



ינואר 2004

הערות למסמך ACC/AHA/ESC GUIDELINES בנושא הפרעות קצב על חדריות

(*European Heart Journal 2003; 24(20): 1857-1897*)

<http://www.escardio.org/guidelines>

מיכאל גליקסון ודוד לוריא

בשם החוג לקיצוב ואלקטרופיזיולוגיה והאיגוד הקרדיולוגי בישראל

על פי המלצתנו, אומץ המסמך על ידי האיגוד הקרדיולוגי בישראל. בנייר הערות זה, סיכמנו כמה נקודות עיקריות וכן הבאנו את דעתנו במקרים שאיננו מסכימים עם עמדת המסמך, או שיש לנו תוספות על הנאמר בו. קטעים אלה מופיעים בכתב שונה, והם מבטאים רק את דעתנו.

המדובר במסמך ממצה המהווה קודם כל REFERENCE מקיף ומעודכן יותר מכל TEXTBOOK על נושא הפרעות קצב על חדריות. תקצר היריעה מלפרט את כל תוכן המסמך אך נציין פה כמה נקודות ייחודיות וחדשות העולות מן המסמך.

הפנייה לאלקטרופיזיולוג

בפרק על הערכה אבחנתית מנסה המסמך לקבוע מיהם החולים שיש להפנותם לאלקטרופיזיולוג ובמי יכול קרדיולוג כללי טפל או להתחיל בבירור:

בחולים הפונים עם סיפור מתאים אך ללא תיעוד של אריתמיה בשלב זה – מומלץ להפנות לאלקטרופיזיולוג מי שיש לו תבנית WP באק"ג, מי שמתעלף תוך הטכיקרדיה או בעקבותיה, ומי שהתיאור הקליני שלו הוא של טכיקרדיה סדירה. באחרים (בעיקר כאלה הסובלים מפלפיטציות לא סדירות) מומלץ לנסות קודם כל להשיג תיעוד של האריתמיה על ידי EVENT MONITOR כלשהו לפני הפנייתו.

בחולים בהם קיים תיעוד של אריתמיה מומלץ להפנות לאלקטרופיזיולוג כאלה שיש להם תיעוד של טכיקרדיה רחבת קומפלקס, כל החולים עם אריתמיה על רקע WPW, חולים עם SVT שאינם מגיב לתרופות וחולה המעוניין שלא לקחת תרופות. באחרים יכול הקרדיולוג הכללי להתחיל טיפול.

עם זאת דעתנו היא שבעידן של טיפול יעיל ובטוח על ידי אבלציה כל חולה עם SVT או ריפרוף פרוזדורים מתועד צריך לפחות פעם אחד להיפגש עם אלקטרופיזיולוג כדי לקבל מידע מלא על שיטות טיפול שונות.

טיפול ללא אריתמיה מתועדת – ככלל מומלץ להגיע לאבחנה, אך המסמך אינו שולל שימוש אמפירי בחוסמי בטא (אך לא בתרופות אנטי אריתמיות אחרות) גם אם אין תיעוד של אריתמיה, כשהסיפור אופייני לאריתמיה סדירה התקפית. באותם המקרים מאפשר המסמך הפנייתו של החולה לבדיקת EPS (ואבלציה) ללא ניסיונות נוספות לתעד הפרעת קצב ב-ECG.

אנו מחזקים את הגישה הזאת במיוחד במקרים אשר על פי דבריו של חולה תמרונים וגאליים או הזרקת אדנוזין היו מפסיקים בעבר את הטכיקרדיה

שימוש באדנוזין – מומלץ כטיפול אקוטי ראשוני בטכיקרדיה סדירה צרת קומפלקס. מודגש שאין לתתו רק במקרי אסתמה קשה, וכן שחולים הנוטלים טגרטול, קרדוקסין, חוסמי בטא וחוסמי סידן רגישים אליו במיוחד.

אלגוריתמים לאבחנה וטיפול ב-NARROW COMPLEX וב-WIDE COMPLEX TACHYCARDIA (WCT) – מובאים בטקסט ובתמונות ומומלץ לעבור עליהם.

לצערנו הגישה המתוארת ל-STABLE WCT שמה את הדגש על טיפול יעיל ה"מכסה את כל האפשרויות", בדומה לכללי ACLS (פרוקאינאמיד, פרוקור או סוטלול לוריד). בעוד שגישה זו יכולה להיות נכונה לרופא חדר מיון, דעתנו היא שקרדיולוג צריך להשקיע יותר מאמץ בנסיון להגיע לאבחנה של המצב לפני הפסקתו, בשל המשמעויות הפרוגנוסטיות והטיפוליות. זיהוי נכון של הטכיקרידיה הקלינית בעת התרחשותה יכול לעתים לחסוך לחולה בדיקה אלקטרופיזיולוגית בהמשך. על כן לעניות דעתנו על הקרדיולוג המטפל ב-STABLE WCT לנסות להשיג רישומים עלייתיים (LEWIS LEADS, אק"ג וושטי) ו/או לנסות טיפול באדנוזין לוריד תוך רישום אק"ג מתמשך על מנת להגיע לאבחנה דפיניטיבית לפני סיום הפרעת הקצב.

