

Komentarz redakcyjny

lek. med. Andrzej Świątkowski, prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kalarus

Katedra Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze

Automatyczne kardiowertery-defibrylatory (ang. *implantable cardioverter defibrillator*, ICD) mają już swoją ugruntowaną pozycję, a zalecenia dotyczące ich stosowania w ramach prewencji pierwotnej lub wtórnej nagłego zgonu sercowego wg kardiologicznych towarzystw naukowych należą do klasy IA. Ta forma terapii, pomimo wielu zalet, nie jest przyjazna chorym pod względem jakości życia. Interwencje urządzenia mogą wywoływać istotne dolegliwości bólowe, przed wyładowaniem zdarzają się utraty przytomności, u 10–25% chorych dochodzi do burz elektrycznych. Głównie z tych powodów u ok. 50% chorych rozpoznawane są objawy depresyjne. Dlatego celowe jest poszukiwanie uzupełniających metod leczniczych, które mogą zredukować niekorzystne działania uboczne ICD [1–3].

Autorzy komentowanej pracy postawili sobie właśnie taki cel badawczy – ocena zastosowania ablacji RF jako metody leczniczej redukującej liczbę interwencji ICD w populacji chorych po przebyłym zawale serca. Badania nie udało się przeprowadzić, głównie z powodu problemów z rekrutacją chorych. Trudno odpowiedzieć, czym spowodowany był brak chorych spełniających kryteria włączenia.

Pisząc o profilaktycznej ablacji w populacji chorych z wszczepionym ICD, warto przedstawić badanie autorstwa Reddy'ego i wsp. opublikowane w grudniu 2007 r. [4]. Do tego badania włączono chorych po przebyłym zawale serca z wszczepionym ICD, w ramach prewencji wtórnej nagłego zgonu sercowego. Chorych zrandomizowano do grupy z implantowanym ICD i uzupełniającą ablacją RF oraz do grupy kontrolnej – tylko z implantowanym ICD. Obserwacje prowadzono w odstępach 3 miesięcy w okresie 2 lat, na podstawie pamięci urządzenia. Pierwszorzędnym punktem końcowym było przeżycie bez interwencji ICD, punktem drugorzędowym – śmiertelność całkowita i wystąpienie burzy elektrycznej. Do badania włączono łącznie 128 chorych, po 64 do każdej z grup. U 18% chorych kryterium włączenia był przebyty epizod migotania komór (VF), u 49% częstoskurcz komorowy (VT), u 21% utrata przytomności z indukowanym VT w badaniu elektrofizjologicznym oraz u pozostałych 12% VF lub VT skutecznie leczone za pomocą interwencji już wcześniej wszczepionego ICD.

Obydwie grupy nie różniły się istotnie statystycznie pod względem wieku, płci, czasu od wystąpienia zawału do włączenia do badania, występujących w przeszłości złożonych arytmii komorowych, jak również frakcji wyrzutowej lewej komory, obecności schorzeń współistniejących, stosowanego leczenia farmakologicznego. W okresie 2-let-

niej obserwacji u 12% chorych z grupy ablacji i 33% z grupy kontrolnej wystąpiła minimum jedna adekwatna interwencja, definiowana jako szok lub ATP, różnica ta była istotna statystycznie ($p=0,007$). Zaobserwowano również trend w redukcji śmiertelności całkowitej, w grupie ablacji wyniosła ona 9%, a w kontrolnej 17%.

Biorąc pod uwagę uzyskane wyniki, autorzy konkludują, że profilaktyczna ablacja substratu arytmicznego w populacji chorych po przebyłym zawale serca z implantowanym ICD w ramach prewencji wtórnej istotnie redukuje częstość interwencji urządzeń.

Po przeczytaniu artykułu nasunęło się nam kilka refleksji. Czy redukcja interwencji ICD w tej populacji chorych skutkuje również poprawą jakości życia? Tego autorzy badania nie analizowali, a wobec braku istotnego statystycznie wpływu na wydłużenie życia jest to istotne. Ponadto, obowiązujące standardy co do zastosowania ablacji jako uzupełniającej metody leczniczej w populacji chorych z wszczepionym ICD zalecają jej wykonanie w przypadku permanentnych lub częstych, nawracających epizodów VT – klasa zaleceń II – oraz u chorych z licznymi szokami w wyniku utrwalonych VT, których nie można wyeliminować poprzez przeprogramowanie ICD lub modyfikację farmakoterapii – klasa zaleceń I [5]. Komentowana publikacja, jako badanie prospektywne z randomizacją, może mieć wpływ na modyfikację w przyszłości tych zaleceń, bowiem wykazano korzystny wpływ profilaktycznej ablacji na redukcję częstości interwencji ICD w populacji chorych po przebyłym zawale serca. Jeśli tak się stanie, będzie to kolejne wyzwanie dla elektroterapii, której znaczenie w kardiologii jest z roku na rok coraz większe.

Piśmiennictwo

1. Sears SE Jr, Conti JB. Understanding implantable cardioverter defibrillator shocks and storms: medical and psychosocial considerations for research and clinical care. *Clin Cardiol* 2003; 26: 107-11.
2. Kamphuis HC, de Leeuw JR, Derksen R, et al. Implantable cardioverter defibrillator recipients: quality of life in recipients with and without ICD shocks delivery: a prospective study. *Europace* 2003; 5: 381-9.
3. Bilge AK, Ozben B, Demircan S, et al. Depression and anxiety status of patients with implantable cardioverter defibrillator precipitating factors. *Pacing Clin Electrophysiol* 2006; 29: 619-26.
4. Reddy VY, Reynolds MR, Neuzil P, et al. Prophylactic catheter ablation for the prevention of defibrillator therapy. *N Engl J Med* 2007; 357: 2657-65.

5. Zipes DP, Camm AJ, Borggrefe M, et al. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force; European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines; European Heart Rhythm Association; Heart Rhythm Society. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (writing committee to develop Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death): developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Circulation* 2006; 114: e385-484.