

Izolacja uszka lewego przedsionka u pacjentów nie odpowiadających na izolację żył płucnych.

Na podstawie: Heeger CH, Rillig A, Geisler D, Wohlmuth P, Fink T, Mathew S, Tiltz RR, Reissmann B, Lemes C, Maurer T, Santoro F, Inaba O, Sohns C, Huang Y, Alessandrini H, Dotz I, Schlüter M, Metzner A, Kuck KH, Ouyang F. Left Atrial Appendage Isolation in Patients Not Responding to Pulmonary Vein Isolation. *Circulation* 2019;139(5):712-715. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.037451.

Dr hab. n. med. Ewa Jędrzejczyk-Patej

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

Izolacja żył płucnych (ang. *pulmonary vein isolation* - PVI) to skuteczna metoda ablacji u pacjentów z napadowym migotaniem przedsionków (ang. *atrial fibrillation* - AF), jednakże u pacjentów z przetrwałym oraz przetrwałym długotrwałym AF ma ona ograniczoną skuteczność. Niedawno opublikowane wyniki badania BELIEF (*Effect of Empirical Left Atrial Appendage Isolation on Long-term Procedure Outcome In Patients With Persistent Or Longstanding Persistent AF Undergoing Catheter Ablation*) wykazały, że izolacja elektryczna uszka lewego przedsionka (ang. *left atrial appendage* - LAA) w połączeniu z PVI może zwiększyć skuteczność ablacji. Metoda ta wiązała się jednakże ze zwiększonym ryzykiem skrzepliny w lewym przedsionku i wzrostem ryzyka powikłań zakrzepowozatorowych.

Celem pracy opublikowanej na łamach *Circulation* była ocena częstości występowania skrzepliny w LAA i powikłań zakrzepowozatorowych, a także ocena skuteczności izolacji uszka lewego przedsionka (ang. *left atrial appendage isolation* - LAAI). Do prospektywnego, obserwacyjnego badania włączono 116 pacjentów z AF lub częstoskurczem przedsionkowym (ang. *atrial tachycardia* - AT) po zabiegu LAAI (grupa LAAI). Badanych po zabiegu LAAI porównano z grupą



kontrolną liczącą 116 chorych z nawrotem AF lub AT po ≥ 1 nieskutecznej ablacji arytmii, ale u których nie wykonywano zabiegu LAAI. Pacjentów dobrano zgodnie z charakterystyką podstawową metodą *propensity score*. U wszystkich chorych po LAAI zalecano długoterminowe doustne leczenie przeciwkrzepliwe (ang. *oral anticoagulation* - OAC), natomiast w grupie kontrolnej leki z grupy OAC były stosowane przez ≥ 3 miesiące, a następnie oceniano badanych wg skali CHA₂DS₂-VASc i na tej podstawie kontynuowano bądź nie leczenie przeciwkrzepliwe. Celem oceny skrzepliny w LAA u chorych wykonywano echokardiograficzne badanie przezprzetykowe w ciągu 3 miesięcy po ablacji.

Pozabiegową skrzeplinę w LAA stwierdzono u 22 z 95 pacjentów (23.2%) po zabiegu LAAI oraz u 2 z 89 chorych (2.2%, $P < 0.0001$) z grupy kontrolnej. W trakcie mediany okresu obserwacji wynoszącej 4 lata u 17 badanych z grupy LAAI (14.7%) i 3 pacjentów z grupy kontrolnej (2.6%) wystąpił epizod zakrzepowo-zatorowy w obrębie ośrodkowego układu nerwowego ($P = 0.002$).

Przezskórne zamknięcie LAA zalecano u wszystkich chorych, przy czym wykonano je u 48 pacjentów (41.4%). Epizod zakrzepowo-zatorowy wystąpił u 2/48 chorych (4.2%) po zamknięciu LAA oraz u 15/68 pacjentów (22.1%), u których nie zamykano LAA ($P = 0.007$).

Czteroletnie przeżycie bez nawrotu arytmii wynosiło 48.6% (95%CI 40.0-57.2) w grupie LAAI i było znamienne większe w porównaniu z grupą kontrolną, w której wynosiło 37.4% (95%CI 30.2-44.6, $P = 0.02$).

Podsumowując, izolacja elektryczna uszka lewego przedsionka może być dodatkową opcją terapeutyczną u pacjentów z AF po nieskutecznej izolacji żył płucnych, jednakże duże ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych oraz duża częstość występowania skrzepliny w LAA po izolacji uszka pomimo skutecznego pozabiegowego leczenia przeciwkrzepliwego może być istotnym ograniczeniem metody. Rozwiązaniem obniżającym ryzyko skrzepliny i powikłań zakrzepowo-zatorowych po LAAI może być przezskórne zamknięcie uszka lewego przedsionka, jednakże taki sposób postępowania wymaga jeszcze kolejnych badań.

KOMENTARZ: Maria Trusz-Gluza



Izolacja żył płucnych (PVI) nadal jest podstawową metodą ablacji u chorych z migotaniem przedsionków (AF). Jednak w przetrwałym AF jej skuteczność jest często niewystarczająca. W tej postaci migotania nawet w 30% przypadków stwierdzano aktywność elektryczną pochodzącą z uszka lewego przedsionka (LAA), mogącą wzbudzać AF. Wyniki badania BELIEF, a także meta-analiza obejmująca dodatkowo mniejsze badania obserwacyjne wskazują, że izolacja uszka lewego przedsionka (LAA) dołączona do PVI zwiększa skuteczność ablacji. Co może zniechęcać do takiego postępowania? Jak zawsze ryzyko powikłań, takich jak: perforacja (cienka ściana przedsionka w tej okolicy), uszkodzenie nerwu przeponowego, a przede wszystkim zwiększone ryzyko powikłań zakrzepowozatorowych. To powikłanie nie znajduje odzwierciedlenia we wszystkich badaniach (m. in. w badaniu BELIEF nie wykazano zwiększonej liczby zdarzeń zakrzepowozatorowych), ale omówiona publikacja autorów niemieckich bardzo przekonująco wskazuje na takie zagrożenie, nawet u chorych leczonych przeciwkrzepliwie. Przyczyną podstawową są najpewniej zaburzenia kurczliwości LAA wtórne do izolacji elektrycznej.

Co może zmniejszyć ryzyko powikłań zakrzepowozatorowych u takich chorych? Najpewniej sama antykoagulacja może być niewystarczająca. Najpewniej znaczenie ma sposób przeprowadzenia izolacji LAA: czy będzie to szeroka okrażająca izolacja czy obejmująca jedynie samą podstawę LAA, czy ablacja metodą RF lub krioablacja. Czy w takim razie należy izolację LAA łączyć z implantacją zatyczki uszka? Dalsze badania pozwolą najpewniej odpowiedzieć na to zapytanie. Kolejnym rozwiązaniem dla chorych z przetrwałym AF poddawanych ablacji może być połączenie PVI z eliminacją czynności elektrycznej i mechanicznej LAA z użyciem systemu LARIAT, co wykazali w badaniu obserwacyjnym Lakkireddy i wsp.

