

## Pierwsze polskie doświadczenia w całkowicie torakoskopowej rozszerzonej ablacji lewego przedsionka (mini-MAZE) prądem częstotliwości radiowej w układzie bipolarnym – minisympozjum i trzy operacje w Klinice Kardiochirurgii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie



Piotr Suwalski

Klinika Kardiochirurgii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2012; 1: 137–138

18.11.2011 r. w Klinice Kardiochirurgii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (CSK MSWiA) w Warszawie wykonano pierwsze w Polsce operacje całkowicie torakoskopowej rozszerzonej ablacji lewego przedsionka (mini-MAZE) w migotaniu przedsionków prądem częstotliwości radiowej w układzie bipolarnym. Zyskanie tych nowych doświadczeń było możliwe dzięki współpracy z prof. Nicolasem Dollem, kierownikiem Kliniki w Stuttgarcie, światowym autorytetem w zakresie chirurgicznego leczenia tej arytmii.

Zabiegi, które zajęły drugą część dnia i którym przyglądać się mogli zaproszeni goście, poprzedziło minisympozjum. Jego głównym punktem był wykład prof. Dolla. Wśród uczestników minisympozjum znajdowała się dyrekcja szpitala, kierownicy klinik, grono lekarskie i pielęgniarskie Kliniki Kardiochirurgii oraz klinik kardiologicznych i internistycznych CSK MSWiA, a także goście z zaprzyjaźnionych klinik kardiochirurgii i kardiologii w Polsce.

W wykładzie prof. Doll przedstawił epidemiologię i patofizjologię migotania przedsionków na tle dostępnych technologii i technik elektrofizjologicznych oraz chirurgicznych. Później skupił się na aspekcie technologicznym używanego przez niego systemu Atricure, opartego na bipolarnej energii prądu częstotliwości radiowej, która – jak wskazują wyniki – osiąga najlepsze rezultaty w aplikacji nasierdziejowej na bijącym sercu. Podkreślił również konieczność wykonania dodatkowych linii ablacyjnych w lewym przedsionku (ponad izolację żył płucnych) w przypadkach przetrwałego i długotrwałego przetrwałego (ang. *long-standing persistent*) migotania przedsionków. Zwrócił uwagę, że jeśli kardiochirurgia w tym obszarze ma stanowić opcję dla narzędzi elektrofizjologicznych, to musi być całkowicie torakoskopowa. Z kolei usunięcie uszka lewego przedsionka stanowi następną istotny element procedury, obniżając znacząco ryzyko wystąpienia udaru mózgu w tej grupie chorych. Na koniec prof. Doll zaprezentował krótki film przedstawiający

technikę zabiegów wykonywanych w drugiej części dnia, a także swoje wyniki – obecnie na grupie już 70 pacjentów – które są bardzo zachęcające, szczególnie w grupie pacjentów z przetrwałym migotaniem przedsionków.

Wykład spotkał się z dużym zainteresowaniem i wywołał żywą dyskusję, która skupiała się na określeniu wskazań do takiego zabiegu w czasach znacznego rozwoju technik przeszskórnych. Kardiochirurdzy wraz z kardiologami wyrazili deklarację stworzenia wspólnego projektu badawczego.

Dyskutanci uznali, że dobrym przykładem wskazań do chirurgicznej ablacji migotania przedsionków jest profil kliniczny pacjentów wybranych do przeprowadzenia zabiegów w klinice. Pierwsza pacjentka to chora z przetrwałym wysoko objawowym, opornym na leczenie farmakologiczne migotaniem przedsionków, po przeszczepie nerki z prawidłowo funkcjonującym grafem i przeciwwskazaniami do stosowania kontrastu radiologicznego. Drugi chory z podobną postacią arytmii ma anomalię anatomiczną przegrody międzyprzedsionkowej, uniemożliwiająca jej nakłucie. U trzeciego pacjenta występowała od 1,5 roku utrwalona postać migotania przedsionków, niewydolność serca na tym tle, był też wielokrotnie dyskwalifikowany od ablacji przeszskórnej. Wydaje się, że właśnie w takiej grupie pacjentów (z utrwalonym migotaniem przedsionków lub/i po nieudanych próbach ablacji przeszskórnych) należy szukać pacjentów do opisywanej ablacji chirurgicznej.

Po minisympozjum przeprowadzono trzy operacje, które – dzięki dodatkowym monitorom – goście zainteresowani samą techniką chirurgiczną mogli obserwować bezpośrednio na bloku operacyjnym. Technika operacyjna polega na wykonaniu przez trzy porty endoskopowe, odpowiednio po prawej, a następnie po lewej stronie klatki piersiowej, izolacji żył płucnych. Linie te zostają rozszerzone tak, aby utworzyły tzw. *box lesion*. Zupełnie nową koncepcją o charakterze nie tylko technologicznym, ale także elektrofizjologicznym, jest wytworzenie linii „trygonalnej”



Fot. 1. Wykład prof. Nicolasa Dolla



Fot. 2. Zabiegi na bloku operacyjnym

do zastawki aortalnej, która odgrywa podobną rolę jak znana linia w cieśni lewego przedsionka, której skuteczne wykonanie na bijącym sercu jest bardzo trudne i najczęściej niemożliwe. Wszystkie linie wykonuje się z zastosowaniem prądu częstotliwości radiowej w układzie bipolarnym. Ablacja uzupełniona zostaje ablacją zwojów autonomicznych, na końcu zaś za pomocą staplera usunięte zostaje uszko lewego przedsionka.

Podczas zabiegów oraz w przerwach między nimi prowadzono ciekawą roboczą dyskusję, która – jak zwykle w takich przypadkach – miała dużą wartość naukową i praktyczną.

Technika w zakresie przedstawionym powyżej stosowana jest w niewielu ośrodkach na świecie i pojedynczych w Europie, lecz wstępne wyniki potwierdzają jej wykonalność i dużą skuteczność także w przetrwałym i utrwalonym migotaniu przedsionków. Cieszy fakt, że udało się zastosować ją także w Polsce. Naturalnie metoda ta wymaga dalszej ewaluacji, co z pewnością będzie najskuteczniejsze we współpracy z innymi polskimi ośrodkami.

*Oświadczenie: Autor sprawozdania nie zgłasza powiązań o charakterze finansowym z firmą Atricure.*