

Komentarz



dr hab. n. med. Anna Tomaszuk-Kazberuk

Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

W ostatnim czasie kilka badań populacyjnych oraz szeroko zakrojonych rejestrów dostarczyło interesujących danych na temat częstości występowania, chorobowości oraz rokowania u pacjentów z niezastawkowym migotaniem przedsionków (AF, *atrial fibrillation*) [1, 2]. Jakkolwiek trzeba dodać, że dane dotyczące polskich pacjentów są raczej ograniczone. Dlatego uważam, że Autorzy badania podjęli ważny temat, zwłaszcza wobec faktu, że AF jest najczęstszą utrwaloną arytmia, a liczba chorych zwiększy się co najmniej 2-krotnie do 2050 roku.

Omawiana praca dostarcza istotnych i szczegółowych informacji na temat chorób towarzyszących arytmii. Oczywiście analizowana populacja stanowi heterogenną grupę – począwszy od pacjentów w ciężkim stanie ogólnym, a skończywszy na chorych w stabilnym

stanie przyjętych do szpitala w celu planowego wszczęcia stymulatora.

W większości rejestrów, podobnie jak w omawianej pracy, AF jest związane z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka i jest to najczęściej nadciśnienie tętnicze [1, 2]. Według rejestru z Kliniki Kardiologii w Białymstoku 97% chorych było obciążonych co najmniej jednym czynnikiem ryzyka. Około połowa miała chorobę wieńcową i niewydolność serca. Co trzeci pacjent był otyły i chorował na cukrzycę lub niedokrwistość [3]. Podobnie w pracy dr Gorczy-Michy i wsp. z AF najczęściej współistniały nadciśnienie tętnicze (u 74,8% chorych), choroba niedokrwienna serca (u 56,7%) oraz niewydolność serca (u 54,8%). Przytaczane odsetki są zgodne ze stwierdzonymi w *Euro Heart Survey*, gdzie u 90% pacjentów występowały choroby towarzyszące, z nadciśnieniem tętniczym jako najczęściej występującym [4].

Szczególnie często w omawianej pracy AF wiązało się z niewydolnością serca i jej zaostrzeniem [2, 4]. W rejestrze GARFIELD niewydolność serca występowała u 21% pacjentów z AF. Objęta nim populacja była w podobnym wieku, co pacjenci w prezentowanym badaniu, a znacznie niższy odsetek chorych z niewydolnością serca być może wynikał z faktu, że do rejestru GARFIELD są włączani chorzy z nowo rozpoznany AF [5]. Co interesujące, w szwedzkim rejestrze wykazano, że choroby towarzyszące, które nie są uwzględnione w skali CHA_2DS_2-VASc , takie jak nowotwory, przewlekła choroba nerek czy przewlekła obturacyjna choroba płuc najbardziej, wpływały na śmiertelność [6].

Analiza typów AF jest ważnym zagadnieniem, ponieważ wiąże się z odmiennym postępowaniem terapeutycznym. Jest niewiele badań wskazujących na różnice w charakterystyce populacji i postępowaniu u chorych z poszczególnymi typami AF [2]. W omawianej populacji najczęstsze było utrwalone AF, podobnie jak w rejestrach AFNET i PREFER [2, 7], natomiast w greckim rejestrze RAFTING oraz w analizie białostockiej dominował typ napadowy [8]. Nieuwlaat i wsp. [4] wykazali, że pacjenci z utrwalonym AF byli starsi, częściej mieli objawy niewydolności serca i cukrzycę oraz przebyli udar niedokrwienny. Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic w zakresie zapadalności na chorobę wieńcową, w tym częstości przebytego zawału oraz rewaskularyzacji. Przewlekła choroba nerek także występowała z podobną częstością. Zbieżne dane opublikowano także na podstawie rejestru AFNET [2]. Jednak w większości dużych rejestrów napadowy typ AF wyraźnie się wiązał z mniejszą liczbą chorób towarzyszących.

