

byla založena především na antiarytmické (AA) léčbě, provádění elektrické kardioverze a v menší míře na provedení katetrizační ablace. Terapie ve větvi s běžnou léčbou zahrnovala kontrolu srdeční frekvence, pouze v případě výrazných symptomů bylo doporučeno přistoupit ke kontrole srdečního rytmu. Výsledky 5letého sledování studie ukázaly, že časně zahájená kontrola srdečního rytmu u recentně diagnostikované FiS byla spojena s nižším rizikem primárního kompozitního cíle studie, který zahrnoval úmrtí z kardiovaskulární příčiny, cévní mozkovou příhodu, hospitalizaci pro srdeční selhání nebo akutní koronární syndrom. Výskyt primárního cíle byl 3,9 vs. 5,0 na 100 paciento-roků ve prospěch časně strategie kontroly srdečního rytmu (absolutní rozdíl 1,1 na 100 paciento-roků; HR 0,79, [0,66–0,94]; $P = 0,005$).

V minulém roce na tuto primární publikaci navázala série dalších, které vyšly v renomovaných odborných časopisech a které představily výsledky předem definovaných subanalýz studie. Cílem tohoto přehledu je shrnout poznatky těchto subanalýz.

Rozbor strategie kontroly srdečního rytmu

Analýza Metznera et al. (6) se týkala detailního rozboru způsobů léčby používaných v obou větvích studie. Antikoagulační léčbu užívalo více jak 90 % pacientů a nebyl v ní žádný rozdíl mezi oběma léčebnými rameny. To je velmi důležité, protože z tohoto důvodu byla velmi často kritizována studie AFFIRM (7), v které bylo po obnově sinusového rytmu doporučováno vysazení antikoagulační léčby. To není z dnešního pohledu správný postup a mohl nepříznivě ovlivnit výsledky této studie.

Použití léčby AA se ve studii EAST-AFNET 4 výrazně lišilo mezi oběma léčebnými větvemi. V rameni s časnou strategií kontroly srdečního rytmu byla AA terapie použita u 84 % nemocných, naopak ve větvi s běžnou léčbou pouze ve 14 %. Ablace FiS byla provedena u 14 % nemocných ve větvi s časnou kontrolou srdečního rytmu a 12 % v rameni s běžnou léčbou. Ačkoliv se vlastní způsob strategie kontroly rytmu lišil mezi centry (např. typ používaných AA, katetrizační ablace atd.), volba terapie odpovídala v naprosté většině případů

současným doporučeným postupům. Mimo studované intervence, ke které byli nemocní randomizováni, nebyl nalezen žádný jiný faktor, který by vysvětlil příznivý efekt na prognózu. Z hlediska nákladů je důležité, že prospěch z časně kontroly rytmu byl dosažen s pouze mírným nárůstem počtu návštěv (běžná léčba – 0,39 návštěv/pacienta/rok; časná kontrola rytmu – 0,45 návštěv/pacienta/rok, $P < 0,001$). Rozdíl mezi rameny byl způsoben především nevyžádanými kontrolami při zachytu recidivy FiS při EKG monitoraci.

Vliv symptomů na efekt léčby FiS

Přítomnost symptomů byla až dosud hlavní indikací k volbě strategie kontroly srdečního rytmu (2). U asymptomatických nemocných byla doporučována pouze kontrola srdeční frekvence. Pacienti zařazení ve studii EAST-AFNET 4 byli ve 30 % asymptomatictí. To odpovídá proporcím, které jsou uváděny ve velkých studiích jako byla AFFIRM (7) a registrech – např. GARFIELD AF a ORBIT-AF (8). Rozdíly mezi symptomatickými a asymptomatickými pacienty se zabývala subanalýza, kterou publikovali Willems et al. (9). Jak se z klinického pohledu asymptomatictí a symptomatictí nemocní liší? Skóre CHADS₂Vasc bylo v obou skupinách okolo 3. Asymptomatictí

pacienti byli většinou starší muži s neparoxysmální formou arytmie nebo bez srdečního selhání. U poloviny asymptomatických pacientů byla FiS klasifikována jako „nově diagnostikovaná“, a proto není překvapením, že tato skupina měla před randomizací vyšší frekvenci cévní mozkové příhody a méně pokusů o obnovení sinusového rytmu pomocí kardioverze. Asymptomatictí i symptomatictí pacienti byli ve studii léčeni obdobně, například katetrizační ablaci podstoupilo 19 % asymptomatických pacientů a 19,3 % symptomatických nemocných. Z hlediska primárního cíle studie nebyl rozdíl, zda pacient měl či neměl symptomy. Přínos z časně kontroly rytmu byl shodný v obou skupinách (P pro interakci 0,848), a proto by časná kontrola rytmu měla být nemocným nabídnuta bez ohledu na přítomnost symptomů.

Vliv formy FiS na strategii léčby a prognózu

Podle časového průběhu se rozlišuje arbitrárně několik forem FiS. Paroxysmální forma je charakterizována záchvaty, které končí do 1 týdne (spontánně nebo intervencí). Perzistující forma trvá více jak 1 týden, ale méně než jeden rok. Dále bývá rozlišována ještě dlouhodobě perzistující forma, kdy arytmie trvá více jak rok. Přesná forma FiS není často

Obr. 1. Celkové výsledky studie EAST-AFNET4. Upraveno z Kirchof et al. (5)

