

Ablacja vs amiodaron w leczeniu przetrwałego migotania przedsionków u pacjentów z skurczową niewydolnością serca i implantowanym urządzeniem kardiologicznym – wyniki badania AATAC

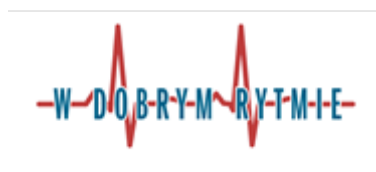
Na podstawie: Di Biase L, Mohanty P, Sanghamitra Mohanty S et al. Ablation Versus Amiodarone for Treatment of Persistent Atrial Fibrillation in Patients With Congestive Heart Failure and an Implanted Device. Results From the AATAC Multicenter Randomized Trial. *Circulation* 2016;133:1637-1644

Dr n. med. Ewa Jędrzejczyk-Patej

Katedra Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii, Oddział Kliniczny Kardiologii, SUM, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Ablacja przeskórna jest uznaną metodą leczenia migotania przedsionków (ang. *atrial fibrillation* – AF) u pacjentów z zachowaną funkcją skurczową lewej komory. Z uwagi na fakt, iż AF i niewydolność serca (ang. *heart failure* – HF) bardzo często ze sobą współistnieją, duży odsetek chorych z migotaniem przedsionków ma upośledzoną funkcję skurczową lewej komory. Co więcej, częstość występowania AF wzrasta wraz z zaawansowaniem HF – aż u 50% pacjentów w IV klasie czynnościowej wg NYHA stwierdza się to zaburzenie rytmu serca. W związku z powyższym poszukuje się optymalnych metod leczenia AF u chorych z niewydolnością serca.

Na łamach *Circulation Arrhythmia and Electrophysiology* opublikowano wyniki badania AATAC (*Ablation vs Amiodarone for Treatment of Atrial Fibrillation in Patients With Congestive Heart Failure and an Implanted ICD/CRTD*) mającego na celu ocenę czy ablacja przeskórna jest lepsza niż stosowanie amiodaronu w leczeniu przetrwałego migotania przedsionków u pacjentów z niewydolnością serca. Do tego randomizowanego, wieloośrodkowego badania włączano chorych z przetrwałym AF i implantowanym dwujamowym kardiowerterem-defibrylatorem (ang. *implantable cardioverter-defibrillator* – ICD) lub stymulatorem resynchronizującym z funkcją ICD (ang. *cardiac resynchronization therapy with defibrillator* – CRT-D), w klasie czynnościowej NYHA II lub III oraz frakcją wyrzutową lewej komory (ang. *left ventricular ejection fraction* –LVEF) $\leq 40\%$. Pierwszorzędnym punktem końcowym badania było AF, trzepotanie przedsionków (ang. *atrial flutter* – AFI) lub inna arytmia przedsionkowa o czasie trwania $> 30s$ zarejestrowana przez ICD lub CRT-D w 24 miesięcznym okresie obserwacji z wyłączeniem pierwszych trzech miesięcy po zabiegu ablacji (okres zaślepienia). Drugorzędnym punktem końcowym badania były: powikłania, śmiertelność całkowita, nieplanowane hospitalizacje związane z AF bądź HF, poprawa LVEF, dystansu 6 minutowego chodu korytarzowego oraz jakości życia.



Ablację wykonywano z wykorzystaniem prądu RF. Chorzy zrandomizowani do leczenia amiodaronem otrzymywali go w dawce 400 mg 2 x dziennie przez pierwsze 2 tygodnie, następnie 400 mg 1 x dziennie przez kolejne 2 tygodnie, a po tym czasie 200 mg 1 x dziennie.

Do badania włączono 203 chorych: 102 zrandomizowano do grupy leczonej ablacją (grupa ABL), a 101 do grupy otrzymującej amiodaron (grupa AMIO). Średni wymiar lewego przedsionka i LVEF w grupie ABL wynosił odpowiednio 47 ± 4.2 mm i $29\pm 5\%$, a w grupie AMIO 48 ± 4.9 mm i $30\pm 8\%$ ($P=NS$), natomiast średni czas trwania AF w obu grupach wynosił około 8.5 miesiąca. Całkowity czas zabiegu ablacji oraz czas fluoroskopii wynosiły 168 ± 72 i 66 ± 34 minuty. Po 3 miesięcznym okresie zaślepienia kardiowersję wykonano u 25% chorych z grupy AMIO i 15% pacjentów z grupy ABL.

Na koniec okresu obserwacji wolnych od arytmii przedsionkowej było 70% badanych z grupy ABL (po średnio 1.4 ± 0.6 zabiegach) oraz tylko 34% pacjentów z grupy AMIO ($\log\text{-rank } P<0.001$). Migotanie przedsionków rzadziej nawracało u chorych poddanych izolacji żył płucnych w połączeniu z izolacją ściany tylnej przedsionka w porównaniu z samą tylko izolacją żył płucnych (79% vs 36% badanych wolnych od AF, $P<0.001$).

