

## Kardiochirurgia i elektrofizjologia – razem w terapii migotania przedsionków

prof. dr hab. n. med. Kazimierz Suwalski

Klinika Kardiochirurgii, I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny



Na obecnym poziomie zaawansowania nauki i medycyny kardiolog i kardiochirurg są równie mocno zainteresowani leczeniem i zapobieganiem migotaniu przedsionków. Przywrócenie i odległe utrzymanie rytmu zatokowego stwarza możliwości odzyskania fizjologicznej pracy przedsionków serca, a więc uniknięcia ryzyka wielu groźnych dla życia następstw. Migotanie przedsionków jest jednym z najsilniejszych czynników ryzyka incydentów zakrzepowo-zatorowych, uszkodzenia funkcji lewej komory, nasilenia niewydolności serca. Jest także odpowiedzialne za szereg trudnych do zaakceptowania dla chorych objawów subiektywnych, występujących często mimo zdecydowanego leczenia farmakologicznego. Arytmia ta ma również istotny negatywny wpływ na odległe przeżycie chorych po operacji kardiochirurgicznej – wzrost śmiertelności i chorobowości w obserwacji krótko- i średnioterminowej [1]. Silny wzrost zapadalności na migotanie przedsionków związany jest z wieloma czynnikami epidemiologicznymi, takimi jak starzenie się populacji, większa skuteczność odległa leczenia kardiologicznego dająca czas na rozwinięcie się arytmii jako choroby towarzyszącej, poprawa dostępności do diagnostyki kardiologicznej. Ponadto w dzisiejszym świecie coraz uważniej przyglądamy się globalnym kosztom leczenia poszczególnych jednostek chorobowych. I tak koszty leczenia zachowawczego kolejnych epizodów oraz powikłań migotania przedsionków są przytłaczające – obejmują chociażby wielokrotne hospitalizacje, kardiowersje, powikłania zakrzepowo-zatorowe (udary, powtórne udary), powikłania leczenia przeciwkrzepliwego. Dlatego kolejnym rozdziałem w polskiej i światowej kardiologii i kardiochirurgii jest podjęcie zdecydowanej walki z migotaniem przedsionków, której celem jest wyleczenie arytmii i utrzymanie rytmu zatokowego, a nie jedynie próby zapobiegania konsekwencjom migotania przedsionków.

W obliczu wczesnych i odległych wyników farmakoterapii, które nie są zadowalające u dużej części chorych, oraz przy niedoskonałości długoterminowej terapii kardiowersjami elektrycznymi, perspektywy rozwoju i upowszechnienia mają inwazyjne metody leczenia, które w swym założeniu zbliżają się do metod terapii przyczynowej [2]. Elektrofizjologdy metodą ablacji przeskórnej są

w stanie zlikwidować ogniska arytmogenne czy podjąć próbę izolacji anatomicznej ujść żył płucnych. Z tych metod czerpią korzyść głównie osoby z izolowanym (samolistnym) migotaniem przedsionków bez współistniejących wad serca.

Osobną grupę osób stanowią jednak chorzy z migotaniem przedsionków w przebiegu innej podstawowej wady serca, która jest powodem kwalifikacji do leczenia operacyjnego – wymiana lub naprawa zastawki serca, chirurgiczna rewaskularyzacja serca itd. Powrót rytmu zatokowego obserwuje się jedynie u 12–20% osób z utrwalonym migotaniem przedsionków po operacyjnej wymianie lub naprawie wady mitralnej serca, bez chirurgicznej ablacji. Uzasadnia to celowość podejmowania przez kardiochirurgów uzupełniających zabiegów przywracających rytm zatokowy i poprawiających wydolność serca. Od prawie 30 lat chirurdzy proponują chorym ze współistniejącą wadą mitralną różne modele leczenia migotania przedsionków. Klasyczna operacja labiryntu (*MAZE III procedure*) wprowadzona przez Coksa, o bardzo dużej skuteczności w leczeniu migotania przedsionków, była inwazyjna, wymagająca technicznie i związana z istotnym odsetkiem powikłań. Gwałtowny rozwój nowych technologii i postęp w elektrofizjologii spowodowały powstanie szeregu technik chirurgicznych odtwarzających linie ablacyjne w operacji MAZE za pomocą różnych źródeł energii, takich jak prąd o częstotliwości radiowej, niska temperatura, mikrofała, laser czy ultradźwięki [3–5]. Dysponujemy już dość licznym zbiorem badań ukazujących wysoką wczesną i odległą skuteczność zabiegów chirurgicznej ablacji migotania przedsionków. Jedną z takich właśnie prac jest badanie, które mam zaszczyt komentować. Autorzy przedstawili bardzo ciekawą i według mnie bardzo potrzebną pracę, dzieląc się doświadczeniem w zakresie oceny skuteczności ablacji prądem o częstotliwości radiowej u chorych z utrwalonym migotaniem przedsionków poddanych operacji wymiany zastawki mitralnej.

