

Hybrydowe leczenie przetrwałego AF. Czy już czas na elektrofizjologiczny „heart team”?

dr n. med. Artur Baszko

II Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań



Migotanie przedsionków (AF) wiąże się z obniżoną jakością życia pacjentów, ryzykiem powikłań zakrzepowo-zatorowych z powodu braku mechanicznej funkcji przedsionków, rozwoju kardiomiopatii tachyarytmicznej, najczęściej na skutek szybkiej i niemiarewej pracy serca oraz z istotnie skróconym czasem przeżycia [1]. Optymalne leczenie powinno poprawić jakość życia oraz wyeliminować pozostałe niekorzystne następstwa arytmii.

Dotychczasowe doświadczenia w leczeniu zabiegowym AF były głównie domeną elektrofizjologów, choć koncepcję leczenia opracowali kardiochirurdzy od pierwszych operacji izolacji przedsionka i jego „korytarzowania”, poprzez operację typu maze z następnymi jej modyfikacjami [2–3]. Mimo że operacje kardiochirurgiczne dają najwyższą pewność uzyskania rytmu zatokowego, dość trudno jest uzyskać akceptację kardiologów i pacjentów dla rozległego zabiegu w krążeniu pozaustrojowym. Wprowadzenie technik torakoskopowych z zastosowaniem energii o wysokiej częstotliwości (RF) w systemie uni- lub bipolarnym oraz krioabłacji spowodowało, że zabiegi te coraz śmielej wchodzi do kanonów leczenia. Zgodnie z opinią Coxa, idealny zabieg leczenia AF to „wykonany techniką miniinwazyjną (endoskopową), bez krążenia pozaustrojowego, trwający < 1 h oraz pozwalający na wypisanie pacjenta następnego dnia” [4]. Współczesne metody starają się sprostać tym założeniom z mniejszym lub większym powodzeniem.

Technika hybrydowa zabiegu abłacji, czyli połączenie dostępu epikardialnego z endokardialnym, wydaje się najbardziej skuteczną formą leczenia przetrwałego AF, gdyż pozwala na wykonanie i potwierdzenie szczelności linii aplikacyjnych. Artykuł zespołu z Zabrza jest jedną z niewielu prac oceniających skuteczność systemu nContact [5]. Znakomita dyskusja w publikacji pokazuje blaski i cienie hybrydowych metod abłacji. Uzyskanie skuteczności wyleczenia przetrwałego AF na poziomie 80% świadczy o tym, że metoda jest bardzo obiecująca, mimo że roczną obserwację ukończyły tylko 10 pacjentów. Na szczególne uznanie zasługuje precyzyjna ocena skuteczności zabiegu (wielodniowe monitorowanie EKG lub implantowane rejestratory zdarzeń). Intelktualna koncepcja zabiegu hybrydowego obecnie nie znajduje odbicia w systemie refundowania leczenia, co wymaga rozbicia procedury na dwa kolejne zabiegi. Prawdopodobnie ten element oraz fakt, że abłacja chirurgiczna wciąż nie znajduje szerszej akceptacji, powodują, że w czasie ponad 2 lat trwania badania włączono do niego 27 pacjentów. Wyniki osiągnięte przez zespół korzystnie mogą tę sytuację zmienić. Bardzo ciekawą pracę z Maastricht poleciłbym jako komentarz dotyczący kwestii oce-

ny punktu końcowego zabiegu hybrydowego, również z punktu widzenia ekonomicznego [6]. W badaniu tym uzyskano spektakularną skuteczność zabiegu na poziomie 93% u pacjentów z napadowym AF oraz 90% z formą przetrwałą, po 12 miesiącach obserwacji bez stosowania leków antyarytmicznych. Nie wdając się w szczegóły, do lektury metodyki gorąco zachęcam, zabieg obejmował izolację żył płucnych metodą torakoskopową elektrodą biopolarną lub kriobalonem (u pacjentów z obturacyjną chorobą płuc) pod kontrolą elektrody Lasso. Jeśli migotanie było nadal indukowane, zabieg uzupełniano epikardialną abłacją liniową z zastosowaniem elektrod bipolarnych. Przy braku szczelności linii, zabieg uzupełniano od strony endokardium klasyczną elektrodą chłodzoną. U części pacjentów wykonywano zabieg abłacji cieśni dolnej prawego przedsionka oraz zamknięcie uszka lewego przedsionka. Skuteczność zabiegu osiągnięto w czasie 280 ± 84 min (195–505 min), a średni czas pobytu w szpitalu wyniósł 7 ± 2 dni (zakres 5–13 dni).

Podsumowując dotychczasowe badania, zauważa się wzrastającą konieczność współpracy między kardiochirurgami i elektrofizjologami, czego niedawnym wyrazem była znakomita konferencja *EP-Time* w Rzeszowie. Nie można jednak nie zadać kilku pytań, które będą nam towarzyszyły w przyszłości. Mimo że wydaje się, że potwierdzenie ciągłości linii aplikacyjnych jest logiczne, nie wiadomo, czy jest konieczne przy zabiegach hybrydowych, szczególnie gdy planowany jest drugi etap zabiegu z możliwością weryfikacji skuteczności wcześniejszego zabiegu i jego uzupełnienia. Nie wiadomo, czy zabieg endokardialny należy wykonać od razu (prawdopodobnie optymalnie) i czy, jeśli przesuwamy go w czasie, wykonać go u wszystkich pacjentów, czy też tylko u tych, u których stwierdzi się nawrót arytmii. Podobnie, w poszczególnych badaniach stosowane były różne techniki zabiegu epikardialnego i endokardialnego. Formułowanie jednoznacznych wniosków na podstawie dość małych grup pacjentów wydaje się obecnie niemożliwe, natomiast zachęca powtarzalnie wysoka skuteczność.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Miyasaka Y, Barnes ME, Bailey KR et al. Mortality trends in patients diagnosed with first atrial fibrillation: a 21-year community-based study. *J Am Coll Cardiol*, 2007; 49: 986–992.
2. Guiraudon GM, Klein GJ, Yee R et al. Surgery for atrial tachycardia. *PACE*, 1990; 13: 1996–1999.
3. Weimar T, Schena S, Bailey MS et al. The Cox-Maze procedure for lone atrial fibrillation: a single centre experience over two decades. *Circ Arrhythm Electrophysiol*, 2012; 5: 8–14.
4. Cox JL. The role of surgical intervention in the management of atrial fibrillation. *Tex Heart Inst J*, 2004; 31: 257–265.
5. Zembala M, Filipiak K, Kowalski O et al. Minimally invasive hybrid ablation procedure for the treatment of persistent atrial fibrillation: one year results. *Kardiologia Polska*, 2012; 70: 819–828.
6. Pison L, La Meir M, van Opstal J et al. Hybrid Thoracoscopic Surgical and transvenous catheter ablation of atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol*, 2012; 60: 54–61.