

Brak indukcji arytmii jako punkt końcowy ablacji pozawałowych częstoskurczów komorowych – przegląd systematyczny z metaanalizą

Na podstawie: Hamid Ghanbari i wsp. „Noninducibility in Postinfarction Ventricular Tachycardia as an End Point for Ventricular Tachycardia Ablation and Its Effects on Outcomes. A Meta-Analysis” *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2014;7:677-683.

Lek. Michał M. Farkowski

II Klinika Choroby Wieńcowej, Instytut Kardiologii w Warszawie

Badanie „Noninducibility in Postinfarction Ventricular Tachycardia as an End Point for Ventricular Tachycardia Ablation and Its Effects on Outcomes. A Meta-Analysis” zostało przeprowadzone celem odpowiedzi na wciąż otwarte pytanie o optymalny punkt końcowy ablacji RF (RFA) podłoża częstoskurczów komorowych (VT) u pacjentów po zawale serca.

Niniejsze badanie było przeglądem systematycznym z metaanalizą, do którego kwalifikowały się badania randomizowane, kliniczno-kontrolne oraz kohortowe podejmujące temat

	RFA	VT
--	-----	----

u pacjentów po zawale serca. Do przeglądu włączano badania, które zawierały informacje nt.: poszukiwanych punktów końcowych, techniki zabiegu RFA, przeprowadzeniu stymulacji programowanej po zabiegu RFA celem oceny efektu zabiegu oraz metodyki obserwacji odległej. Wszystkie badania włączone do przeglądu zostały ocenione pod kątem wiarygodności za pomocą ogólnie przyjętych narzędzi (Newcastle-Ottawa Scale, GRADE).

Do przeglądu włączono badania, w których po zabiegu RFA przeprowadzono programowaną stymulację komór spełniającą następujące kryteria: ≥ 2 cykle stymulacyjne z ≤ 3 dodatkowymi pobudzeniami, przeprowadzane z dwóch punktów w komorze. Nie ustalono arbitralnie minimalnego czasu follow-up, zastępując go zapisem o odpowiednio długiej obserwacji pozwalającej na wystąpienie poszukiwanych punktów końcowych.

W ramach metaanalizy oceniano wpływ następujących punktów końcowych zabiegu ablacji na ryzyko nawrotu arytmii oraz ogólne przeżycie pacjentów: pełny sukces RFA – definiowany jako brak indukcji jakichkolwiek VT w trakcie stymulacji programowanej po zabiegu RFA, częściowy sukces – brak indukcji klinicznie istotnego VT, ale występowanie innych morfologii VT podczas stymulacji oraz zabieg nieskuteczny – możliwość indukcji klinicznego VT po zabiegu RFA.

Spśród 3895 wstępnie ocenionych badań do analizy włączono dane z 8 badań obserwacyjnych; nie odnaleziono badań randomizowanych spełniających kryteria włączenia a w przypadku 4 badań kontaktowano się z autorami celem uzyskania dodatkowych informacji, nie zawartych w pierwotnej publikacji badania. Włączone badania obejmowały 928 pacjentów: wiek średnio 62-67 lat, średnia frakcja wyrzucania lewej komory 27-38.5%, czas obserwacji - zróżnicowany. Autorzy przeglądu ocenili heterogeniczność badań jako średnią i nie wykazali istotnego ryzyka wystąpienia błędu systematycznego publikacji. Ponadto

przeprowadzono serię analiz wrażliwości celem oceny wpływu pojedynczego badania na wynik metaanalizy.

Pełen sukces RFA osiągnięto w przypadku 0.59 zabiegów (95%CI, 0.49–0.67), częściowy sukces w 0.27 przypadków (95% CI, 0.20–0.36) a brak sukcesu w 0.10 przypadków (95% CI, 0.06-0.17), nawrót arytmii w trakcie follow-up obserwowano odpowiednio u 11-37%, 27-61% i 76-100% pacjentów poddawanych RFA.

Brak indukcji jakiegokolwiek VT zmniejszał szansę nawrotu arytmii w stosunku do częściowego sukcesu RFA o ok. połowę (OR, 0.49; 95% CI, 0.29–0.84; P=0.009) a w stosunku do nieskutecznej ablacji blisko 10-krotnie (OR, 0.10; 95% CI, 0.06–0.18; P<0.001); w przypadku pacjentów z częściowo skuteczną RFA, w stosunku do nieskutecznej ablacji, szansa nawrotu arytmii nadal była istotnie niższa (OR, 0.24; 95% CI, 0.13–0.45; P<0.001).

W przypadku oceny ogólnego przeżycia, pacjenci poddani skutecznej RFA mieli istotnie niższą szansę zgonu zarówno w stosunku do pacjentów z grupy częściowo skutecznej ablacji (OR, 0.59; 95% CI, 0.36–0.98; P=0.04), jak i grupy nieskutecznej RFA (OR, 0.32; 95% CI, 0.10–0.99; P=0.049). Nie wykazano natomiast różnicy ogólnego przeżycia pomiędzy pacjentami z grupy częściowo skutecznej i nieskutecznej RFA – OR, 0.37; 95% CI, 0.11–1.22; P=0.10.

Autorzy metaanalizy wielokrotnie podkreślali, że do wyników badania należy podchodzić z ostrożnością: do przeglądu włączono badania obserwacyjne, bardzo silnie podatne na błąd selekcji, np. pacjenci z grupy skutecznej RFA mogą reprezentować chorych z mniejszym uszkodzeniem mięśnia sercowego i w ogólnym lepszym stanie niż pozostali, co istotnie wpłynęłoby na wynik przeprowadzonych analiz. Ponadto metaanaliza nie obejmowała nowych badań opisujących wyniki rozległej modyfikacji substratu lub eliminacji patologicznych potencjałów w bliźnie pozawałowej.

Podsumowując: niniejszy przegląd systematyczny z metaanalizą, pomimo istotnych ograniczeń, wskazuje, że brak indukcji jakiegokolwiek złożonej arytmii komorowej u pacjentów poddawanych ablacji RF pozawałowego częstoskurczu komorowego, może być preferowanym punktem końcowym takiego zabiegu.

Finansowanie: brak danych.