

NOVÁ DOPORUČENÍ PRO LÉČBU PACIENTŮ S FIBRILACÍ SÍNÍ: POKROK (PONĚKUD POKULHÁVAJÍCÍ)

Robert Čihák

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Interv Akut Kardiol 2007; 6(4): 167–168

V roce 2006 byla publikována nová doporučení pro léčbu pacientů s fibrilací síní (FS)⁽¹⁾. Proti prvním doporučením z r. 2001⁽²⁾ výrazně narostla na objemu (téměř 100 stran, 900 citací). Shrnout poznatky v malém rozsahu je proto ošidné.

Největší pozornost je pochopitelně věnována vlastní léčbě FS. Téměř všechny studie, porovnávající kontrolu rytmu a kontrolu frekvence, byly publikovány až po vydání prvních doporučení. Platí to hlavně pro daleko nejvýznamnější studii AFFIRM, včetně mnoha jejích dalších analýz. Kontrola rytmu by měla být teoreticky výhodnější než kontrola frekvence. Z analýz studie AFFIRM se opravdu ukazuje, že pacienti se sinusovým rytmem mají nižší mortalitu. To však neplatí, pokud je sinusový rytmus udržen antiarytmiky. Ve většině studií byl trend k nižší mortalitě při kontrole frekvence. Ukazuje to na úskalí současných antiarytmik a na nutnost hledání nových způsobů léčby. Výsledky nelze vztahovat na mladší, symptomatické nemocné, kteří nebyli do studií zahrnuti. Zatím lze uzavřít, že kontrola frekvence je vhodný postup zejména pro pacienty starší a s mírnou symptomatologií.

Vzhledem k těmto závěrům je paradoxní, že vlastně není přesně jasné, co kontrolou srdeční frekvence rozumíme. Obecně se uvádí hodnota klidová frekvence 60–80/min. a při mírné zátěži 90–115/min. Údaje však jsou založeny jen na krátkodobých pozorováních. Není žádný standard, jak kontrolu srdeční frekvence při FS měřit. Není jasné, zda používat jen standardní EKG křivky, či holterovskou monitoraci EKG, zda má být tato frekvence odlišná s ohledem na věk či základní onemocnění. Nevíme, zda je intenzivnější kontrola SF spojena s lepší morbiditou či mortalitou. Víme jen, že při frekvenci pod 80/min. (studie AFFIRM) či 100/min. (studie RACE) je průběh příznivější než při ponechání frekvence nad tyto hodnoty. Kromě vlastní frekvence je důležitá i nepravidelnost srdeční akce.

Snad nejdůležitější část doporučení z hlediska dopadu na klinickou praxi se týká prevence tromboembolických příhod. Ta je indikována u všech pacientů s výjimkou izolované FS u nemocných pod 60 let, bez rizikových faktorů. K prevenci tromboembolie používáme buď účinnější antagonisty vitamínu K, nebo méně účinný aspirin. Výběr léčby je podle individuálního rizika tromboembolie a krvácivých komplikací. K rizikové stratifikaci se stále více používá jednoduché CHADS2 skóre (srdeční selhání, hypertenze, věk nad 75 let, diabetes po jednom bodu, iktus 2 body). Kromě toho jsou v doporučeních shrnuty známé vysoce, středně a méně významné rizikové faktory. Poprvé se v konkrétních doporučeních odráží i vliv pohlaví (ženy nad 75 let vždy antikoagulační léčba, muži nad 75 let antikoagulace či aspirin). Intenzivně se studují nové možnosti účinnější a bezpečnější prevence tromboembolií při FS, zatím však data chybí. Nadějný ximelagatran byl stažen pro nežádoucí účinky.

Asi nejméně nových poznatků přináší rozsáhlá část, věnovaná antiarytmikům k provedení kardioverze, k prevenci recidiv FS po kardioverzi a k prevenci

paroxysmů FS. Oblast kontroly rytmu u FS je v současnosti málo optimistická. O nových antiarytmicích je uvedeno jen několik řádků. Zmíněn je pouze azimild (kde nové studie neprokazují příliš lepší účinnost ve srovnání s placebem), dro-nedaron (kde musíme čekat až na výsledky studie Athena) a tedisamil.

V nových doporučeních se odrazil pokrok v nefarmakologické léčbě a s tím i spojený pokrok ve znalostech patofyziologických mechanismů vzniku FS a remodelace síní s FS spojené. Možnosti farmakologického ovlivnění remodelace síní a tzv. „upstream“ léčbě FS jsou však zmíněny jen okrajově. Nejvíce údajů je pro ACE inhibitory a blokátory angiotenzinových receptorů (ARB), použité v léčbě hypertenze a srdečního selhání. Data opravňující jejich podání jen z indikace FS zatím chybí. Málo je známo také o ostatních možnostech „upstream“ léčba FS, jako je použití statinů, protizánětlivých léků, omega-3 nenasycených mastných kyselin atd.