W analizie wieloczynnikowej leczenie amiodaronem było związane z istotnie większym odsetkiem nawrotów arytmii przedsionkowej w porównaniu z przeskórną ablacją (HR 2.5, 95%CI 1.5-4.3, $P<0.001$). Ponadto współistnienie cukrzycy również wiązało się z większym ryzykiem nawrotów arytmii (HR 1.1; $P=0.01$).

Liczba nieplanowanych hospitalizacji była znamiennej mniejsza w grupie ABL w porównaniu z grupą AMIO – stwierdzono 45% redukcję ryzyka hospitalizacji, a liczba chorych, których trzeba było poddać ablacji, aby zapobiec 1 nieplanowej hospitalizacji (ang. *number need to treat* – NNT) wynosiła 3.8 pacjenta. Co więcej, śmiertelność w grupie ABL była także istotnie niższa w porównaniu z grupą AMIO (8% vs 18%, $P=0.037$, 56% redukcja ryzyka zgonu, NNT=10 pacjentów).

W grupie ABL w porównaniu z grupą AMIO wykazano ponadto znamiennej statystycznie poprawę LVEF (o $8.1\pm 4\%$ vs $6.2\pm 5\%$, $P=0.02$), poprawę dystansu 6 minutowego chodu (o 22 ± 41 m vs 10 ± 37 m, $P=0.02$) oraz jakości życia.

Spośród pacjentów poddawanych ablacji krwiak okolicy pachwiny po nakłuciu wystąpił u 2 chorych, a 1 badany po zabiegu miał płyn w osierdziu i wymagał podania protaminy oraz świeżo mrożonego osocza.

Podsumowując, w badaniu AATAC wykazano, że przeskórna ablacja migotania przedsionków jest lepszą metodą zapewniającą utrzymanie rytmu zatokowego u chorych z niewydolnością serca i przetrwałym AF w porównaniu z amiodaronem oraz redukuje nieplanowane hospitalizacje i śmiertelność w tej grupie chorych.



KOMENTARZ: Maria Trusz-Gluza

Migotanie przedsionków (AF) i niewydolność serca (HF) to bardzo niekorzystne połączenie - arytmia nasila niewydolność, a dysfunkcja skurczowa lewej komory sprzyja utrwalaniu AF, co w konsekwencji pogorsza rokowanie. Jak leczyć tych chorych: czy lepsza jest walka o utrzymanie rytmu zatokowego lub kontrola częstotliwości komór, czy korzystniejsze jest leczenie farmakologiczne lub metody niefarmakologiczne. W badaniu AF CHF walka o rytm zatokowy przy użyciu amiodaronu w porównaniu z kontrolą częstotliwości komór u chorych z HF nie zmniejszała ryzyka zgonu. Z wtórnych analiz badania AFFIRM wiadomo jednak, że utrzymanie rytmu zatokowego może poprawiać przeżycie chorych, jednak używane do tego celu leki antyarytmiczne (AAD) pogarszają rokowanie. Od kiedy udowodniono, że ablacja AF daje lepsze rezultaty niż AAD pojawiła się nadzieja na jej skuteczne działanie także u chorych z HF. W ostatnich latach opublikowano wyniki badań ARC-HF i CAMTAF, w których porównywano efekty ablacji przetrwałego AF ze strategią kontroli częstotliwości komór. Ze względu na małą liczebność badanych populacji (odpowiednio: 26 vs. 26, 26 vs. 24 chorych) udało się jedynie wykazać poprawę w zakresie objawów, statusu neuro-hormonalnego i tolerancji wysiłku. Omówione badanie AATAC jest pierwszym badaniem z zastosowaniem randomizacji, w którym porównywano strategię walki o rytm zatokowy przy użyciu ablacji z leczeniem amiodaronem u chorych z przetrwałym AF i HF. Wykazano, że ablacja jest nie tylko skuteczniejsza w utrzymaniu rytmu zatokowego, ale także redukuje nieplanowe hospitalizacje, a nawet śmiertelność.

Czy uzyskane wyniki zachęcają do takiego rutynowego postępowania? Chyba za wcześnie na podobne uogólnienia. Badanie prowadzono w bardzo doświadczonych ośrodkach elektrofizjologicznych. Wysoka skuteczność ablacji w przetrwałym AF była najpewniej wynikiem zastosowania, poza izolacją żył płucnych, także izolacji ściany tylnej lewego przedsionka. Ponadto, zależnie od decyzji operatora, wykonywano aplikacje prądu RF ukierunkowane na fragmentowane potencjały oraz ogniska arytmogenne poza żyłami płucnymi.

Aktualnie toczą się 3 duże badania kliniczne - RAFT-AF, CASTLE-AF, CABANA - zaplanowane przede wszystkim dla wykazania wpływu ablacji AF na twarde punkty końcowe (oczywiście również na śmiertelność) w porównaniu z innymi metodami leczenia, głównie kontrolą częstotliwości komór u chorych z chorobą strukturalną serca, także HF. Musimy jeszcze trochę poczekać.