יש גם לציין שבפרק של המסמך שמתייחס ל-WCT חלק מהדברים הוצגו בצורה כללית מדי וכמה פרטים חשובים לדעתנו לא באו על ידי ביטוי:

- (1) ב-flow chart של אבחנה מובדלת של WCT לא מופיעים fusion/capture beats כסימן פטוגנומי ל-VT
- (2) RBBB-ILBBB "אופייני" מביא במסמך לאבחנה של VT, והדבר יכול להטעות במקרים של Bundle branch reentry ובחלק מהמקרים של Fascicular VT.
- (3) המלצות לטיפול של WCT/UNKNOWN VT לא מתייחסות לאפשרות של idiopathic VT אצל חולה ללא מחלת לב סטרטוקטוראלית. לדעתנו קרדיולוג שמאבחן RVOT VT או Fascicular VT צריך לתת טיפול אקוטי בחוסמי בטא (או אדנוזין) במקרה הראשון וב-Verapamil במקרה השני
- (4) עם אבחנה של VT בסבירות גבוה, במיוחד אצל חולים לאחר אוטם, טיפול תרופתי ראשוני צריך לדעתנו להיות Lidocaine. תרופות עם טווח אנטיאריטמי רחב יותר ראויים לשימוש במקרים של WCT עם סיכוי גבוה ל-SVT.

סינוס טכיקרידיה

על מנגנוניה השונים, אבחנתה המבדלת כולל POTS SYNDROME והטיפולים השונים בו נסקרים בפירוט רב. במצבי SINUS NODE REENTRY ממליץ המסמך על אבלציה רק במקרים שאינם קלים לטיפול תרופתי.

האופציה של אבלציה של INAPPROPRIATE SINUS TACHYCARDIA מוזכרת אף היא, למרות הצלחה ארוכת טווח מוגבלת (25-65%) וגם אצל חולים עם ירידת דופק מוצלחת, סימפטומים לעתים לא משתפרים אחרי אבלציה (5). בהקשר זה יש לציין את מסמך העמדה של NASPE בעניין אבלציות (1) שמתייחס לאבלציה של אריתמיה זו בדרגת המלצה IIB בלבד, וגם זאת רק אחרי טיפול תרופתי שנכשל.

AVNRT

הטיפול באבלציה מומלץ כאופציה לשיקול החולה בכל מקרי AVNRT, ואף מומלץ על פני טיפול תרופתי מתמשך. גם במקרי SVT קליני מתועד וממצא של DUAL AV NODE ב-EPS מומלץ לבצע אבלציה של Slow AV node pathway גם אם לא ניתן להפיק AVNRT. כמו כן הוא מומלץ כשמופק AVNRT מתמשך (יותר מ 30 שניות) במהלך EPS כממצא מקרי.

מבחינת טיפול תרופתי מונע מומלץ על חוסמי בטא או סידן (NON DIHYDROPYRIDINE) כטיפול קו ראשון ועל תרופות מקבוצת IC כשורה שנייה. מוזכרת גם האופציה לטיפול עצמי בבית בהתקפים נדירים של AVNRT על ידי מנת פלקאיניד (3 מג לק"ג) או מנת דילטיאזם 120 מ"ג + דרלן 80 מ"ג (PILL IN THE POCKET). אנו בדעה שאופציה זו באה בחשבון רק אחרי שנוסתה בפעם הראשונה במסגרת של השגחה בחדר המיון.

JUNCTIONAL TACHYCARDIA

מחולקת במסמך לשני סוגים כולל FOCAL (המכונה בספרות גם JET ו-AJT) ו-NONPAROXYSMAL. הצורה הפוקאלית מומלצת לטיפול בתרופות השונות בסדר חומרה עולה, ובלית ברירה באבלציה עם סיכון משמעותי ל-AV BLOCK. הצורה השנייה מטופלת בתיקון סיבותיה ובחוסמי בטא וחוסמי סידן.

PREEXCITATION + CONCEALED ACCESSORY PATHWAYS

במצבי WPW סימפטומטי אך יציב ללא AF מומלץ על אבלציה (המלצה בדרגה I) אך מוצעת גם אופציה לטיפול תרופתיים אנטי אריתמיים (IIA). במקרים של AF מהיר או WPW לא יציב מומלץ אך ורק על אבלציה. במצבי AVRT על רקע של CONCEALED BYPASS מומלץ על אבלציה או טיפול תרופתי. במצבים של AVRT נדיר או אירוע יחיד ממליצים (דרגת המלצה 1) שלא לטפל כלל, ללמד VAGAL MANEUVERS או לתת טיפול עצמי (PILL IN THE POCKET).