Różnice między kobietami i mężczyznami w zakresie epidemiologii są ewidentne i opisywano je już w kilku publikacjach [1, 9, 10]. Według rejestru EORP-AF kobiety z AF są starsze, częściej mają niewydolność serca pochodzenia pozawieńcowego oraz niewydolność z zachowaną funkcją skurczową lewej komory [1]. Podobnie w rejestrze *Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation* występowało u nich więcej chorób towarzyszących oraz częściej diagnozowano niewydolność z zachowaną funkcją skurczową [10]. Według EORP-AF i *Euro Heart Survey* nie odnotowano różnic pod względem typu AF między mężczyznami i kobietami [1, 10].

Pod względem ryzyka udaru ocenianego za pomocą CHA_2DS_2-VASc polska populacja chorych z AF jest podobna do europejskiej; punktacja w omawianej skali wynosi, odpowiednio, 3,7 i 3,4 punktu. Natomiast ryzyko krwawienia według skali HAS-BLED ocenia się na 2,1 punktu w Polsce i 2,0 punktu w Europie [7].

Analiza danych demograficznych, częstości występowania schorzeń współistniejących oraz ryzyka zakrzepowo-zatorowego i ryzyka powikłań krwotocznych u hospitalizowanych chorych z AF pozostaje sprawą bardzo aktualną. To właśnie

w badaniach populacyjnych udowodniono, że AF jest niezależnym czynnikiem podwyższonego ryzyka zgonu. Dane z badania *Framingham* dowiodły 1,5–1,9-krotnego wzrostu śmiertelności u pacjentów z AF – zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn – niezależnie od wieku, a także po uwzględnieniu chorób towarzyszących.

Piśmiennictwo

1. Lip G.Y., Laroche C., Boriani G. i wsp. Sex-related differences in presentation, treatment, and outcome of patients with atrial fibrillation in Europe: a report from the Euro Observational Research Programme Pilot survey on Atrial Fibrillation. *Europace* 2015; 17: 24–31.
2. Nabauer M., Gerth A., Limbourg T. i wsp. The Registry of the German Competence NETwork on Atrial Fibrillation: patient characteristics and initial management. *Europace* 2009; 11: 423–434.
3. Łopatowska P., Tomaszuk-Kazberuk A., Młodawska E. i wsp. Management of patients with valvular and non-valvular atrial fibrillation in Poland: results from Reference Cardiology University Centre. *Cardiol. J.* 2015; 22: 296–305.
4. Nieuwlaat R., Capucci A., Camm A.J. i wsp. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC member countries: the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Eur. Heart J.* 2005; 26: 2422–2434.
5. Kakkar A.K., Mueller I., Bassand J.P. i wsp. Risk profiles and antithrombotic treatment of patients newly diagnosed with atrial fibrillation at risk of stroke: perspectives from the international, observational, prospective GARFIELD registry. *PLoS One* 2013; 8: e63479.
6. Andersson T., Magnuson A., Bryngelsson I.L. i wsp. All-cause mortality in 272,186 patients hospitalized with incident atrial fibrillation 1995–2008: A Swedish nationwide long-term case-control study. *Eur. Heart J.* 2013; 34: 1061–1067.
7. Kirchhof P., Ammentorp B., Darius H. i wsp. Management of atrial fibrillation in seven European countries after the publication of the 2010 ESC Guidelines on atrial fibrillation: primary results of the PREvention of thromboembolic events: European Registry in Atrial Fibrillation (PREFER in AF). *Europace* 2014; 16: 6–14.
8. Farmakis D., Pipilis A., Antoniou A. i wsp. Clinical profile and therapeutic management of patients with atrial fibrillation in Greece: Results from the Registry of Atrial Fibrillation to Investigate New Guidelines (RAFTING). *Hellenic J. Cardiol.* 2013; 54: 368–375.
9. Avgil Tsadok M., Jackevicius C.A., Rahme E. i wsp. Sex differences in stroke risk among older patients with recently diagnosed atrial fibrillation. *JAMA* 2012; 307: 1952–1958.
10. Dagres N., Nieuwlaat R., Vardas P.E. i wsp. Gender-related differences in presentation, treatment, and outcome of patients with atrial fibrillation in Europe: a report from the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2007; 49: 572–577.