

Diagnostyka zaburzeń czynnościowych i morfologicznych przełyku u chorych poddanych zabiegowi ablacji z powodu migotania przedsionków

Diagnostic of morphological and functional esophageal dysfunction in patients exposed to radiofrequency catheter ablation of atrial fibrillation

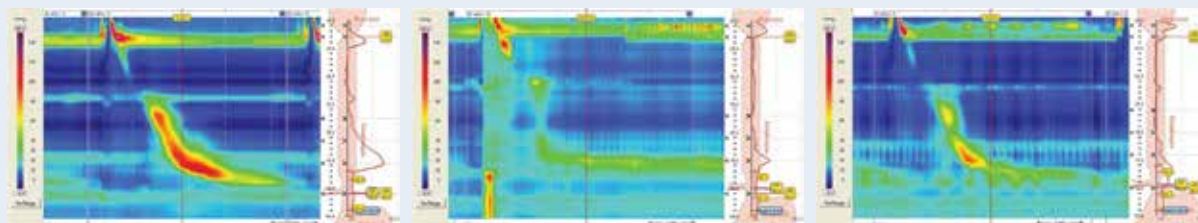
Krzysztof Sikora¹, Sebastian Stec², Wiesław Tarnowski³, Marek Sikora¹, Piotr Kułakowski²

¹Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Grochowski, Warszawa

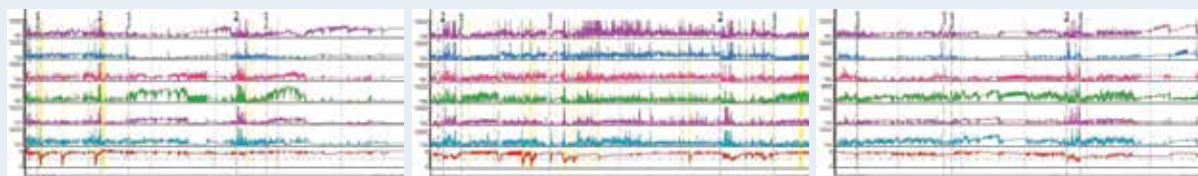
²Klinika Kardiologii, Szpital Grochowski, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

³Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. dr W. Orłowskiego, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Ablacja migotania przedsionków (AF) jest uznaną metodą leczenia tej arytmii. Z powodu bliskości anatomicznej tylnej ściany lewego przedsionka i przełyku istnieje ryzyko jego uszkodzenia, włącznie z wytworzeniem przetoki przedsionkowo-przełykowej. Znane są także zaburzenia czynnościowe przełyku występujące po zabiegu ablacji. Na Oddziale Kardiologii przyjęto 60-letniego pacjenta z objawowym, opornym na farmakoterapię AF w klasie EHRA 3 w celu wykonania ablacji prądem o wysokiej częstotliwości (RF) — okężnej izolacji żył płucnych z powodu AF. Zaplanowano diagnostykę zaburzeń czynnościowych przełyku przed i po ablacji. Wykonano gastroskopię, impedancję przełykową i manometrię przełykową. Badania te przeprowadzono u pacjenta 3 dni przed zaplanowaną ablacją oraz 3 i 30 dni po zabiegu. W manometrii przełykowej stwierdzono w kolejnych badaniach zmniejszenie średniego ciśnienia spoczynkowego w dolnym zwieraczu przełyku z 38,9 mm Hg (przed ablacją) do 17,8 mm Hg (3 dni po zabiegu). Po miesiącu od ablacji stwierdzono ponowny wzrost wartości średniego ciśnienia spoczynkowego w dolnym zwieraczu przełyku do 28,1 mm Hg. Redukcji napięcia spoczynkowego dolnego zwieracza przełyku towarzyszył spadek wartości wskaźnika IRP, opisującego relaksację dolnego zwieracza przełyku po wykonanym przełknięciu. Wskaźnik ten obniżył się z początkowego 8,71 mm Hg do 2,915 mm Hg stwierdzonego 3 dni po ablacji, a następnie po miesiącu od zabiegu wzrósł do 6,59 mm Hg. U pacjenta początkowo, podczas manometrii przełykowej stwierdzono 100% przełknięć prawidłowych, perystaltycznych. Po ablacji nastąpiło pogorszenie fali perystaltycznej ściany przełyku i zmniejszenia odsetka przełknięć prawidłowych do 65%. Po miesiącu od zabiegu zaobserwowano stopniową poprawę motoryki ściany przełyku i 85% przełknięć perystaltycznych. Upośledzonej perystaltyce ściany przełyku towarzyszyło zmniejszenie średniej amplitudy skurczów ściany przełyku z 89,5 mm Hg do 63,9 mm Hg, stwierdzanej tuż po ablacji i do 64,0 mm Hg miesiąc po zabiegu (ryc. 1). W impedancji przełykowej początkowo obserwowano niskie wartości wskaźnika DeMeestera (1,4) opisującego nasilenie refluksu żołądkowo-przełykowego. Współczynnik ten stopniowo wzrastał — do 2,2 podczas badania po 3 dniach od ablacji oraz do 3,4 stwierdzanych po miesiącu od zabiegu. Zwiększyła się również całkowita liczba refluksów żołądkowo-przełykowych z 25 (przed zabiegiem) do 47 (3 dni po ablacji). Po miesiącu całkowita liczba refluksów wynosiła 10. Zanotowano również wzrost liczby epizodów refluksów niekwaśnych z 18 do 35 stwierdzanych 3 dni po ablacji. Po miesiącu ich liczba wynosiła już tylko 7 (ryc. 2). W gastrokopii wykonanej przed zabiegiem zaobserwowano zapalenie błony śluzowej żołądka i przepuklinę rozworu przełykowego przepony. Podobny obraz gastrokopowy utrzymywał się w badaniach wykonanych 3 dni oraz miesiąc po zabiegu. Nie stwierdzono nasilenia zmian zapalnych ani wystąpienia nowych zmian w przełyku po ablacji. Podsumowując, przejściowe zaburzenia czynności przełyku, stwierdzone u opisywanego chorego i występujące prawdopodobnie u większości pacjentów poddawanych ablacji AF, dodatkowo wskazują na konieczność zachowania szczególnej ostrożności podczas aplikacji RF w obrębie tylnej ściany lewego przedsionka.



Rycina 1. Manometria przełykowa wykonana 3 dni przed, 3 dni po i 30 dni po zabiegu ablacji



Rycina 2. Impedancja przełykowa wykonana 3 dni przed, 3 dni po i 30 dni po zabiegu ablacji

Adres do korespondencji:

Lek. Krzysztof Sikora, Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Grochowski, ul. Grenadierow 51/59, 04-073 Warszawa, e-mail: cyzskora@esculap.pl

Konflikt interesów: nie zgłoszono