pojęciu, to przypadki „częste”, a niezależnie od tego, co na podstawie piśmiennictwa piszą o tym Lewandowski i wsp., arytmogenna dysplazja (kardiomiopatia) prawej komory (ARVC) częsta nie jest, a przy jej burzliwych objawach, upowszechnieniu echokardiografii i coraz wyższych (śmiem twierdzić – wysokich) kwalifikacjach polskich echokardiografistów nie sądzę, by prawdziwa częstość tego schorzenia była niedoszacowana.

Nie ulega wątpliwości, że opisany przypadek był trudny. A co było typowe (jest to osiągnięcie ostatnich lat)?:

- że chory w tzw. „wieku poborowym”, z trwającymi od miesiąca dolegliwościami „wieńcowopodobnymi”, bez zbytnich ceregieli trafił na stół hemodynamiczny,

## Piśmiennictwo

1. Richardson P, McKenna W, Bristow M, et al. Report of the 1995 World Health Organization/International Society and Federation of Cardiology Task Force on the Definition and Classification of cardiomyopathies. *Circulation* 1996; 93: 841-2.
2. Piwowarska W (ed.). Nagła śmierć sercowa. *Via Medica*, Gdańsk 2005.
3. Rampazzo A, Nava A, Danieli GA, et al. The gene for arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy maps to chromosome 14q23-q24. *Hum Mol Genet* 1994; 3: 959-62.
4. Ricci C, Longo R, Pagnan L, et al. Magnetic resonance imaging in right ventricular dysplasia. *Am J Cardiol* 1992; 70: 1589-95.
5. McKenna WJ, Thiene G, Nava A, et al. Diagnosis of arrhythmogenic right ventricular dysplasia/cardiomyopathy. Task Force of the Working Group Myocardial and Pericardial Disease of the European Society of Cardiology and of the Scientific Council on Cardiomyopathies of the International Society and Federation of Cardiology. *Br Heart J* 1994; 71: 215-8.
6. Link MS, Wang PJ, Haugh CJ, et al. Arrhythmogenic right ventricular dysplasia: clinical results with implantable cardioverter defibrillators. *J Interv Card Electrophysiol* 1997; 1: 41-8.
7. Priori SG, Aliot E, Blomstrom-Lundqvist C, et al. Task Force on Sudden Cardiac Death, European Society of Cardiology. *Europace* 2002; 4: 3-18.
8. Hulot JS, Jouven X, Empana JP, et al. Natural history and risk stratification of arrhythmogenic right ventricular dysplasia/cardiomyopathy. *Circulation* 2004; 110: 1879-84.

a po wykluczeniu zmian w naczyniach wieńcowych z wykorzystaniem całej dostępnej obecnie technologii diagnostycznej szybko rozpoznano ARVC;

- że po ustaleniu tego rozpoznania jako przyczyny omdleń i częstoskurczów komorowych, bez zbędnych dywagacji zastosowano jedynie słuszne leczenie, wszczepiając kardiowerter-defibrylator;
- że chory z ARVC (i na pewno wielu innych chorych) mógł skorzystać z ustanowionej dla ostrych zespołów wieńcowych „szybkiej ścieżki” w kardiologii. Inaczej rozpracowanie tego przypadku musiałoby trwać dłużej, czego omawiany chory mógłby nawet nie przeżyć.

Komentowana praca ma wartościowy wymiar dydaktyczny – w dyskusji Autorzy zawarli niejako algorytm postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w ARVC – szczerze polecam go wszystkim, którzy mogą się zebrać z podobnym do opisanego w pracy przypadkiem.

Kończąc, nie mogę się oprzeć, by nie wyrazić nieustającego zdziwienia, że biedną Polskę stać na taką „szybką ścieżkę”, na jaką nie stać wielu bogatszych od nas krajów.