

v době stanovení diagnózy známa a navíc se může během času měnit. Proto se v těchto případech doporučuje použít termín „nově diagnostikovaná FiS“. Vedle formy časového průběhu arytmie je důležité i zhodnocení celkové zátěže FiS (tzv. burden). Pokud se u pacientů, kteří mají implantabilní EKG monitor, porovnávají symptomy se skutečným výskytem arytmie, je obvykle celková zátěž FiS výrazně podhodnocena. Ačkoliv může být přesná klasifikace FiS u individuálního pacienta někdy obtížná, má forma časového průběhu FiS klinický význam. U paroxysmální formy je obecně snadnější udržení sinusového rytmu než u formy perzistující, a také úspěšnost katetrizační ablace je vyšší.

Vlivem formy časového průběhu FiS se zabývala subanalýza, kterou publikovali Goette et al. (10). Forma FiS byla u pacientů ve studii EAST-AFNET 4 určena při randomizaci a většina pacientů (38 %) byla klasifikována jako „nově diagnostikovaná“, následovaná paroxysmální v 36 % a perzistující v 27 %. Studie nehodnotila celkovou zátěž (burden) FiS. Klinické charakteristiky a antikoagulační léčba se zásadně mezi typy FiS nelišily. Lišila se však doba od stanovení diagnózy FiS a zařazení do studie – ve skupině s nově diagnostikovanou FiS to bylo průměrně 7 dní a u pacientů s paroxysmální a perzistující FiS to bylo 60 a 77 dní.

Důležitým zjištěním bylo, že snížení primárního cíle studie bylo kontrolou srdečního rytmu dosaženo u všech pacientů s FiS, a to bez ohledu na její formu. Nicméně u pacientů s nově diagnostikovanou FiS bylo pozorováno při časně kontrole rytmu prodloužení hospitalizace a vyšší riziko vzniku akutního koronárního syndromu. Navíc zlepšení kvality života bylo ve skupině s nově diagnostikovanou FiS menší než u pacientů klasifikovaných jako paroxysmální či perzistující FiS. Tato zjištění lze interpretovat tak, že pacienti s nově diagnostikovanou FiS mají obecně nejvyšší riziko komplikací. V registru EORP-AF byla nově diagnostikovaná FiS asociovaná s podobným rizikem mortality jako u nemocných s permanentní formou FiS (11). Obecně je riziko komplikací nejvyšší v prvním měsíci od stanovení diagnózy FiS a poté klesá (12). V tomto období by se měla léčba zaměřit spíše na základní kardiovaskulární onemocnění a přidružené

choroby, než na strategii léčby FiS. To platí minimálně do doby, než bude možno stanovit diagnózu buď paroxysmální nebo perzistující FiS. Následně je však důležité se i u pacientů s perzistující FiS pokusit o obnovu a udržení sinusového rytmu.

Klíčové komponenty příznivého efektu časně kontroly rytmu

Sub-analýza Eckharta et al. (13) si položila otázku, která z komponent strategie časně kontroly rytmu vedla k příznivému ovlivnění prognózy pacientů. Autoři pro tento účel vytvořili predikční model a z něj vyplynulo, že hlavním faktorem odpovídajícím za 81 % příznivého efektu léčby byla přítomnost sinusového rytmu ve 12. měsíci studie. U pacientů, u kterých ve 12. měsíci nebyl přítomen sinusový rytmus, neovlivnila časná strategie kontroly rytmu primární cíl studie (HR 0,94, 95% CI 0,65–1,67). Ostatní faktory jako hodnota systolického krevního tlaku či přítomnost recidiv FiS vysvětlovaly pouze malou část efektu léčby. V analýze nebyl zjištěn vliv katetrizační ablace na prognózu nemocných, nicméně intervenční léčbou byl ve studii léčen pouze menší počet pacientů (24 %). Tuto analýzu lze interpretovat tak, že příznivý efekt časně kontroly srdečního rytmu je podmíněn obnovením sinusového rytmu a cílem léčby FiS by tedy mělo být časně a trvalé obnovení sinusového rytmu.

