

Zespół WPW w erze ablacji przezskórnej – rejestr kliniczny

Na podstawie: *Carlo Pappone i wsp. „Wolff-Parkinson-White Syndrome in the Era of Catheter Ablation. Insights From a Registry Study of 2169 Patients” Circulation. 2014;130:811-819.*

Lek. Michał M. Farkowski
II Klinika Choroby Wieńcowej, Instytut Kardiologii w Warszawie

Publikacja „Wolff-Parkinson-White Syndrome in the Era of Catheter Ablation. Insights From a Registry Study of 2169 Patients” opisuje wyniki rejestru klinicznego dotyczącego leczenia pacjentów z zespołem WPW w zależności od przyjętej strategii terapeutycznej: ablacja prądem o częstotliwości radiowej (RFA) lub leczenie zachowawcze. Autorzy badania porównywali odległe wyniki tych strategii terapeutycznych w zakresie wystąpienia migotania komór lub złośliwych arytmii oraz czynników ryzyka wystąpienia tych punktów końcowych.

Niniejsze badanie było jednośrodkowym włoskim rejestrem klinicznym. Do badania kwalifikowali się kolejni pacjenci z zespołem WPW, zarówno objawowym jak i bezobjawowym, potwierdzonym w badaniu elektrofizjologicznym (EPS). Z rejestru wyłączono pacjentów poddawanych wcześniej RFA, chorych ze współistniejącym AVNRT oraz pacjentów, u których wystąpiły groźne dla życia arytmie. Wszyscy pacjenci przechodzili standardowe badanie EPS mające na celu potwierdzenie lub postawienie rozpoznania, ustalenie położenia oraz refrakcji drogi dodatkowej (przede wszystkim refrakcji w kierunku zstępującym, AP-AERP) a także próbę indukcji migotania przedsionków (AF); w trakcie EPS nie stosowano izoproterenolu. Decyzję o przeprowadzeniu ablacji drogi dodatkowej (AP) pacjenci podejmowali wspólnie z lekarzem prowadzącym na podstawie dokładnej informacji nt. potencjalnej efektywności i ryzyka RFA. Wszyscy pacjenci odbywali wizytę kontrolną po 6 i 12 miesiącach, a następnie co rok oraz we wszystkich przypadkach kiedy wymagał tego stan kliniczny pacjenta.

Zatrzymanie krążenia (VF) zdefiniowano jako potrzebę resuscytacji krążeniowo-oddechowej z przyczyn innych niż zawał lub inne, przejściowe stany kliniczne. Złośliwe arytmie (MA) zdefiniowano jako epizod AF trwający >1 min z udokumentowanym najkrótszym RR \leq 250ms. AP podzielono ze względu na położenie na lewe, prawe, przegrodowe i przyprzegrodowe.

Punktami końcowymi badania były epizody VF lub MA oraz czynniki ryzyka związane z wystąpieniem tych powikłań leczenia.

Pacjentów włączano do rejestru od maja 2005 do maja 2010, a okres obserwacji zakończono w maju 2013. W tym czasie zrekrutowano 2169 pacjentów: 1001 do grupy leczonej zachowawczo (non RFA) i 1168 do grupy poddanej ablacji AP (grupa RFA). Mediana wieku pacjentów w obu grupach wyniosła 19 lat, w obu grupach było ok. 60% mężczyzn, ok. 5,5-6,5% pacjentów miało strukturalną chorobę serca; mediana czasu obserwacji była porównywalna w obu grupach i wyniosła 96 miesięcy. W trakcie EPS stwierdzono porównywalne AP-AERP 280ms oraz porównywalne ryzyko indukcji AF (AVRT-AF) 4,7% vs. 6,3% (p dla obu porównań NS) w obu grupach pacjentów.

