

Ablacja RF u dzieci i młodzieży – czy tak samo jak u dorosłych?

prof. dr hab. n. med. Piotr Kułakowski

Klinika Kardiologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa



Ablacja RF w zespole WPW ma swoje niekwestionowane miejsce i jest uznawana za leczenie z wyboru w większości przypadków [1]. Taką pozycję zagwarantowały ablacji RF jej wysoka skuteczność (zwykle znacznie ponad 90%), fakt, że powoduje trwałe wyleczenie choroby, a nie tylko złagodzenie objawów, oraz wysokie bezpieczeństwo [2]. Te czynniki spowodowały, że wskazania do wykonania zabiegu rozszerzyły się w ostatnich latach również na grupę dzieci i młodzieży. W wielu krajach odsetek chorych poddawanych ablacji z powodu WPW zmniejszył się istotnie, głównie dlatego, że ablację wykonano już prawie u wszystkich chorych z WPW [3], w czym niemały udział mają kardiologzy pediatriczni, którzy, wykonując skuteczną ablację u swoich chorych, „uniemożliwili” wykonanie tego zabiegu przez lekarzy zajmujących się dorosłymi pacjentami. Taka sytuacja nie ma miejsca w Polsce, gdzie jeszcze wielu dorosłych chorych z WPW nie zostało poddanych ablacji, a elektrofizjolodzy zajmujący się dziećmi są dopiero na początku rozwoju ablacji pediatricznej. Stąd też młodzi pacjenci z zespołem WPW nadal stanowią istotny odsetek chorych poddawanych ablacji w pracowniach elektrofizjologicznych w Polsce. Tak więc komentowany artykuł doc. Z. Kalarusa i wsp. [4] dotyczy istotnego i aktualnego zagadnienia.

Zagadnienie, czy ablacja u dziecka lub nastolatka z zespołem WPW różni się od zabiegu wykonywanego u dorosłego, jest interesujące i złożone. Po pierwsze, istnieją istotne różnice formalnoprawne. Przed zabiegiem konieczna jest rozmowa nie tylko z pacjentem, ale i z rodzicami, których pisemna świadoma zgoda na zabieg jest oczywiście konieczna. Dyskusja o skuteczności i bezpieczeństwie leczenia jest w zasadzie taka sama jak w wypadku dorosłego chorego, ale często należy poświęcić dodatkowy czas na wyjaśnienie wszystkich szczegółów.

Po drugie, istotny wpływ na przebieg zabiegu ma wiek i waga chorego. Oczywiście jest, że u dzieci warunki anatomiczne mogą być trudniejsze niż u dorosłego, zarówno z punktu widzenia uzyskania dostępu do ser-

ca (kaniulacja naczyń), jak i samej ablacji (konieczność zastosowania elektrod o mniejszej średnicy i krzywiźnie). Z tego punktu widzenia ablacji w zespole WPW u dzieci powinni dokonywać tylko elektrofizjolodzy mający doświadczenie u takich chorych. Z kolei ablacja u nastolatka ważącego powyżej 40 kg zwykle jest identyczna z zabiegiem wykonywanym u dorosłych i nie ma tu dodatkowych „niespodzianek” anatomicznych. W komentowanej pracy średnia waga chorych wynosiła 55 kg (27–77 kg), tak więc zapewne większość młodych pacjentów poddawanych ablacji nie różniła się istotnie od dorosłej populacji.

Po trzecie, istnieją różnice w częstości występowania towarzyszących chorób serca pomiędzy młodymi a starszymi chorymi z WPW, którzy poddawani są ablacji. Jeśli pominiemy chorych z WPW, które towarzyszy wrodzonej wadzie serca, to zwykle młody chory z WPW ma poza tym „zdrowe” serce, natomiast u starszych częstość chorób współistniejących rośnie wraz z wiekiem. To może sprawiać, że ta sama arytmia jest lepiej tolerowana przez młodszego niż starszego chorego, co może rzutować na sposób i skuteczność wykonania ablacji. U części chorych podczas zabiegu częstoskurcz pojawia się praktycznie co chwila podczas manewrowania elektrodami lub podczas programowanej stymulacji, tak więc w wypadku arytmii niestabilnych hemodynamicznie (co może mieć miejsce przy współistniejącej innej chorobie serca) może utrudniać zabieg i wpływać na taktykę obroną podczas zabiegu. Z drugiej strony, u młodszych chorych częstoskurcze nawrotne mogą być szybsze z uwagi na sprawne przewodzenie przedsionkowo-komorowe, co również może czasami utrudniać wykonanie zabiegu.

Po czwarte, pewne lokalizacje dróg dodatkowych stanowią zawsze wyzwanie dla elektrofizjologa. Dotyczy to przede wszystkim dróg prawostronnych położonych blisko fizjologicznego układu bodźcoprzewodzącego, kiedy to wzrasta ryzyko przypadkowego spowodowania bloku przedsionkowo-komorowego i konieczności wszczęcia stymulatora. To powikłanie zawsze jest przykre, ale jednak ma inną wagę u pacjenta w wieku podeszłym, u którego wszczęcie stymulatora można jeszcze usprawiedliwić w wypadku skutecznej ablacji „groźnej” drogi dodatkowej. Trudno nato-

miast przejść nad tym do porządku dziennego u młodego chorego, gdyż skazuje się go na dziesiątki lat życia ze stymulatorem. Ablacja takich dróg u młodzieży wymaga zatem od operatora jeszcze większego skupienia niż u pozostałych chorych. Z tego powodu podejmuje się próby zastosowania innych technik ablacyjnych, na przykład zamrażania, podczas którego można wstępnie ocenić, czy definitywne zniszczenie drogi dodatkowej nie niesie ryzyka wystąpienia bloku przedsionkowo-komorowego [5]. W tym aspekcie skuteczność i bezpieczeństwo zabiegów wykonywanych w pracowni doc. Z. Kalarusa wyróżnia się bardzo korzystnie i jest to niewątpliwie jedno z tych miejsc w Polsce, dokąd można z pełną odpowiedzialnością kierować na zabieg ablacji dzieci i młodzież z „trudnymi” drogami dodatkowymi.

Piśmiennictwo

1. Van Hare GF, Javitz H, Carmelli D, et al. Pediatric Electrophysiology Society. Prospective assessment after pediatric cardiac ablation: demographics, medical profiles, and initial outcomes. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2004; 15: 759-70.
2. Schaffer MS, Gow RM, Moak JP, et al. Mortality following radiofrequency catheter ablation (from the Pediatric Radiofrequency Ablation Registry). Participating members of the Pediatric Electrophysiology Society. *Am J Cardiol* 2000; 86: 639-43.
3. Van Hare GF, Javitz H, Carmelli D, et al. Participating Members of the Pediatric Electrophysiology Society. Prospective assessment after pediatric cardiac ablation: recurrence at 1 year after initially successful ablation of supraventricular tachycardia. *Heart Rhythm* 2004; 1: 188-96.
4. Pruszkowska-Skrzep P, Lenarczyk A, Pluta S, et al. Radiofrequency catheter ablation in children and adolescents with preexcitation syndrome. *Kardiologia Polska* 2007; 65: 645-51.
5. Drago F, De Santis A, Grutter G, et al. Transvenous cryothermal catheter ablation of re-entry circuit located near the atrioventricular junction in pediatric patients: efficacy, safety, and midterm follow-up. *J Am Coll Cardiol* 2005; 45: 1096-103.