Vliv srdečního selhání a ejekční frakce levé komory

Subanalýza, kterou publikovali Rillig et al. (14) zahrnovala 798 pacientů, u kterých byly přítomny symptomy srdečního selhání (NYHA II nebo III) nebo snížená ejekční frakce levé komory (LK) < 50 %. Většina pacientů (55 %) zahrnutých do analýzy měla srdeční selhání se zachovalou funkcí LK s ejekční frakcí > 50 %, u 26 % byla ejekční frakce v rozmezí 40–49 % a 17 % nemocných mělo ejekční frakci LK < 40 %. Příznivý efekt časně kontroly rytmu na primární cíl studie byl pozorován ve všech podskupinách a přítomnost srdečního selhání jej neovlivnila (HR 0,74[0,56–0,97]; P = 0,03). Primární bezpečnostní cíl studie (úmrtí, mozková příhoda nebo závažná komplikace způsobená strategií kontroly rytmu) byl naplněn méně často při strategii časně kontroly

srdečního rytmu v porovnání s běžnou léčbou (HR 0,85 [0,62–1,17]; P = 0,33). Z těchto výsledků vyplývá, že AA léčba, pokud je vedena podle současných doporučených postupů, je i u pacientů se srdečním selháním bezpečná. Systolická funkce LK, symptomy a kvalita života se zlepšily v obou větvích studie – při strategii časně kontroly rytmu i při běžné léčbě. To lze vysvětlit tím, že v případě arytmií navozené kardiomyopatie byla i u nemocných randomizovaných k běžné léčbě umožněna strategie kontroly rytmu.

Vliv přidružených onemocnění

Další z prespecifikovaných analýz (15) se zabývala vlivem komorbidit. Autoři srovnali pacienty s vysokým CHA₂DS₂VASc skóre (≥ 4) a pacienty s nízkým výskytem přidružených onemocnění (tj. s nižším CHA₂DS₂VASc skóre). Primární cíl studie byl dosažen méně často především ve skupině s komorbiditami (HR 0,64 [0,51–0,81]; P < 0,001). Naopak u nemocných s nízkým CHA₂DS₂VASc skóre nebyl profit žádný (HR 0,93 [0,73–1,19]; P = 0,56). U nemocných s vysokým CHA₂DS₂VASc skóre se výskyt primárního bezpečnostního cíle studie (úmrtí, mozková příhoda nebo závažná příhoda způsobená strategií kontroly srdečního rytmu) nelišil mezi oběma strategiemi léčby. Na druhé straně u pacientů bez komorbidit (tj. s nízkým CHA₂DS₂VASc skóre) byl výskyt komplikací vyšší ve skupině se strategií časně kontroly rytmu. V této skupině bylo zjištěno vyšší riziko bradykardie, hospitalizací pro FiS a lékové toxicity, nebyl však rozdíl v život ohrožujících komplikacích. Absence přínosu léčby a vyšší riziko spojené s časnou kontrolou rytmu u pacientů s nízkým CHA₂DS₂VASc skóre se zdá být překvapující a bude třeba ho ověřit v dalších studiích. Nicméně, velkou roli mohl hrát fakt, že většina pacientů léčených strategií kontroly rytmu dostávala AA. Můžeme spekulovat, jaký by byl výsledek, pokud by byli léčeni katetrizační ablací. Zatím tato data naznačují, že i u nízkorizikových nemocných je třeba pečlivě sledovat nežádoucí účinky AA léčby a ve vybraných případech tyto léky vysazovat (např. po úspěšné katetrizační ablací FiS).

Závěry

Studie EAST-AFNET 4 přinesla zásadní obrat v paradigmatu léčby FiS. Její výsledky