

Komentarz redakcyjny

dr n. med. Michał O. Zembala

Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii i Transplantologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze



Proponowana przez autorów metoda łącząca zalety kardiologicznego zabiegu ablacji epikardialnej i najnowszych osiągnięć elektrofizjologii wraz z ablacją endokardialną pod kontrolą mapowania CARTO wychodzi naprzeciw oczekiwaniom lekarzy, ale przede wszystkim pacjentów z długo-

trwałym, przetrwałym, opornym na leczenie AF, oferując skuteczną formę terapii. Wprowadzenie perikardioskopii — zupełnie odmiennego sposobu wizualizacji serca i wielkich naczyń z dostępu przezbrzusznego, przezprzeponowego, pozwoliło dobrze uwidocznić tylną ścianę serca, umożliwiając wykonanie zabiegu ablacji epikardialnej na bijącym sercu przez małe 2-centymetrowe nacięcie skóry! Jest to technika trudna, wymagająca dobrego warsztatu endoskopowego i... wyobraźni przestrzennej — widoczny obszar tylnej ściany jest zupełnie odmienny od tego, do czego jesteśmy przyzwyczajeni.

Pierwsze publikacje dokumentujące bezpieczeństwo, możliwość wykonania, ale także skuteczność tej metody ukazały się w 2010 r. Jej twórcy — dr Andy Kiser oraz prof. Borut Gersak — przedstawili roczne wyniki leczenia hybrydowego u 28 pacjentów [1]. Również w polskim piśmiennictwie są dostępne doniesienia pochodzące z zabrzańskiego [2], ale także warszawskiego i rzeszowskiego ośrodka na temat małoinwazyjnego chirurgicznego leczenia opornego AF, a wyniki odległe prezentowano na wielu spotkaniach kardiologicznych w kraju i za granicą [3, 4].

W Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu program małoinwazyjnej, hybrydowej ablacji przetrwałego, opornego na leczenie AF został wprowadzony w lipcu 2009 r. Do dziś metodą tą leczono 16 pacjentów z bardzo dobrym efektem. Średni czas trwania AF wynosił w tej populacji 34 miesiące, a u 4 chorych przekraczał 65 miesięcy. U 5 osób zaobserwowano niską frakcję wyrzutową lewej komory ($\leq 38\%$), a 2 chorych zaklasyfikowano do III klasy czynnościowej wg NYHA. Roczny okres obserwacji ukończyło 7 chorych operowanych — badania rytmu serca metodą holterowską (7-dniowe) w 3., 6. i 12. miesiącu po zabiegu pozwoliły udokumentować skuteczność procedury hybrydowej: powrót i utrzymanie rytmu zatokowego, zmniejszenie liczby stosowanych preparatów i wycofanie leków przeciwzakrzepowych. Zabiegi miały charakter jednoczasowy w 7 przypadkach oraz dwuetapowy w 6 przypadkach i były przeprowadzone w warunkach sali hemodynamiki elektrofizjologii. Sala hybrydowa, o której piszą Baruś i wsp. [5], nie jest koniecznością, chociaż stanowi istot-

ne ułatwienie i zwiększa bezpieczeństwo jednoczesnego współdziałania kardiologa i kardiologa.

Komentowana praca stanowi interesujący i potrzebny głos w dyskusji na temat rzeczywistych potrzeb pacjentów z AF. Wybrano bowiem osoby z wieloletnim AF (7, 11 i 15 lat!). Choć Autorzy zaznaczają, że u chorych występowały objawy (w skali EHRA II? a może IV?) i byli oni po wcześniejszych interwencjach przezskórnych (ile razy? jakie interwencje?), to może w obliczu zaawansowanego wieku (75 lat) i długotrwałego wywiadu AF oraz dobrej kontroli rytmu (bo przecież tak długotrwałe, szybkie AF skutkowałyby rozstrzenią lewej komory) można było odstąpić od zabiegu ze względu na wciąż nieudowodnioną skuteczność nowej metody i wysokie ryzyko operacyjne (EuroScore co najmniej 6 pkt). Aktualne wytyczne dobrze definiują utrwalone AF jako arytmie akceptowaną przez pacjenta (i lekarza!). Cieszy natomiast fakt, że zabieg się powiódł i chory odzyskał rytm zatokowy. Jednak wykonanie EKG w danym punkcie obserwacji obecnie już nie wystarcza. Standardem staje się badanie 7-dniowe metodą Holtera w 3., 6. i 12. miesiącu po zabiegu. Coraz częściej jest stosowany ciągle zapis EKG monitorem implantowanym podczas zabiegu ablacji [6].

Mała inwazyjność zabiegu, dobry efekt leczenia, bezpieczeństwo i zadowolenie chorych — to zalety metody hybrydowej. Gratulujemy Autorom i życzymy im dalszych udanych zabiegów i dobrych odległych wyników leczenia. Cieszymy się, że dzięki współpracy kardiologa z elektrofizjologiem w naszym kraju chory z opornym na leczenie AF dzięki metodzie hybrydowej zyskał nową szansę bardziej skutecznej terapii.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Kiser AC, Landers M, Horton R, Hume A, Natale A, Gersak B. The convergent procedure: a multidisciplinary atrial fibrillation treatment. *Heart Surg Forum*, 2010; 13: E317-E321.
2. Kalarus Z, Zembala M, Kowalski O et al. Minimally invasive, hybrid ablation in a patient with persistent atrial fibrillation — early experience *Kardiologia Polska*, 2009; 67: 1057-1062.
3. Zembala M. Wideotorakoskopowa hybrydowa ablacja szansą dla chorych z utrwalonym i długotrwałym migotaniem przedsionków — własne doświadczenia. *Gdańskie Spotkania Kardiologiczne* 2011.
4. Gersak B. Single port subxyphoid approach for surgical ablation. *Convergent procedure*. *EACTS* 2010.
5. Bartuś K, Bednarek J, Majewski J et al. Hybrydowa ablacja lewego przedsionka na bijącym sercu — pierwsze doświadczenia. *Kardiologia Polska*, 2011, 69: 513-515.
6. Bisleri G, Curnis A, Botempi L, Muneretto C. Hybrid treatment of lone persistent AF: a safe and effective therapeutic option. *Europace*, 2011; 13 (suppl. I): i9.