

Wskazania do implantacji CRT 2012

Czy i jak wskazania europejskie różnią się od amerykańskich ?

dr hab. n. med. Maciej Sterliński* dr n. med. Michał Chudzik, dr Ewa Nowacka

Klinika Elektrokardiologii Katedry Kardiologii
i Kardiochirurgii UM w Łodzi
dr hab. n. med. prof. nadzw. Jerzy Krzysztof Wranczyk



Wytyczne ESC dotyczące rozpoznania oraz leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca na 2012 rok



Grupa Robocza 2012 Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) ds. Rozpoznania oraz Leczenia Ostrej i Przewlekłej Niewydolności Serca działająca we współpracy z Asocjacją Niewydolności Serca ESC (HFA)

Autorzy/członkowie Grupy Roboczej: John J.V. McMurray, przewodniczący (Wielka Brytania)*, Stamatias Adamopoulos (Grecja), Stefan D. Anker (Niemcy), Angelo Auricchio (Szwajcaria), Michael Böhm (Niemcy), Kenneth Dickstein (Norwegia), Volkmar Falk (Szwajcaria), Gerasimos Filippatos (Grecja), Cândida Fonseca (Portugalia), Miguel Angel Gomez-Sanchez (Hiszpania), Tiny Jaarsma (Szwecja), Lars Køber (Dania), Gregory Y.H. Lip (Wielka Brytania), Aldo Pietro Maggioni (Włochy), Alexander Parkhomenko (Ukraina), Burkert M. Pieske (Austria), Bogdan A. Popescu (Rumunia), Per K. Rønnevik (Norwegia), Frans H. Rutten (Holandia), Juerg Schwittr (Szwajcaria), Petar Seferovic (Serbia), Janina Stepnińska (Polska), Pedro T. Trindade (Szwajcaria), Adriaan A. Voors (Holandia), Faiez Zannad (Francja), Andreas Zeiher (Niemcy)

Komisja ESC ds. Wytycznych Postępowania (CPG): Jeroen J. Bax, przewodniczący CPG (Holandia), Helmut Baumgartner (Niemcy), Claudio Ceconi (Włochy), Veronica Dean (Francja), Christi Deaton (Wielka Brytania), Robert Fagard (Belgia), Christian Funch-Brentano (Francja), David Hasdai (Izrael), Arno Hoes (Holandia), Paulus Kirchhof (Niemcy/Wielka Brytania), Juhani Knuuti (Finlandia), Philippe Kolh (Belgia), Theresa McDonagh (Wielka Brytania), Cyril Moulin (Francja), Bogdan A. Popescu (Rumunia), Željko Reiner (Chorwacja), Udo Sechtem (Niemcy), Per Anton Sirnes (Norwegia), Michal Tendera (Polska), Adam Torbicki (Polska), Alec Vahanian (Francja), Stephan Windecker (Szwajcaria)

Recenzenci: Theresa McDonagh, koordynator z ramienia CPG (Wielka Brytania), Udo Sechtem, koordynator z ramienia CPG (Niemcy), Luis Almenar Bonet (Hiszpania), Panayiotis Avraamides (Cypr), Hisham A. Ben Lamin (Libia), Michele Brignole (Włochy), Antonio Coca (Hiszpania), Peter Cowburn (Wielka Brytania), Henry Dargie (Wielka Brytania), Perry Elliott (Wielka Brytania), Frank Arnold Flachskampf (Szwecja), Guido Francesco Guida (Włochy), Suzanna Hardman (Wielka Brytania), Bernard Jung (Francja), Bela Merkely (Węgry), Christian Mueller (Szwajcaria), John N. Nanas (Grecja), Olav Wendelboe Nielsen (Dania), Stein Ørn (Norwegia), John T. Parisis (Grecja), Piotr Ponikowski (Polska)

Formularze dotyczące ewentualnych konfliktów interesów autorów i recenzentów są dostępne na stronie internetowej ESC (www.escardio.org/guidelines).