ASYMPTOMATIC WPW

למרות המאמרים האחרונים של קבוצת PAPPONE המעלים את קרנן של הבדיקה האלקטרופיזיולוגית ושל האבלציה כטיפול מונע ב WPW סימפטומטי (2,3), עדיין המלצות המסמך הן לבצע PES ובמידת הצורך אבלציה רק לעוסקים בעיסוקים בהם יש סיכון גבוה.

FOCAL AT

למניעת FOCAL AT המסמך ממליץ על טיפול בחוסמי בטא או סידן או על אבלציה בעדיפות (דרגת המלצה 1) על פני טיפולים אנטי אריתמיים אחרים (דרגת המלצה 2). בהקשר זה יש לציין שמסמך NASPE (1) נוטה להמליץ על טיפול תרופתי אחד לפחות לפני אבלציה ב-AT, אלא אם מדובר במרכז המנוסה בשיטות מיפוי מתוחכמות. חשוב לציין שהמסמך ממליץ "לשלול מחלה כלילית" לפני מתן תרופות מקבוצה IC. המלצה זה מבוססת על דעה של מומחים בלבד (רמת הוכחות C)

לדעתנו יש הגיון להגביל הימנעות משימוש בתרופות מקבוצה C1 לחולים אחרי אוטם (6). שימוש בתרופות מקבוצה 1 מותנה במסמך במתן תרופה נוספת להאטת הולכה AV NODE וזה מחשש שטכיקרדיות פרוזדוריות מהירות יכולות לעבור להולכה 1:1. כאמור שמדובר בטכיקרדיות פרוזדוריות לא מאוד מהירות (וזה רוב המקרים) שמוליכות 1:1 עוד ליפני טיפול, נתן להתחיל טיפול אנטיאריטמי בתרופה אחד ללא חשש ולהוסיף מעקבי AV NODE לפי סימפטומים.

ATRIAL FLUTTER

במסמך לראשונה רפרוף פרוזדורים הוכנס לתוך קבוצת "SV" בתת קבוצה של MACROREENTRANT ATRIAL TACHYCARDIA.

המסמך ממליץ בעדיפות ראשונה על אבלציה במקרים של רפרוף חוזר טיפוס, בעדיפות על פני תרופות, וכך גם במצבים שהפכו מפרפור לרפרוף תוך טיפולים אנטי אריתמיים.

בנוגע לטיפול בנוגדי קרישה ברפרוף המסמך ממליץ על הגישה זהה לחולי פרפור פרוזדורים ומדגיש בהקשר זה התייחסות להפוך בצריבה ובתרופות שווה להפוך חשמלי

הריון

במקרי SVT בהריון מומלץ על היפוך על ידי תמרונים וגאליים, אדנוזין ואף היפוך חשמלי בעדיפות על פני תרופות אחרות כולל חוסמי סידן ובטא. לצורך טיפול מונע אם אין מנוס ממנו – מומלץ על דיגוקסין או מטופרולול. מבין התרופות האנטי אריתמיות האחרות סוטלול נחשבת לבטוחה ביותר (קטגוריה B), ויש לשים לב שנורמיטן נחשב בעייתי יותר מכל חוסמי בטא ואיננו מומלץ לשימוש בהריון בשום מקרה, כמו גם AMIODARONE (קטגוריה D). יש להימנע עד כמה שניתן מחוסמי בטא בטרימסטר הראשון. אבלציה מומלץ לבצע ליפני הריון אך נתן לעשות במקרים עמידים לטיפול תרופתי בטרימסטר השני או השלישי.

אריתמיות ב-GUCH (מבוגרים עם מחלות לב מולדות)

פרק נכבד במסמך מוקדש לבעייה זו. בשל הספציפיות הרבה והפירוט אנו מפנים את המעוניינים למסמך עצמו כמו גם למסמך ESC על GUCH שהופיע לאחרונה ואף זכה לסקירה של חברינו דר הירש ודר ברנד שהופצה בין חברי האיגוד לאחרונה. ככלל המסמך מדגיש את מורכבות הבעייה של אריתמיה ב-GUCH ואת הצורך לטפל טיפול פולשני במרכזים עם יכולות מיפוי מתוחכמות.

References

1. Scheinman et al, PACE 2003;26:789-799.
2. Pappone et al, JACC 2003;41:239-44.
3. Pappone et al, N Engl J Med. 2003;349:1803-11.
4. Deanfield et al, European Heart Journal, 2003;24(11): 1035-1084.
5. Shen WK et al, PACE 2001;24(2):217-30.
6. Akhtar M et al, Circulation 1990;81(3):1123-7.