

## **Leczenie pacjentów z zespołem Wolffa-Parkinsona-White'a i chorych z bezobjawową preekscytacją w Europie – wyniki European Heart Rhythm Association survey.**

Na podstawie: Svendsen JH, Dagues N, Dobeanu D, Bongiorni MG, Marinskis G, Blomström-Lundqvist C; Scientific Initiatives Committee, European Heart Rhythm Association. Current strategy for treatment of patients with Wolff-Parkinson-White syndrome and asymptomatic preexcitation in Europe: European Heart Rhythm Association survey. *Europace*. 2013; 15(5): 750 - 753.

Lek. Ewa Jędrzejczyk-Patej

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

Zespół Wolffa-Parkinsona-White'a (WPW) to wrodzona anomalia układu przewodzącego serca charakteryzująca się obecnością dodatkowej drogi przewodzenia między przedsionkiem a komorą. To dodatkowe połączenie może przewodzić pobudzenia w kierunku zstępującym i/lub wstępującym i przyczyniać się do powstawania takich arytmii jak nawrotny częstoskurcz przedsionkowo-komorowy (ang. *atrio-ventricular reentrant tachykardia* – AVRT), migotanie przedsionków, a nawet migotanie komór i nagły zgon sercowy.

Na łamach *Europace* ukazały się wyniki rejestru *European Heart Rhythm Association*, którego celem był analiza aktualnych strategii leczenia chorych z zespołem WPW oraz bezobjawową preekscytacją w Europie. Na ankietę dotyczącą postępowania z wyżej wymienionymi pacjentami odpowiedziało 58 ośrodków z 20 krajów, w tym 13 ośrodków z Włoch, 7 z Hiszpanii, 5 z Belgii, 4 z Danii, po 3 z Francji, Grecji, Polski i Niemiec, po 2 z Tunezji, Estonii i Szwecji oraz po 1 z pozostałych krajów. Ponad 2/3 ankietowanych ośrodków było oddziałami klinicznymi. Co więcej, w większości badanych szpitali przeprowadzano znaczną ilość zabiegów ablacji: w 32.8 % ośrodków liczba wykonanych w 2012 r. zabiegów zawierała się w przedziale 200 – 299 ablacji, a w 29.3 % oddziałów wykonywano 400 i więcej takich zabiegów rocznie.

Trzydzieści sześć procent ankietowanych ośrodków odnotowało w ciągu ostatnich 10 lat znaczny, ponad 25 % -owy spadek liczby pacjentów wymagających ablacji drogi

dotychczasowej, 26.8 % szpitali wskazało mniejszego stopnia spadek ilości tego typu zabiegów, a 17.9 % oddziałów stwierdziło podobną liczbę ablacji chorych z zespołem WPW. W dużej części ośrodków (39.3 %) w ciągu ostatnich lat wykonano ablację drogi dodatkowej u 25 – 49 pacjentów, w 21.4 % szpitali wykonano tego typu zabiegi u 50 – 74 chorych, a w 8.9 % oddziałów ablację taką przeprowadzono u 75 lub więcej pacjentów.

Jawny zespół WPW występował u 56 % badanych, a utajony u 44 % chorych. Niemal 42 % ośrodków wskazało, że powtórnego zabiegu ablacji drogi dodatkowej wymagało 2 – 4.9 % pacjentów. W 43.6 % ankietowanych szpitali bardzo rzadko przerywano zabieg z powodu lokalizacji drogi dodatkowej w najbliższym sąsiedztwie węzła przedsionkowo-komorowego, 16.4 % oddziałów wskazało, że nigdy nie przerywano u nich z tego powodu zabiegu, 16.4 % ośrodków odpowiedziało, że taka sytuacja miała miejsce rzadko, w 21.8 % szpitali stwierdzono, że czasem przerywa się u nich zabieg z tego powodu, a w 1.8 % oddziałów wskazano, że dość często jest to powód do zakończenia ablacji. W przypadku stwierdzenia drogi dodatkowej w pobliżu węzła przedsionkowo-komorowego w większości ośrodków (50.9 %) ablację wykonuje bardzo ostrożnie, etapowo dostarczając energię, w 29.1 % szpitali wykonuje się wówczas konwersję do kryoablacji, w 3.6 % oddziałów przerywa się zabieg, a w 3.6 % szpitali kieruje się chorego do innego ośrodka.

