

Komentarz redakcyjny

dr n. med. Michał Orczykowski, prof. nadzw. dr hab. n. med. Łukasz Szumowski,
prof. dr hab. n. med. Franciszek Walczak

Klinika Zaburzeń Rytmu, Instytutu Kardiologii, Warszawa-Anin



W interesującym opisie przypadku Mitrega i wsp. [1] przedstawili istotny i trudny problem leczenia pacjentów z burzą elektryczną (ES).

W dobie rewaskularyzacji i szerokich wskazań do implantacji ICD/CRT-D coraz częściej będziemy się spotykać z pacjentami z ES. Według niektórych autorów aż 25% osób, u których implantowano ICD w prewencji wtórnej nagłego zgonu sercowego, cierpi z powodu ES [2]. U ponad 50% chorych, którzy przeżyją ES, występują kolejne jej epizody mimo intensywnej i optymalnej farmakoterapii.

Wystąpienie ES trudno przewidzieć, choć wiadomo, że np. monomorficzny częstoskurcz komorowy (VT) zwiększa ryzyko jej wystąpienia 2,2-krotnie. Innymi istotnymi czynnikami ryzyka są: indukowane (obecne podłoże do wystąpienia fali reentry) lub spontaniczne VT podczas implantacji ICD, niska frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF) i niewydolność nerek [3].

Ponadto liczne napady VT u 19% pacjentów pogłębiają niewydolność serca (*aggravation of heart failure*), są

przyczyną ostrych zespołów wieńcowych u 14% osób, a u 10% chorych powodują dyselektrolitamię (*electrolyte imbalance*) [3]. Według ostatniej publikacji ablacja prądem o wysokiej częstotliwości (RF) u pacjentów z ES z LVEF > 25% w porównaniu z osobami nieleczonymi ablacją istotnie zmniejszała ryzyko kolejnego epizodu ES (odpowiednio 21% vs. 62%) [4]. Niedawno opublikowana metaanaliza podsumowująca

wyniki 5 dużych badań, w których oceniano ablację i leczenie antyarytmiczne vs. tylko leki antyarytmiczne, wykazała 38-procentową redukcję epizodów VT w grupie pacjentów leczonych ablacją [5].

Ablacja RF u chorych z ES nie zawsze jest skuteczna, ale niejednokrotnie może być ostatnią „bronią”, którą dysponujemy. Niestety brakuje systematycznych danych dotyczących leczenia ES. Wydaje się zasadne zbudowanie systemu działania w Polsce, aby pacjent w ośrodku, w którym nie wykonuje się ablacji, miał możliwość szybkiego trafienia do doświadczonej pracowni elektrofizjologii. Być może więcej danych przyniesie rozpoczynający się (grant inicjowany przez PTK) ogólnopolski rejestr ES — ‘RECOVERY’.

Autorom komentowanej pracy, ze znakomitego ośrodka elektrofizjologii, gratulujemy rzetelności naukowej w przedstawieniu tego niezwykle trudnego przypadku.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Mitrega K, Średniawa B, Kowalski O et al. Burza elektryczna w erze pacjentów z kardiowerterem-defibrylatorem. *Kardiol Pol*, 2013; 71: 198–201.
2. Hohnloser SH, Al Khalidi HR, Pratt CM et al. Electrical storm in patients with an implantable defibrillator: incidence, features, and preventive therapy: insights from a randomized trial. *Eur Heart J*, 2006; 27: 3027–3032.
3. Brigadeau F, Kouakam C, Klug D et al. Clinical predictors and prognostic significance of electrical storm in patients with implantable cardioverter defibrillators. *Eur Heart J*, 2006; 27: 700–707.
4. Izquierdo M, Ruiz-Granell R, Ferrero A et al. Ablation or conservative management of electrical storm due to monomorphic ventricular tachycardia: differences in outcome. *Europace*, 2012; 14: 1734–1739
5. Mallidi J, Nadkarni GN, Berger RD et al. Meta-analysis of catheter ablation as an adjunct to medical therapy for treatment of ventricular tachycardia in patients with structural heart disease. *Heart Rhythm*, 2011; 8:503–510.