

# Chirurgiczna ablacja — postęp trwa

dr n. med. Piotr Suwalski

Klinika Kardiologii, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Pragnę pogratulować Autorom komentowanej pracy [1] dobrych wyników operacji, wczesnych i średnio odległych rezultatów procedury antyarytmicznej oraz zastosowania w praktyce klinicznej nowego systemu do śródoperacyjnego migotania przedsionków (AF).

W latach 80. ubiegłego stulecia znany kardiolog J. Cox położył podwaliny współczesnego szeroko rozumianego inwazyjnego leczenia AF, nie tylko uzyskując do dziś nieosiągalne innymi metodami wyniki leczenia, ale przede wszystkim wieloletnimi badaniami doświadczalnymi nad istotą AF. Ważną częścią MAZE, czyli „labiryntu”, jest izolacja żył płucnych, której rolę zaczęto powszechnie dostrzegać dekadę później [2]. Zagrożenia związane z AF dotyczą także pacjentów po operacji kardiologicznej. Udowodniono w tej grupie istotne korzyści ze skutecznej eradykacji AF w obserwacji sięgającej kilkudziesięciu lat [2]. W kilku badaniach prospektywnych randomizowanych (i wielu innych) wykazano skuteczność ablacji towarzyszącej chirurgii mitralnej bez zwiększenia ryzyka okołoperacyjnego. Wydaje się, że ablacja towarzysząca AF powinna stać się metodą referencyjną, co zaleca się w aktualnych wytycznych i potwierdza coraz częściej w praktyce [3].

Praca Bartusia i wsp. [1] znakomicie wpisuje się w ten trend, prezentując nowy rodzaj systemu do ablacji chirurgicznej, oparty na znanej dobrze energii prądu o wysokiej częstotliwości, ale w algorytmie umożliwiającym skuteczną, jak przedstawili Autorzy, ablację od strony nasierdza. Zaletą zatem jest możliwość wykonania ablacji przed rozpoczęciem krążenia pozastrojowego i zakleszczeniem aorty. Istotnym przekazem omawianej pracy dla kardiologa, ale także dla kardiologa i lekarza opieki podstawowej, jest idea późnej (kilka miesięcy) kardiowersji elektrycznej po chirurgicznej ablacji. Wykluczenie z czasem czynników ryzyka związanych z samą operacją, takich jak pobudzenie układu autonomicznego, a także pozytywna przebudowa przedsionków, wpływają na skuteczność tego zabiegu, istotnie poprawiając wynik odległy.

Innym cennym elementem postępowania terapeutycznego Autorów jest skierowanie pacjentów po nieskutecznej ablacji do pracowni elektrofizjologicznej. W literaturze ostatnich lat potwierdza się fakt, że ta grupa pacjentów stanowi kolejne pole współpracy kardiologa i kardiologa. Przyczyny przetrwałej arytmii w wielu przypadkach skutecznie (i niezadko stosunkowo prosto) mogą być usunięte [4]. Taka

współpraca jeszcze wyraźniej zaznacza się w obszarze ablacji samoistnego AF. Rozwijające się technologie przezskórnej ablacji skutkują coraz lepszymi wynikami leczenia napadowej postaci AF, lecz wciąż znacznie gorsze są rezultaty leczenia formy przetrwałej/utrwalonej (*long-standing persistent*). Ostatnio szczególnie obiecujące wydaje się podejście hybrydowe (zarówno jednoczasowe, jak i dwuetapowe) do tej „trudniejszej” formy AF. Polega ono na całkowicie torakoskopowej (tylko przez porty) ablacji chirurgicznej na bijącym sercu i zabiegu elektrofizjologicznym, które mają na celu wykonanie pełnych linii „labiryntu”. Tego typu procedury wykonuje się z powodzeniem właśnie m.in. za pomocą urządzenia opisanego przez Bartusia i wsp. [1] w Ośrodku Krakowskim i Zabrzeńskim. W Klinice Kardiologii MSWiA w Warszawie rozpoczęto ukierunkowany na leczenie przetrwałego i utrwalonego AF program całkowicie torakoskopowej ablacji z wytworzeniem pełnych linii „MAZE” za pomocą innego nowego systemu. Jego dotychczasowe wyniki są również bardzo obiecujące [5]. Interesujące byłoby stworzenie wspólnego rejestru tego typu zabiegów.

Cieszę się, że nowe wyzwania w leczeniu AF powodują zbliżenie między kardiologami i kardiologami oraz powstanie działających już realnie w niektórych ośrodkach *Heart Teams*, zajmujących się nie tylko chorobą wieńcową czy zastawkową, ale kierujące konkretnych chorych do optymalnego leczenia tej arytmii. To wzajemne uzupełnianie się może wiązać się tylko z jednym efektem — poprawą wyników terapii pacjentów.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

## Piśmiennictwo

1. Bartus K, Majewski J, Kapelak B et al. Surgical ablation for atrial fibrillation using the Ex-Maze III procedure on the beating heart in patients undergoing mitral valve surgery. *Kardiologia Polska*, 2011; 69: 1228–1232.
2. Cox JL, Ad N, Palazzo T. Impact of the maze procedure on the stroke rate in patients with atrial fibrillation. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 1999; 118: 833–840.
3. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 2010; 31: 2369–2429.
4. Lockwood D, Nakagawa H, Peyton MD et al. Linear left atrial lesions in minimally invasive surgical ablation of persistent atrial fibrillation: techniques for assessing conduction block across surgical lesions. *Heart Rhythm*, 2009; 6 (12 suppl.): S50–S63.
5. Doll N, Pritzwald-Stegmann P, Czesla M et al. Ablation of ganglionic plexi during combined surgery for atrial fibrillation. *Ann Thorac Surg*, 2008; 86: 1659–1663.