VS

PRACTICE GUIDELINE

2012 ACCF/AHA/HRS Focused Update of the 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities



A Report of the American College of Cardiology Foundation/
American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

*Developed in Collaboration With the American Association for Thoracic Surgery,
Heart Failure Society of America, and Society of Thoracic Surgeons*

2012 WRITING GROUP MEMBERS*

Cynthia M. Tracy, MD, FACC, FAHA, Chair;
Andrew E. Epstein, MD, FACC, FAHA, FHRS, Vice Chair*; Dawood Darbar, MD, FACC, FHRS†;
John P. DiMarco, MD, PhD, FACC, FHRS*‡; Sandra B. Dunbar, RN, DSN, FAAN, FAHA†;
N.A. Mark Estes III, MD, FACC, FAHA, FHRS*§; T. Bruce Ferguson, Jr, MD, FACC, FAHA*||;
Stephen C. Hammill, MD, FACC, FHRS‡; Pamela E. Karasik, MD, FACC, FHRS‡;
Mark S. Link, MD, FACC, FHRS*†; Joseph E. Marine, MD, FACC, FHRS‡;
Mark H. Schoenfeld, MD, FACC, FAHA, FHRS*†; Amit J. Shanker, MD, FACC, FHRS‡;
Michael J. Silka, MD, FACC‡; Lynne Warner Stevenson, MD, FACC*#;
William G. Stevenson, MD, FACC, FAHA, FHRS***; Paul D. Varosy, MD, FACC, FHRS‡

2008 WRITING COMMITTEE MEMBERS

Andrew E. Epstein, MD, FACC, FAHA, FHRS, Chair; John P. DiMarco, MD, PhD, FACC, FHRS;
Kenneth A. Ellenbogen, MD, FACC, FAHA, FHRS; N.A. Mark Estes III, MD, FACC, FAHA, FHRS;
Roger A. Freedman, MD, FACC, FHRS; Leonard S. Gettes, MD, FACC, FAHA;
A. Marc Gillinov, MD, FACC, FAHA; Gabriel Gregoratos, MD, FACC, FAHA;
Stephen C. Hammill, MD, FACC, FHRS; David L. Hayes, MD, FACC, FAHA, FHRS;
Mark A. Hlatky, MD, FACC, FAHA; L. Kristin Newby, MD, FACC, FAHA;
Richard L. Page, MD, FACC, FAHA, FHRS; Mark H. Schoenfeld, MD, FACC, FAHA, FHRS;
Michael J. Silka, MD, FACC; Lynne Warner Stevenson, MD, FACC;
Michael O. Sweeney, MD, FACC

AKADEMIA ELEKTROTERAPII

PACJENCI Z RYTMEM ZATOKOWYM

Pacjenci z rytmem zatokowym					
LVEF	Klasa NYHA	Czas trwania zespołu QRS	Morfologia zespołu QRS	Uwagi	Klasa
≤35%	III, IV	≥120ms	LBBB		I
≤30%	II	≥130ms	LBBB		I
≤35%	III, IV	≥150ms	inna niż LBBB		IIa
≤30%	II	≥150ms	inna niż LBBB		IIa



Pacjenci z rytmem zatokowym					
LVEF	Klasa NYHA	Czas trwania zespołu QRS	Morfologia zespołu QRS	Uwagi	Klasa
≤35%	II, III, IV	≥150ms	LBBB		I
≤35%	II, III, IV	od 120ms do 149ms	LBBB		IIa
≤35%	III, IV	≥150ms	inna niż LBBB		IIa
≤30%	I	≥150ms	LBBB	HF o etiologii niedokrwiennej	IIb
≤35%	III, IV	od 120ms do 149ms	inna niż LBBB		IIb
≤35%	II	≥150ms	inna niż LBBB		IIb



PACJENCI Z MIGOTANIEM PRZEDSIONKÓW

Pacjenci z migotaniem przedsionków	
III lub IV klasie NYHA, czas trwania QRS > 120 ms, EF < 35%, jeżeli:	
Pacjent z powodu ablacji łącza AV jest stymulatorozależny	IIa
Pacjent wymaga stymulacji stałej, ze względu na istotnie wolny rytm komór	IIb
Częstotliwość rytmu komór u pacjenta w spoczynku wynosi $\leq 60/\text{min}$, a w czasie wysiłku $\leq 90/\text{min}$	IIb