Temat pracy to bardzo trafny wybór, gdyż od czasu włączenia chirurgicznego leczenia migotania przedsionków za pomocą ablacji prądem o częstotliwości radiowej do katalogu świadczeń NFZ zainteresowanie tą metodą leczenia w ośrodkach kardiochirurgicznych w Polsce systematycznie rośnie. Autorzy przedstawili własne doświadczenia dotyczące dużej grupy chorych w obserwacji średnioterminowej.

Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że w grupie badanej utrwalone migotanie przedsionków utrzymywało się od co najmniej jednego roku. Jest to najtrudniejsza do leczenia grupa chorych, ponieważ często wobec nich były już podejmowane próby przywrócenia rytmu zatokowego – bądź to za pomocą farmakoterapii, bądź kardiowersji.

W dyskusji autorzy w sposób przejrzysty i czytelny omówili rezultaty swoich badań. Jako chirurdzy, ale też naukowcy, nie skupili się jedynie na technice operacyjnej i wynikach wczesnych, ale bardzo dokładnie przeanalizowali i ocenili skuteczność metody w perspektywie innych doniesień.

Zgadzam się z autorami pracy, że istotą skutecznej ablacji jest wykonanie pełnościennej (transmuralnej) bliżny w ścianie przedsionków, co ma warunkować uzyskanie bloku przewodzenia.

Korzystając z przywileju recenzenta, chciałbym przedstawić nasze własne obserwacje dotyczące chorych leczonych w Klinice Kardiologii I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Obecnie dzięki zastosowaniu i połączeniu różnych technologii i technik operacyjnych ablację migotania przedsionków można wykonywać u wszystkich chorych operowanych z powodu typowych wskazań kardiologicznych oraz w leczeniu samoistnego migotania przedsionków. Opracowany i funkcjonujący od kilku lat „algorytm warszawski” pokazuje istniejące już obecnie możliwości objęcia terapią praktycznie wszystkich chorych kierowanych do ośrodka z migo-

taniem przedsionków, niezależnie od podstawowego wskazania do operacji [6].

Moja ocena wartości pracy i jej przydatności w nowoczesnym leczeniu kardiologicznym i kardiologicznym jest bardzo wysoka. Cieszy mnie ta praca, bowiem wpisuje się w polski cykl badań klinicznych w tej nowej ważnej dziedzinie, w której spotyka się kardiologia i elektrofizjologia.

#### Piśmiennictwo

1. Quader MA, McCarthy PM, Gillinov AM, et al. Does preoperative atrial fibrillation reduce survival after coronary artery by-pass grafting. *Ann Thorac Surg* 2004; 77: 1514-24.
2. ACC/AHA/ESC Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation; executive summary. *Circulation* 2001; 104: 2118-50.
3. Sie HT, Beukema WP, Ramdat Misier AR, et al. The radiofrequency modified Maze procedure. A less invasive approach to atrial fibrillation during open-heart surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001; 19: 443-7.
4. Doll N, Kiaii B, Bucarius J, et al. Intraoperative left atrial ablation (for atrial fibrillation) using a new argon cryo catheter: early clinical experience. *Ann Thorac Surg* 2003; 76: 1711-5.
5. Zembala M, Lenarczyk R, Kalarus Z, et al. Early and late outcome after microwave ablation for chronic valvular atrial fibrillation. *Heart Surg Forum* 2003; 6: 403-8.
6. Suwalski P, Suwalski G, Scisło P, et al. Chirurgiczne leczenie migotania przedsionków u każdego operowanego pacjenta dzięki zastosowaniu różnych technik i technologii ablacji. *Pol Przegl Chirur* 2006; 78, 10: 1156-65.