

Wszczepialne kardiowertery-defibrylatory w kardiomiopatii przerostowej



Jednym z największych osiągnięć współczesnej kardiologii jest wynalezienie implantowanych kardiowerterów-defibrylatorów serca (ICD) jako metody leczenia pacjentów ze złośliwymi arytmiami komorowymi. Wprowadzenie ICD pozwoliło na istotne zmniejszenie zagrożenia nagłym zgonem sercowym i poprawiło radykalnie rokowanie w tej grupie chorych. Praca Przybylskiego i wsp., pochodząca z jednego z największych i posiadających najdłuższe doświadczenie w prowadzeniu pacjentów z ICD ośrodków klinicznych w Polsce, poświęcona jest doświadczeniom w prowadzeniu pacjentów z kardiomiopatią przerostową (HCM).

Złośliwe arytmie komorowe i związane z tym ryzyko nagłego zgonu stanowią najistotniejszy problem terapeutyczny w tej grupie pacjentów. Czynniki predysponujące do wystąpienia zaburzeń rytmu serca stanowią stale przedmiot badań klinicznych. Jest to grupa pacjentów szczególnie zagrożona nagłym zgonem sercowym, jednak czynniki związane z zagrożeniem arytmiami, a także prowadzeniem chorych z implantowanymi ICD są stosunkowo mało poznane. Szczególnie trudnym zagadnieniem jest ustalenie kryteriów prewencji pierwotnej. Jak dotychczas nie ma danych z dużych prospektywnych badań oceniających ryzyko nagłego zgonu u osób z HCM, które nie przeżyły zatrzymania krążenia i dlatego kwalifikacja do leczenia za pomocą ICD w dużej mierze opiera się na przekonaniu ekspertów i indywidualnej ocenie ryzyka. Eksperci ESC oraz ACC podkreślają znaczenie takich czynników jak nagłe zgony w rodzinie, niewyjaśnione omdlenia, grubość ściany lewej komory serca >30 mm, nieadekwatna reakcja ciśnienie tętnicze w trakcie próby wysiłkowej oraz obecność nieutrwalonych arytmii komorowych. Jednak wartość pojedynczych wskaźników, z wyjątkiem zgonów wśród najbliższej rodziny, jest obarczona niską czułością i specyficznością. Znaczne nadzieje pokładano w możliwości stratyfikacji ryzyka opartego na badaniach genetycznych. Kolejne badania wykazały jednak, że zagadnienie jest znacznie bardziej złożone niż początkowo zakładano.

Mimo trudności z oceną zagrożenia, ICD implantowane na podstawie współczesnego stanu wiedzy przerywają zagrażające życiu arytmie komorowe u ok. 5% pacjentów rocznie w grupie prewencji pierwotnej. Takie wyniki leczenia opublikował przed kilku laty Maron w klasycznej już pracy i podobną skuteczność leczenia

obserwowano wśród pacjentów z ośrodka warszawskiego. Liczba skutecznych interwencji ICD u osób, które uprzednio przeżyły zatrzymanie krążenia, jest według obu źródeł około dwukrotnie większa.

Prowadzenie pacjentów z HCM i ICD związane jest z koniecznością uwzględniania specyfiki tej choroby. Elektrofizjologiczna charakterystyka tych pacjentów różni się wyraźnie od innych grup chorych. Na skutek przerostu mięśnia serca pacjenci z HCM mają wyraźnie zwiększoną amplitudę potencjałów wewnątrzsercowych. Dotyczy to również zwiększenie amplitudy fali To, co jest częstym powodem tzw. *overesensingu* ICD i w konsekwencji nieadekwatnych interwencji urządzenia. Chorzy z HCM stosunkowo często miewają napady migotania przedsionków szybko przewodzonego do komór oraz nieutrwalonych częstoskurczów komorowych. Arytmie komorowe często nie dają się opanować poprzez stymulację antyarytmiczną, wymagając przerywania defibrylacją. Pomimo podnoszonych ostatnio wątpliwości wokół stosowania układów dwujamowych z elektrodami przedsionkową i komorową wydaje się, że stosunkowo częste występowania arytmii nadkomorowych stanowić może argument przemawiający za stosowaniem takich ICD u pacjentów z HCM. Szczególnie przydatne mogą okazać się takie urządzenia u pacjentów z kardiomiopatią zawężającą drogę odpływu lewej komory, dzięki, korzystnemu w tym przypadku, wpływowi hemodynamicznemu stymulacji z koniuszka prawej komory.

Czasami nawet bardzo uważne programowanie ICD nie wystarcza do rozwiązania trudności i konieczne jest przeprowadzanie interwencji w postaci ablacji łączy przedsionkowo-komorowego lub bezpośrednio źródła arytmii. Dlatego wydaje się że pacjenci z kardiomiopatią przerostową szczególnie korzystają dzięki opiece ze strony ośrodków elektrofizjologicznych posiadających duże doświadczenie i możliwości wszechstronnych interwencji terapeutycznych.

*dr hab. n. med. Andrzej Lubiński
II Klinika Chorób Serca
Instytut Kardiologii
Akademia Medyczna, Gdańsk*