K největšímu pokroku došlo v oblasti nefarmakologické léčby FS. Neplatí to snad jen pro kardiostimulaci, kde různé preventivní režimy i alternativní způsoby stimulace nespĺnily očekávání. Samotná FS bez bradykardie není samostatnou indikací k implantaci kardiostimulátoru. Výjimkou je kardiostimulace po ablaci AV junkce.

Největší rozdíl mezi původními a současnými doporučeními je patrný, pokud se podíváme na schéma pro udržení sinusového rytmu. Dříve byla v určitém pořadí uváděna antiarytmika (flecainid, propafenon, sotalol, dále amiodaron, dofetilid) a teprve při jejich selhání „nefarmakologická léčba“. Nyní je již po selhání antiarytmik IC či sotalolu uváděna možnost katetrizační ablace, jako alternativa léčby amiodaronem. Ablace je vhodná léčba i při selhání farmakoterapie u pacientů s ICHS a srdečním selháním. V době publikace byly k dispozici jen studie, opravňující zařazení katetrizačních ablací do doporučení třídy I, úroveň evidence C. V současnosti je k dispozici 5 randomizovaných studií, které prokazují jednoznačně vyšší účinnost ablací ve srovnání s léčbou medikamentózní⁽³⁾. Je však pravda, že ablace se provádějí zatím spíše u mladších pacientů, stále chybí velké multicentrické studie a hlavně dlouhodobá data.

Dlouhodobé zkušenosti jsou však s jinou nefarmakologickou léčbou FS, a to léčbou chirurgickou. 15letá úspěšnost původních maze operací u pacientů se současnou operací pro mitrální vadu dosahuje až 70–95%. V současnosti se provádějí perioperační ablace jako modifikace původních maze operací. Ty se mohou velmi lišit způsobem provádění lézí, druhem použité energie, endo- či epikardiálních přístupem. Úspěšnost všech způsobů je vysoká, riziko komplikací nízké. V doporučeních se jasná indikace k perioperační ablaci FS skrývá za formulaci „ablace byla široce přijata“. Výkon není zatím indikován jako samostatný, bez jiné současné kardiokirurgické operace.

MUDr. Robert Čihák, CSc.

Klinika kardiologie IKEM

e-mail: roci@medicom.cz

Prevalence FS je téměř stejně vysoká jako je prevalence srdečního selhání. Obě onemocnění se často vyskytují současně. Je proto překvapivé, že v kapitole věnované FS ve speciálních případech srdeční selhání chybí. Pouze při farmakoterapii jsou uvedeny vhodná antiarytmika při srdečním selhání. Jedním z nejvýraznějších pokroků v léčbě SS je resynchronizační léčba, tato problematika je však zmíněna velmi okrajově. Není diskutována otázka resynchronizační léčby při FS ani dopad této léčby na výskyt FS. Chybění kapitoly o srdečním selhání vyniká ve srovnání se samostatnou kapitolou o WPW syndromu. Zde by naopak stačilo konstatování, že při současné FS je indikována ablace akcesorní dráhy.

I když jsou současná doporučení pro léčbu pacientů s FS jako celek nepochybně velmi přínosná, je patrná konzervativní převaha dávno používaných postupů. Malá pozornost je určitě věnována „upstream“ léčbě a zejména FS u srdečního selhání. I když v indikacích je již výrazný posun k nefarmakologické léčbě, rozsah textu věnovaný této problematice výrazně pokulhává za mnohastránkovými kapitolami, věnovanými léčbě farmakologické. Situace asi odráží

rozpor mezi tím, co je dnes možné a mezi tím, co je reálné provádět v širším měřítku. I když jsou ablace v kontrole rytmu účinnější než antiarytmika, jsou a v nejbližší době budou ablace jistě dostupné jen malé části nemocných s FS. Ohromný pokrok v nefarmakologické léčbě FS a možná i jen malý přínos nových doporučení v této oblasti vedl k publikaci samostatných „konsenzů“ pro katetrizační i chirurgickou ablací u FS⁽³⁾.

Literatura

1. Fuster V, Rydén LE, Cannom DS et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *Europace* 2006, 8: 651–745.
2. Fuster V, Rydén LE, Asinger RW et al. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *Circulation* 2001, 104: 2118–50.
3. Calkins H, Brugada J, Packer DL et al. HRS/EHRA/ECAS expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation: recommendations for personnel, policy, procedures, and follow-up. *Heart Rhythm* 2007, 4: 816–861.