W grupie RFA wykonano skuteczną ablację 1270 AP przede wszystkim: lewostronnych (50%) oraz przyprzegrodowych (20%); 10% AP było umiejscowionych przegrodowo lub w bliskości pęczka Hisa. Najczęstszym powikłaniem był krwiak w pachwinie (25 pacjentów). Zanotowano również pięć przypadków odmy oraz dwa przypadki płynu w osierdziu. Wywołano jeden jatrogenny blok przedsionko-komorowy III^o, 10 bloków prawej odnogi i trzy bloki lewej odnogi pęczka Hisa. Nie zanotowano zgonów.

W grupie non RFA obserwację odległą ukończyło 92,3% pacjentów. VF wystąpiło u 15 pacjentów: mediana czasu do wystąpienia VF wyniosła 22 miesiące, VF wystąpiło częściej wśród pacjentów bezobjawowych: 13 vs. 2 a wszystkie przypadki VF były poprzedzone objawami prodromalnymi: stanem przedomdleniowym lub zawrotami głowy. U kolejnych 78 pacjentów zaobserwowano MA: mediana czasu do wystąpienia MA wyniosła 46,5 miesiąca, a najczęstszymi objawami były zawroty głowy (35 pacjentów) lub kołatania serca (25 pacjentów). Pacjenci, którzy doświadczyli VF mieli w EPS, w stosunku do pacjentów z MA, krótszą AP-AERP – 220ms vs. 240 ms ($p < 0,001$) oraz częściej indukowano u nich AVRT-AF – 73,3% vs. 44,9% ($p = 0,04$); nie wykazano istotnych różnic w wieku, płci oraz występowaniu licznych AP pomiędzy grupami VF i MA.

W obu grupach, głównym czynnikiem ryzyka wystąpienia punktu końcowego w analizie wieloczynnikowej była indukcja AVRT-AF w trakcie EPS: HR 18,91 (95%CI: 11,18-31,99) i HR 27,16 (95%CI: 5,29-139,4) odpowiednio dla MA i VF. Ogólnie, ryzyko wystąpienia VF w grupie non RFA oceniono na 2,4/1000 osobo-lat (95%CI: 1,3-3,9) a optymalny punkt odcięcia AP-AERP wyliczono na 240 ms (czułość 92%, swoistość 82%). W trakcie obserwacji u 216 pacjentów wykonano RFA AP z powodu nawrotów arytmii a u 285 preekscytacja w EKG zanikła samoistnie, bez nawrotów arytmii. Pacjenci, u których preekscytacja ustąpiła spontanicznie byli starsi (39 vs. 13 lat) oraz mieli dłuższą AP-AERP (300ms vs. 250ms).

W grupie RFA obserwację odległą ukończyło 90,2% pacjentów. Pierwszy zabieg RFA był skuteczny u 98,5% pacjentów; nie zaobserwowano epizodów VF lub MA.

Pacjenci nie leczeni RFA mieli wyższe ryzyko wystąpienia zarówno VF, jak i MA.

Zdaniem autorów, głównymi ograniczeniami badania były jego jednoośrodkowy charakter, brak randomizacji oraz duże doświadczenie ośrodka, które może wpływać na możliwość uogólnienia wyników na inne pracownie elektrofizjologii.

Podsumowując, opublikowane wyniki rejestru klinicznego wskazują, że głównymi czynnikami ryzyka wystąpienia zatrzymania krążenia lub złośliwych arytmii w populacji pacjentów z WPW jest refrakcja drogi dodatkowej ≤ 240 ms lub indukcja migotania przedsionków w trakcie EPS, a czynniki kliniczne (objawy, wiek, płeć itd.) nie pozwalają na wiarygodną stratyfikację ryzyka w tej grupie chorych. Ponadto leczenie ablacją przezskórną zmniejsza istotnie ryzyko wystąpienia obu tych punktów końcowych.

Finansowanie: Maria Cecilia Hospital, Department of Electrophysiology and Cardiac Pacing, Cotignola, Italy.