Znaczna część ankietowanych oddziałów (55.4 %) zaobserwowała współistnienie z zespołem preekscytacji migotanie przedsionków u mniej niż 5 % chorych poddanych ablacji drogi dodatkowej, w 26.8 % ośrodków współistnienie tych schorzeń stwierdzono u 5 – 10 % badanych, a w 8.9 % szpitali u 11 – 20 % pacjentów. Zaobserwowano dużą zgodność między ankietowanymi ośrodkami w zakresie strategii postępowania z chorymi z zespołem preekscytacji i pierwszorazowym epizodem migotania przedsionków – w 80.4 % szpitali bezzwłocznie zaleca się wykonanie u pacjenta ablacji w trybie pilnym. W większości oddziałów (50.9 %) preferowaną metodą przerwania epizodu migotania przedsionków u chorych z zespołem preekscytacji jest kardiowersja elektryczna, w 34.5 % szpitali kardiowersja farmakologiczna z użyciem leku antyarytmicznego klasy 1C, w 10.9 % ośrodków do tego celu wykorzystano by amiodaron, a w 1.8 % szpitali lek  $\beta$ -adrenolityczny. W większości ośrodków (80 %) do czasu wykonania ablacji drogi dodatkowej u pacjenta z zespołem preekscytacji i epizodem migotania przedsionków w wywiadzie zalecono by włączenie leku antyarytmicznego z klasy 1C, w 25.5 % szpitali przepisano by  $\beta$ -bloker, a w 20 % szpitali amiodaron.

Stwierdzono również dużą zgodność w strategii postępowania z chorymi z dwoma epizodami AVRT w wywiadzie: u chorych bez preekscytacji w EKG w 79.2 %

ankietowanych ośrodków zalecono by pilne wykonanie ablacji, natomiast u pacjentów z jawną preekscytacją w 90.6 % szpitali zalecono by wykonanie tego zabiegu.

Zaobserwowano dużą rozbieżność między badanymi ośrodkami w zakresie postępowania z bezobjawowymi pacjentami z falą delta w EKG wskazującą na istnienie drogi dodatkowej. W 30.2 % ankietowanych szpitali nigdy nie rekomendowano by oszacowania ryzyka z wykorzystaniem inwazyjnego badania elektrofizjologicznego jako odrębnej procedury, podczas gdy w 17 % oddziałów zawsze w takim przypadku wykonano by powyższy zabieg. W większości szpitali (57.4 %) nigdy nie wykonano by nieinwazyjnego badania elektrofizjologicznego do oszacowania ryzyka, a w 9.3 % ośrodków zawsze wykonano by takie badanie. Ponadto w 64.7 % oddziałów nigdy nie przeprowadzono by stratyfikacji ryzyka z użyciem farmakoterapii, w 25 % szpitali nie wykonano by testu wysiłkowego do oszacowania ryzyka, natomiast również w 25 % ośrodków w każdym takim przypadku wykonano by próbę wysiłkową.

Liczba wykonywanych ablacji u dzieci poniżej 12 roku życia w ankietowanych ośrodkach była mała: w 46.4 % oddziałów nie przeprowadzano takich zabiegów, podczas gdy w 46.4 % ośrodków wykonywano od 1 do 9 takich procedur w ciągu roku. Ponadto w ankiecie zapytano również badane ośrodki kiedy wykonałyby ablację u dziecka z epizodem AVRT oraz falą delta w spoczynkowym EKG. W większości oddziałów wykonano by powyższy zabieg u dziecka wybitnie objawowego z epizodami AVRT i o wadze > 15 kg.

Większość ośrodków wskazała ponadto, że w ich kraju brakuje rodzimych wytycznych określających, którzy pacjenci powinni być kandydatami do ablacji, jakie powinno być postępowanie i forma kardiowersji u chorych z preekscytacją i epizodem migotania przedsionków, w jaki sposób przerywać epizod AVRT i jakie leczenie antyarytmiczne wdrożyć do czasu wykonania ablacji. Stwierdzono ponadto, że w wielu szpitalach w zależności od wieku inaczej leczono by bezobjawowego pacjenta z falą delta w EKG: u młodego chorego zalecono by wykonanie ablacji, a w przypadku starszego pacjenta z podobnym schorzeniem preferowano by obserwację.

Podsumowując, przeprowadzony rejestr wykazał, że zabiegi ablacji u dzieci są nadal przeprowadzane w niewielu ośrodkach w Europie. W zakresie postępowania z pacjentami z preekscytacją i epizodem migotania przedsionków w większości oddziałów postępowanie jest bardzo podobne: bezzwłocznie kieruje się takiego chorego do pilnego zabiegu ablacji. Postępowanie z bezobjawowymi chorymi z falą delta w EKG w wielu ośrodkach zależy od wieku pacjenta: młodszych chorych częściej kieruje się do ablacji, podczas gdy u starszych pacjentów częściej preferuje się obserwację.