

Na świecie/*In the world*

## Sprawozdanie z konferencji *Heart Rhythm Society*

(dawniej NASPE), Denver, maj 2007

### Wyniki badań wielośrodkowych

Jak co roku, podczas konferencji poruszono wszystkie najistotniejsze aspekty współczesnej elektrofizjologii. W tym krótkim sprawozdaniu chciałbym Państwu przedstawić wyniki najnowszych badań, ogłoszone podczas dwóch sesji *Hot Line*.

1. Pierwsze badanie pochodzi z Finlandii (FINCAVAS) i dotyczy znaczenia prognostycznego naprzemienności załamka T (ang. *T-wave alternans*, TWA) u chorych kierowanych na test wysiłkowy. Grupa badana obejmowała 1037 chorych w średnim wieku 58 lat. U 87 (8%) chorych wynik TWA był nieprawidłowy, a u pozostałych – prawidłowy. Obserwacja po wykonaniu testu wysiłkowego i rejestracji TWA wynosiła średnio 44 mies. W tym czasie odnotowano 59 (5,7%) zgonów, w tym 34 (3,3%) z przyczyn sercowo-naczyniowych, z tego 20 (1,9%) to nagły zgon sercowy. Okazało się, że po uwzględnieniu wielu parametrów klinicznych, nieprawidłowy wynik TWA był niezależnym czynnikiem wyłaniającym chorych o zwiększonym ryzyku zarówno nagłego zgonu sercowego (ryzyko względne 7,4), zgonu sercowo-naczyniowego (ryzyko względne 6,0), jak i zgonu w ogóle (ryzyko względne 3,3) ( $p < 0,001$  dla wszystkich zmiennych).

*Mój komentarz:* Dość trudno przenieść te wyniki na codzienną praktykę, bo chorzy kierowani na test wysiłkowy są bardzo heterogenną grupą, która może znacznie różnić się pomiędzy ośrodkami. Ponadto autorzy nie uwzględnili w analizie wieloczynnikowej rodzaju leczenia podczas obserwacji, co przecież musiało mieć wpływ na losy chorych. Z ostateczną interpretacją wyników i oceną ewentualnej roli TWA jako nieinwazyjnego wskaźnika zagrożenia zgonem trzeba będzie poczekać do publikacji pełnych wyników tego badania.

2. Badanie CHARISMA wzbudziło znaczne zainteresowanie. Dotyczy ono stratyfikacji ryzyka i oceny rytmu serca u chorych po przebyciu ostrej fazy zawału serca (MI). Do badania włączono 297 chorych po MI z obniżoną frakcją wyrzutową (EF)  $\leq 40\%$ , którym wszczepiono rejestrator EKG (ang. *implantable loop recorder*, ILR) w celu szczegółowej oceny rytmu serca. Po 6 tygodniach od ostrej fazy MI wykonywano szereg nieinwazyjnych testów oraz inwazyjne badanie elektrofizjologiczne. Chorych następnie obserwowano przez prawie 2 lata. Wyniki tego badania dotyczą dwóch spraw: co się działo z rytmem serca (ILR) i jaka była wartość prognostyczna parametrów badanych w 6. tygodniu.

Wyniki dotyczące arytmii były dość zaskakujące – u 183 (62%) chorych zarejestrowano istotną arytmie, a co ciekawe i ważne – 89% z tych arytmii było bezobjawowych. Bradyarytmie stanowiły 22% rejestrowanych arytmii, z czego 5% to długie zahamowania zatokowe, 7% – głęboka bradykardia zatokowa, a 10% – napadowy blok przedsionkowo-komorowy (p-k). Jeśli chodzi o tachyarytmie, to w 3% przypadków wystąpiło migotanie komór (VF), w 3% – utrwalony częstoskurcz komorowy (VT), w 13% – nieutrwalony VT, a w 32% przypadków – napady migotania przedsionków (AF).

Wyniki dotyczące stratyfikacji ryzyka były również bardzo ciekawe – parametrami najlepiej wyłaniającymi chorych zagrożonych zgonem podczas 2-letniej obserwacji były obniżona zmienność rytmu zatokowego (ryzyko względne 6,4), następnie szerokość zespołu QRS w uśrednionym EKG (ale nie standardowym EKG!) (ryzyko względne 4,5), a na końcu – możliwość wyzwolenia VT/VF podczas badania elektrofizjologicznego (ryzyko względne 3,9). Połączenie wyniku HRV i uśrednionego QRS zwiększało ryzyko względne do 8,3.

*Mój komentarz:* To rzeczywiście niezwykle ciekawe badanie, ale mające różne ograniczenia. Dość powiedzieć, że badana grupa 297 chorych wywodziła się z początkowej grupy 5869 chorych rozpatrywanych pod kątem wejścia do badania, a więc stanowi niecałe 5% wszystkich chorych po MI. To zresztą częsta bolączka wielkich badań – chorzy włączani do nich wcale nie są reprezentatywni dla populacji chorych, którą leczymy na co dzień. Interpretując wyniki tych badań i przenosząc uzyskane w nich dane do praktyki klinicznej, należy zawsze szczegółowo ustalić, jaka jest dokładna charakterystyka pacjentów, bo tylko do takiej grupy odnoszą się uzyskane wyniki. Mimo tego ograniczenia kilka rzeczy jest uderzających. Po pierwsze, wysoka częstość napadowego bloku p-k, a szczególnie AF – 1/3 chorych! To każe nam inaczej spojrzeć na leczenie bezobjawowych chorych po MI z obniżoną EF, zarówno pod kątem arytmii, jak i ewentualnego leczenia przeciwwzakrzepowego. Jeśli chodzi o stratyfikację ryzyka, to niespodziewanie HRV i uśrednione EKG (ale tylko szerokość QRS, a nie tzw. późny potencjał), podobnie jak w zeszłej dekadzie, okazały się pomocne, natomiast np. turbulencja rytmu serca (HRT) – nie. Można powiedzieć, że te dwa