Pacjenci z migotaniem przedsionków	
EF < 35%, jeżeli:	
Pacjent wymaga stałej stymulacji komorowej	IIa
Pacjent z powodu ablacji łącza AV lub farmakologicznej kontroli rytmu jest w 100% zależny od CRT	IIa



PACJENCI ZE WSKAZANIAMI DO STAŁEJ STYMULACJI SERCA

Pacjenci ze wskazaniami do stałej stymulacji serca	
EF < 35%, niezależnie od czasu trwania QRS jeżeli:	
III lub IV klasa wg NYHA	IIa
II klasa wg NYHA	IIb



Pacjenci ze wskazaniami do stałej stymulacji serca	
EF < 35%, jeżeli:	
Przewidywany wysoki odsetek stymulacji komorowej (40%)	IIa





AKADEMIA ELEKTROTERAPII

dr hab. med. MACIEJ STERLIŃSKI
INSTYTUT KARDIOLOGII, WARSZAWA

Niniejsza prezentacja porównuje zalecenia do stosowania CRT, obowiązujące aktualnie w Europie (ESC/EHRA) oraz w Ameryce Północnej (HRS).

W zaleceniach HRS istnieje obecnie tylko **jedna sytuacja**, w której u chorego z rytmem zatokowym należy zastosować CRT (klasa I) – jest to obecność LBBB z QRS > 150 ms u chorego z objawową niewydolnością serca; wszelkie pozostałe wskazania znajdują się w klasie II i przy porównaniu tabel można dostrzec, że “wąski” LBBB i zaburzenia przewodnictwa inne niż LBBB, w opinii HRS, są mniej istotne, niż w Europie (ESC/EHRA). HRS jest jednocześnie konsekwentne w interpretacji badań randomizowanych, na których oparto zalecenia – dopuszcza stosowanie j **CRT u bezobjawowych chorych**, jako prewencję rozwoju niewydolności serca pod warunkiem wieńcowej etiologii dysfunkcji skurczowej serca.

Osobiście w pełni popieram stanowisko HRS, dotyczące chorych z utrwalonym migotaniem przedsionków (AFib) – jednoznacznie podkreśla ono, że CRT należy rozważyć wyłącznie u chorych, którzy w wyniku utrwalonych zaburzeń przewodnictwa, przebytej ablacji łącza przedsionkowo-komorowego i farmakologicznej kontroli rytmu osiągną odsetek stymulacji komorowej zbliżony do 100%. Europejskie kryterium czynności serca w AFib < 60/min w spoczynku i <90/min. w wysiłku, pochodzące z badania RAFT, w świetle najnowszych doniesień wydaje się coraz bardziej nieuzasadnione.

AKADEMIA ELEKTROTERAPII

Definiując zalecenia do CRT u chorych ze wskazaniami do stałej stymulacji (nazywane niekiedy wskazaniami do rozbudowy klasycznego stymulatora), HRS opiera się cały czas na wynikach badania MOST, znanych już od wielu lat. – Odsetek wystymulowanych pobudzeń komorowych, przekraczający 40%, związany jest z istotnie podwyższonym ryzykiem progresji niewydolności serca u chorych z zaawansowanym uszkodzeniem lewej komory. Subiektywna ocena wydolności serca wg NYHA, wykorzystywana w gradacji klasy wskazań przez ESC, przez HRS nie jest brana pod uwagę.

Mimo, że **zalecenia HRS są obecnie bardziej restrykcyjne niż europejskie**, nie sposób uniknąć refleksji, że system opieki zdrowotnej USA jest w stanie zapewnić terapię przy pomocy CRT większości chorych ze względnymi wskazaniami do tej metody. Czyli krótko mówiąc, “stać ich na większy krytycyzm a i tak zrobią co należy”. Europejskie odsetki wszczepień CRT na 1 mln mieszkańców, wśród których Polska zajmuje dobrą pozycję, odbiegają znacząco od amerykańskich. Panuje opinia, że wskaźniki Polskie powinny ulegać dalszemu zwiększaniu i w celu efektywności CRT wskazane byłoby identyfikowanie chorych ze wskazaniami o najwyższej mocy dowodowej.



DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ
THANK YOU FOR YOUR ATTENTION



KADEMIA ELEKTROTERAPII
www.akademiaelektroterapii.pl