

Efektywność zmodyfikowanego manewru Valsalwy w przerywaniu napadu częstoskurczu nadkomorowego – randomizowane badanie kliniczne

Na podstawie: Andrew Appelboam i wsp. Postural modification to the standard Valsalva manoeuvre for emergency treatment of supraventricular tachycardias (REVERT): a randomised controlled trial. Lancet 2015;386:1747-1753

Dr n. med. Michał M. Farkowski
Instytut Kardiologii w Warszawie

Badanie REVERT przeprowadzono celem oceny efektywności klinicznej zmodyfikowanego manewru Valsalwy w przerywaniu napadu częstoskurczu nadkomorowego (SVT). Teoretycznie poprawa efektywności takiego manewru pozwoliłaby na zmniejszenie zużycia leków stosowanych w kardiowersji arytmii, zmniejszyła koszty leczenia oraz zmniejszyła ekspozycję pacjenta na nieprzyjemne działania niepożądane stosowanego leczenia.

Niniejsze badanie było wieloośrodkowym, randomizowanym badaniem klinicznym bez zaślepienia badacza ani pacjenta, przeprowadzonym w izbach przyjęć ośmiu ośrodków w Anglii. Do badania kwalifikowano dorosłych pacjentów z napadem częstoskurczu z wąskimi zespołami QRS ze wskazaniami do kardiowersji arytmii. Z badania wyłączono pacjentów z migotaniem lub trzepotaniem przedsionków, pacjentów wymagających natychmiastowej kardiowersji (np. hipotonia) oraz pacjentów z przeciwwskazaniami lub niemożnością wykonania manewru Valsalwy, wreszcie pacjentki w trzecim trymestrze ciąży lub pacjentów, którzy już raz wzięli udział w badaniu.

Pacjentów przydzielano losowo do grupy kontrolnej – standardowy manewr Valsalwy oraz badanej – zmodyfikowany manewr. Standardowy manewr polegał na posadzeniu pacjenta w pozycji półsiedzącej oraz kontrolowanym, natężonym wydechu o ciśnieniu 40mm Hg utrzymywanym przez 15s. Zmodyfikowany manewr polegał na standardowym postępowaniu, a następnie biernym położeniu pacjenta na plecach i uniesieniu kończyn dolnych do 45° przez 15 s i powrocie pacjenta do pozycji półsiedzącej. W obu grupach efektywność kontrolowano w zapisie EKG w 1 minutę od manewru. W razie nieskuteczności pacjent mógł powtórzyć manewr. Dalsze postępowanie: farmakoterapia, przyjęcie, wypis, zależało wyłącznie od lekarza izby przyjęć i aktualnego stanu pacjenta. Wszystkie zapisy EKG były oceniane przez niezależnych ekspertów, nie znających przydziału pacjenta do grupy.

Pomiędzy 11 stycznia 2013 i 29 grudnia 2014 164 lekarzy włączyło do badania 428 pacjentów: 205 do grupy kontrolnej i 201 do grupy badanej. Grupy były porównywalne pod względem charakterystyki podstawowej: wiek ok. 55 lat, ok. 40% płci męskiej, wcześniejszy wywiad SVT ok. 28%, śr. częstość serca w arytmii ok. 176/min.

Pacjenci w grupie zmodyfikowanego manewru Valsalwy istotnie częściej uzyskiwali powrót rytmu zatokowego niż badani w grupie kontrolnej: 93 (43%) vs. 37 (17%) pacjentów, OR 3.7 (95% CI 2.3–5.8), ARR 26.2%, NNT 4.



W związku z powyższym wykorzystanie adenozyliny lub jakiegokolwiek leczenia antyarytmicznego było rzadsze w grupie badanej niż kontrolnej; OR odpowiednio: 0.45 (95% CI 0.30–0.68) oraz 0.33 (95% CI 0.21–0.51).

Nie przełożyło się to jednakże na odsetek pacjentów odesłanych do domu – 146 (68%) vs. 134 (63%), OR 0.79 (95% CI 0.51–1.21), czas pobytu w izbie przyjęć 2.83h (1.95–3.62) vs. 2.82h (1.95–3.77), OR 0.90 (95% CI 0.75–1.10) ani ryzyko wystąpienia powikłań leczenia – 8 (4%) vs. 13 (6%), OR 1.61 (95% CI 0.63–4.08), odpowiednio w grupach kontrolnej i badanej.

W analizie dodatkowej po wyłączeniu pacjentów z arytmiami nie przerywanymi manewrem Valsalvy (trzepotanie/migotanie przedsionków, tachykardia zatokowa) a włączonymi do badania przez pomyłkę, efektywność zmodyfikowanego manewru była jeszcze wyższa: OR 4.9 (95% CI 2.9–8.0).

Autorzy nie identyfikowali istotnych ograniczeń badania.

Podsumowując: zmodyfikowany manewr Valsalvy, rozszerzony w porównaniu do standardowego o bierne położenie pacjenta na plecach i uniesienie kończyn dolnych do 45° przez 15 s, zwiększa szansę na nawrót rytmu zatokowego 3-5 krotnie. Jest to postępowanie proste, tańsze od kardiowersji farmakologicznej i pozbawione poważnych działań niepożądanych.

Finansowanie: National Institute for Health Research , Research for Patient Benefit Programme (grant number PB-PG-0211-24145).

KOMENTARZ: Maria Trusz-Gluza

Próby Valsalvy po raz pierwszy zastosował w XVIII wieku włoski lekarz z Bolonii dla udrożnienia trąbki Eustachiusza. Potem zaczęli ją wykorzystywać kardiolodzy dla przerywania napadów częstoskurczów nadkomorowych, tych zależnych od łączy przedsionkowo-komorowego. W czasie próby znacznie zwiększa się ciśnienie w klatce piersiowej, co powoduje różne zmiany hemodynamiczne i uruchomienie odruchów ze strony autonomicznego układu nerwowego. Aby uzyskać ten efekt chory powinien po uprzednim maksymalnym wdechu wykonać nasilony wydech przy zamkniętej głośni. Najlepiej, gdy jest to wydech przez ustnik połączony z manometrem dla osiągnięcia ciśnienia 40 mm Hg przez 10-30 sekund. Odmianą, dostępną także w warunkach pozaszpitalnych, jest nasilony wydech poprzez 10 ml strzykawkę aż do przesunięcia tłoka.

Skuteczność próby Valsalvy ocenia się na 10-20%, a więc nie jest duża. Stąd pojawiają się próby jej modyfikacji. Omówione badanie było bardzo poprawne metodycznie. Nagrano filmik szkoleniowy pokazujący jak prawidłowo przeprowadzić każdą z tych prób. Jest on nadal dostępny w internecie na YouTube – zachęcam do oglądnięcia. Uzmysłowi nam, że wielu z nas nie zna wszystkich zasad przeprowadzenia tego prostego zabiegu.

Badanie REVERT wykazało, że zaproponowana modyfikacja próby Valsalvy istotnie zwiększa skuteczność postępowania. Pamiętajmy więc, że istnieją proste metody niefarmakologiczne służące przerwaniu napadu SVT; do podstawowych metod należy standardowa próba Valsalvy, można też posłużyć się opisaną jej modyfikacją.

