

Umiarowanie migotania przedsionków przez ICD

dr n. med. Andrzej Przybylski

Instytut Kardiologii, Warszawa



Praca Lelakowskiego i wsp. [1] porusza niezwykle interesujący aspekt terapii za pomocą wszczepialnych kardiowerterów-defibrylatorów (ICD). Przedstawione zagadnienie ma ważne skutki kliniczne, a jest tematem niewielu publikacji. Powrót rytmu zatokowego jest niejako ubocznym efektem defibrylacji wywołanego migotania komór (VF). Zjawisko to występuje, jak przedstawili to Autorzy, u dosyć dużego odsetka chorych kwalifikowanych do implantacji ICD (36%) [1]. Należy podkreślić, że konwersja migotania przedsionków (AF) miała miejsce u osób, u których poprzednie próby kardiowersji były nieskuteczne lub też nie były podejmowane ze względu na obecność przeciwwskazań (np. znacznego powiększenia przedsionków, skrzeplin). Powrót rytmu zatokowego wiąże się z wieloma skutkami klinicznymi. Jak podkreślili Autorzy, u części chorych może ujawnić się niewydolność automatyzmu węzła zatokowego, co powoduje, że pojawiają się wskazania do implantacji dwujamowego ICD [1]. W większości przypadków indukcję VF wykonuje się za pomocą już wszczepionego urządzenia lub kilka dni po implantacji. Wymiana ICD na dwujamowy jest więc problemem ekonomicznym i zwiększa możliwość wystąpienia powikłań infekcyjnych związanych z kolejnym zabiegiem. Kolejnym zagadnieniem jest przygotowanie chorego do implantacji ICD. U osób z przewlekłym AF kwalifikowanych do implantacji ICD możliwe jest zastosowanie kilku metod leczenia przeciwzakrzepowego: (1) odstawienie terapii przeciwzakrzepowej i wdrożenie pomostowego leczenia heparyną drobnocząsteczkową; (2) redukcja dawki pochodnych kumaryny i przeprowadzenie zabiegu implantacji ICD przy wartości INR 2–2,5; (3) odstawienie terapii przeciwzakrzepowej na okres okołoperacyjny.

Trudno powiedzieć, jaka strategia postępowania jest najbezpieczniejsza. Powszechnie praktykuje się odstawienie leków doustnych i pomostowe zastosowanie heparyny drobnocząsteczkowej [2]. Jednak metaanaliza badań prowadzonych na ten temat wykazała, że mniejsza liczba powikłań krwotocznych występuje przy drugiej strategii postępowania (czyli wykonywaniu zabiegów przy INR 2–2,5 [3]), preferowanej w ośrodku, w którym pracuje piszący niniejszy komentarz. Zaletą takiego postępowania jest możliwość wykonania zabiegu ze wskazań pilnych bez konieczności modyfikacji leczenia przeciwzakrzepowego. Trudno jest jednoznacznie ustalić najlepszą metodę postępowania dla wszystkich chorych, ponieważ zależy to od sytuacji klinicznej (np. obecności zastawek mechanicznych, współistniejących chorób, wcześniejszych epizodów zatorowych) i oceny stopnia ryzyka zgodnie ze skalą CHA₂DS-VAS_c. Należy zauważyć, że u większości pacjentów kwalifikowanych do implantacji ICD istnieją czyn-

niki ryzyka powikłań zatorowych, więc całkowite odstawienie leczenia przeciwzakrzepowego nie jest możliwe.

Najciekawszym zagadnieniem związanym z poruszonym tematem jest długotrwała obserwacja tych chorych. U części osób AF nawraca dosyć szybko po zabiegu, a u części utrzymuje się przez dłuższy czas [4]. W tej grupie chorych celowe może być intensywne leczenie mające na celu utrzymanie rytmu zatokowego za pomocą farmakoterapii lub ablacji. Możliwości farmakoterapii w tej grupie chorych są ograniczone ze względu na niewydolność serca, która stanowi przeciwwskazanie do zastosowania większości leków antyarytmicznych. Autorzy wykazali, że leczenie amiodaronem zwiększa szansę konwersji AF [1]. Jednak nie jest pewne, jaka jest jego skuteczność w zapobieganiu nawrotom AF w tej grupie chorych. Również zabieg ablacji może być trudny, ponieważ część pacjentów ma znacznie powiększone przedsionki, implantowane wcześniej zastawki mechaniczne lub inne choroby utrudniające wykonanie zabiegu.

Długotrwałe utrzymywanie się rytmu zatokowego może też poprawić hemodynamikę serca, spowodować wzrost frakcji wyrzutowej lewej komory. Część chorych straci więc wskazania do implantacji ICD jako profilaktyki pierwotnej nagłego zgonu [5].

Należy również zauważyć, że kardiowersja AF może mieć miejsce nie tylko podczas testu defibrylacji przeprowadzonego w trakcie zabiegu, lecz również w okresie późniejszym w wyniku adekwatnej (spowodowanej VT/VF) lub nieadekwatnej interwencji ICD [5]. Rytm zatokowy może więc powrócić w nieoczekiwanym momencie również u chorych, u których nie wykonano testu defibrylacji (np. z powodu obecności skrzepliny).

Praca Lelakowskiego i wsp. [1] porusza niezwykle interesujący problem. Pozostaje mieć nadzieję, że jest to początek cyklu publikacji i eksploracji tego tematu.

Piśmiennictwo

1. Lelakowski J, Tomala I, Ćmiel A, Rydlewska A, Majewski J, Małecka B. Predictors of sinus rhythm return during defibrillation testing in patients with permanent atrial fibrillation undergoing implantation of a cardioverter-defibrillator. *Kardiol Pol*, 2011; 69: 17–22.
2. Cheng M, Hua W, Chen K et al. Perioperative anticoagulation for patients with mechanic heart valve(s) undertaking pacemaker implantation. *Europace*, 2009; 11: 1183–1187.
3. Jamula E, Douketis JD, Schulman S. Perioperative anticoagulation in patients having implantation of a cardiac pacemaker or defibrillator: a systematic review and practical management guide. *J Thromb Haemost*, 2008; 6: 1615–1621.
4. Przybylski A, Sterliński M, Lewandowski M et al. Risk of thromboembolic complications in patients with permanent atrial fibrillation undergoing cardioverter-defibrillator implantation. *Kardiol Pol*, 2002; 57: 306–330.
5. Krzyżanowski K, Michalkiewicz D, Wierzbowski R et al. Inappropriate therapy of an implantable cardioverter-defibrillator: is it always an undesired event? A case report. *Kardiol Pol*, 2009; 67: 927–929.