Rokowanie pacjentów z kardiomiopatią nieischemiczną leczonych za pomocą terapii resynchronizującej z i bez kardiowertera-defibrylatora

Na podstawie: Outcomes of Cardiac Resynchronization Therapy With or Without Defibrillation in Patients With Nonischemic Cardiomyopathy. Leyva F, Zegard A, Acquaye E, Gubran C, Taylor R, Foley PWX, Umar F, Patel K, Panting J, Marshall H, Qiu T. J Am Coll Cardiol 2017 Sep 5;70(10):1216-1227. doi: 10.1016/j.jacc.2017.07.712.

Dr n. med. Ewa Jędrzejczyk-Patej
Katedra Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii, Oddział Kliniczny Kardiologii, SUM, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Terapia resynchronizująca serce (ang. *cardiac resynchronization therapy* – CRT) jest uznaną metodą leczenia wybranych chorych z przewlekłą niewydolnością serca (ang. *heart failure* – HF). Pacjenci z nieischemiczą kardiomiopatią (ang. *nonischemic cardiomyopathy* – NICM) lepiej odpowiadają na tę formę leczenia w porównaniu z chorymi z ischemicznym podłożem niewydolności serca. Wyniki publikowanych danych w zakresie korzyści z terapii CRT w połączeniu z kardiowerterem-defibrylatorem (ang. *CRT with defibrillator* – CRT-D) w porównaniu z samą tylko terapią resynchronizującą bez funkcji kardiowertera-defibrylatora (CRT-P) są jednakże, szczególnie wśród chorych z NICM nadal wątpliwe.

Celem badania opublikowanego na łamach *JACC* była ocena, czy CRT-D jest korzystniejsze w porównaniu z CRT-P u pacjentów z NICM w zależności od stwierdzonych bądź nie ognisk śródściennych włóknienia mięśnia lewej komory (ang. *left ventricular midwall fibrosis* – MWF). Badanie przeprowadzono w dwóch ośrodkach w Wielkiej Brytanii. Przed implantacją CRT u wszystkich chorych wykonywano rezonans magnetyczny serca z zastosowaniem kontrastu (ang. *cardiac magnetic resonance* – CMR). Z badania wyłączono chorych z kardiomioaptią ischemiczną, przerostową, restrykcyjną, pozapalną czy też na podłożu wady serca. Decyzję o wszczepieniu CRT-P lub CRT-D podejmowano zgodnie z brytyjskimi wytycznymi NICE. Pierwszorzędowym punktem końcowym badania była śmiertelność całkowita, łącznie z przeszczepem serca lub wszczepieniem sztucznego serca. Drugorzędowymi, złożonymi punktami końcowymi badania były: 1/ śmiertelność całkowita lub hospitalizacja z powodu zaostrzenia HF, 2/ śmiertelność całkowita lub nieplanowa hospitalizacja z powodu zaostrzenia HF, ostrego zespołu wieńcowego bądź arytmii takiej jak częstoskurcz komorowy, migotanie komór lub migotanie przedsionków.

Do badania włączono 252 chorych, spośród których u 68 (27%) stwierdzono MWF. Pacjenci z MWF (grupa +MWF) rzadziej byli w III klasie NYHA, a częściej w I, II bądź IV w porównaniu z chorymi, u których nie stwierdzono MWF (grupa –MWF; P=0.031). CRT-D wszczepiono u 32,3% chorych +MWF i u 21,7% w grupie –MWF (p=0,08).

W czasie średniego okresu obserwacji wynoszącego 3.8 lat dla grupy +MWF (2-6.1 lat) oraz 4.6 lat dla grupy –MWF (2.4-8.3 lat) pierwotny punkt końcowy w grupie +MWF osiągnięto u 42.6%, częściej niż w grupie –MWF 34.2% (adjusted HR 2.31, 95%CI 1.45-3.68).

Śmiertelność całkowita lub hospitalizacja związana z zaostrzeniem HF występowała u 50% chorych (n=34/68) w grupie +MWF i 41.6% (n=76/184) w grupie –MWF (adjusted HR 2.02, 95% CI 1.32-3.09).

Nagły zgon sercowy (ang. *sudden cardiac death* – SCD), a także złożony punkt końcowy składający się z SCD lub hospitalizacji związanej z arytmią komorową występował częściej w grupie +MWF (adjusted HR 2.60, 95% CI 1.02-6.63).

Analiza wieloczynnikowa całej populacji badanej wykazała, że CRT-D miało przewagę nad CRT-P w zakresie redukcji śmiertelności całkowitej (adjusted HR 0.33, 95% CI 0.14-0.77), ale nie śmiertelności lub hospitalizacji związanych z HF.

Analiza grup +MWF i –MWF wykazała, że implantacja CRT-D była związana z większą redukcją śmiertelności całkowitej (HR 0.23, 95% CI 0.07-0.75), śmiertelności całkowitej lub hospitalizacji związanej z HF (HR 0.32, 95% CI 0.12-0.82), a także śmiertelności całkowitej lub hospitalizacji związanych ze zdarzeniami niepożądanymi (HR 0.30, 95% CI 0.12-0.78) w porównaniu z CRT-P w grupie +MWF, ale nie w grupie –MWF.

Podsumowując, CRT-D było korzystniejsze w porównaniu z CRT-P u chorych z NICM, jednakże korzyści te dotyczyły tylko pacjentów +MWF. Obecność MWF była niezależnym czynnikiem związanym z wyższą śmiertelnością całkowitą u chorych z NICM leczonych za pomocą CRT.

KOMENTARZ: Maria Trusz-Gluza

Badanie kliniczne DANISH prowadzone u chorych z kardiomiopatią niezwiązaną z niedokrwieniem (NICM) nie wykazało skuteczności ICD w zakresie redukcji śmiertelności całkowitej, korzyści dotyczyły jedynie redukcji nagłej śmierci sercowej. Komentatorzy tego badania wymieniali kilka powodów tych trochę zaskakujących rezultatów. Bardzo ważną przyczyną było dość powszechne (58% w obu grupach) zastosowanie CRT. Optymalne leczenie farmakologiczne plus CRT spowodowały poprawę funkcji lewej komory i w efekcie względnie małą śmiertelność w obu badanych grupach.

Zgodnie z wytycznymi towarzystw naukowych podstawą kwalifikacji do ICD są objawy niewydolności serca i obniżona frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF). Od dawna trwają poszukiwania dodatkowych wskaźników rokowniczych pozwalających na poprawę tej kwalifikacji, lecz są one mało owocne i nie wnoszą znaczącego postępu dla praktyki klinicznej. Najbardziej zachęcające były wyniki badań z zastosowaniem obrazowania CMR z kontrastem (LGE-CMR). W omawianej pracy, mimo że włączono do badania jedynie 252 chorych, udało się wykazać: 1/ wartość prognostyczną śródmięśniowego włóknienia u chorych NICM, 2/ korzyści z CRT-D u tak wyselekcjonowanych chorych. Należy sądzić, że badanie LGE-CMR będzie coraz szerzej stosowane przy kwalifikacji chorych z NICM do ICD lub wyboru między CRT-P lub CRT-D. Wyniki prowadzonego aktualnie prospektywnego badania z randomizacją CMR-GUIDE będą znane dopiero w 2020 roku.