

# Co mówią wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące migotania przedsionków?

## What's new in the current European Society of Cardiology guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation?

Przemysław Mitkowski

I Klinika Kardiologii, Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### STRESZCZENIE

Nowości w wytycznych ESC dotyczących migotania przedsionków (AF) opublikowanych w 2020 roku wprowadzają szereg zmian dotyczących diagnostyki i terapii. Rozpoznanie klinicznej postaci tej arytmii jest możliwe na podstawie standardowego, 12-odprowadzeniowego, zapisu EKG lub powierzchniowego jednokanałowego zapisu EKG, w którym arytmia trwa minimum 30 sekund. W obydwu przypadkach nie można rozpoznać załamków P, a odstępy RR są nieregularne (poza przypadkami z zaburzeniami przewodzenia przedsionkowo-komorowego). Subkliniczne AF (zapisane w pamięci urządzeń wszczepialnych) wymaga dalszego potwierdzenia, a wskazania do leczenia przeciwkrzepliowego należy ustalić indywidualnie na podstawie ryzyka zakrzepowo-zatorowego i ładunku tego zaburzenia rytmu. W każdym przypadku rozpoznania AF należy określić: ryzyko udaru, nasilenie objawów, częstość występowania oraz podłoże. Leczenie opiera się na stosowaniu leków przeciwkrzepliwych, zmniejszeniu nasilenia objawów (kontrola częstotliwości, kontrola rytmu) oraz leczeniu chorób współistniejących i eliminacji czynników ryzyka. Ponadto w wytycznych przedstawiono zasady postępowania w szczególnych sytuacjach klinicznych.

**Słowa kluczowe:** migotanie przedsionków, wytyczne ESC  
Kardiol. Inwazyjna 2020, 15 (4), 192–194

### ABSTRACT

The novelties in the European Society of Cardiology guidelines on atrial fibrillation (AF) published in 2020 introduce numerous changes in terms of diagnosis and therapy. Recognition of clinical AF is based on a standard 12-lead ECG recording or a single-lead ECG tracing lasted  $\geq 30$  s showing heart rhythm with no discernible repeating P waves and irregular RR intervals when atrioventricular conduction is not impaired). Diagnosis of subclinical AF is based on arrhythmia strips stored in a memory of implanted devices, should be confirmed and indication for anticoagulation should be established on individual basis taking into consideration thrombotic risk and arrhythmia burden. When AF is diagnosed it should be characterized as stroke risk, severity of symptoms, burden and substrate. Treatment includes anticoagulation, better symptom control (rate control vs. rhythm control), comorbidity control and cardiovascular risk factors control. In addition, the guidelines include the recommendations for specific clinical situations.

**Key words:** atrial fibrillation, ESC guidelines  
Kardiol. Inwazyjna 2020, 15 (4), 192–194

### Antykoagulacja

Opublikowane wytyczne Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC, *European Society of Cardiology*) zmieniają nieco kryteria rozpoznania migotania przedsionków (AF, *atrial fibrillation*) [1]. Arytmię tę można zdiagnozować na podstawie standardowego zapisu 12-odprowadzeniowego EKG lub powierzchniowego jednokanałowy zapis EKG, w którym arytmia trwa minimum 30 sekund. W zapisie nie można rozpoznać załamków P, a odstępy RR są nieregularne (z wyłączeniem przypadków z zaburzeniami przewodzenia przedsionkowo-komorowego). Przytoczone

wyżej kryteria dotyczą rozpoznania „klinicznego” AF. Dodatkowo wytyczne definiują „subkliniczne” AF, czyli takie, które zostało rozpoznane na bazie danych z pamięci urządzeń wszczepialnych, w tym implantowalnych rejestratorów zdarzeń. Po potwierdzeniu występowania AF należy je scharakteryzować, oceniając ryzyko wystąpienia udaru, nasilenie objawów związanych z obecnością tej arytmii, częstością występowania napadów, czasu ich trwania i ładunku obciążenia tą arytmia oraz schematu czasowego (napadowe, przetrwałe, utrwalone), a także określić podłoże arytmii — substrat: choroby współistniejące, czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego, występowanie kardiomiopatii przedsionkowej.

W przypadku rozpoznania klinicznego AF decyzję o długotrwałym stosowaniu doustnych leków przeciwkrzepliwych podejmuje się na podstawie skali CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. Jeśli nie ma przeciwwskazań do stosowania tej grupy leków, należy je wdrożyć u mężczyzn z wartością ryzyka 2 w tej skali, a u kobiet 3. W przypadku wartości odpowiednio 1 i 2 należy rozważyć leczenie doustnymi lekami przeciwkrzepliwymi. Autorzy zniechęcają do używania terminów: zastawkowe i niezastawkowe migotanie przedsionków, które miały wskazywać na chorych z przeciwwskazaniami i wskazaniami do leczenia bezpośrednimi inhibitorami czynników krzepnięcia (NOAC, *novel oral anticoagulants*), ponieważ określenia te wzbudzały spore zamieszanie. W przypadku występowania AF w kategorii EHRA 1 (EHRA, *Evaluated Heartvalve Rheumatic or Artificial*) wszczepiona proteza mechaniczna zastawki serca lub umiarkowana do ciężkiej stenoza mitralna, należy stosować wyłącznie antagonistów witaminy K (VKA, *vitamin K antagonists*); w pozostałych przypadkach (EHRA 2) można stosować zarówno VKA, jak i NOAC. Dodatkowo w przypadku rozpoczęcia terapii leki z grupy NOAC są bardziej preferowane niż VKA, o ile nie ma przeciwwskazań do stosowania tych pierwszych. W przypadku, podjęcia decyzji o leczeniu VKA należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika pozostawania w zakresie terapeutycznym na poziomie co najmniej 70% (TTR, *time in therapeutic range*). Kiedy wartość tego wskaźnika wynosi < 70%, należy, o ile to możliwe, zastąpić VKA lekami z grupy NOAC lub w niższym poziomie rekomendacji dążyć do podwyższenia wartości wskaźnika poprzez edukację pacjenta, częste konsultacje i pomiary INR (*international normalized ratio*). Autorzy podkreślają, że występowanie czynników ryzyka krwawienia nie stanowi wystarczającej przesłanki do zaprzestania leczenia przeciwkrzepliwego w prewencji udaru mózgu u chorych z AF, powinno jednak skłaniać do eliminacji lub zmniejszenia nasilenia tych czynników ryzyka.

Leczenie przeciwkrzepliwie u chorych z subklinicznym AF powinno się rozważyć na podstawie indywidualnej oceny pacjenta bazującej na analizie

ryzyka zakrzepowo-zatorowego oraz czasu trwania i ładunku migotania przedsionków. Poza metodami farmakologicznymi, u chorych z przeciwwskazaniami do leczenia przeciwkrzepliwego, można rozważyć zastosowanie okluderów uszka lewego przedsionka.

## Farmakologiczna kontrola rytmu

Pierwszym filarem terapii pacjentów z AF jest ochrona przed udarem mózgu, drugim — lepsza kontrola objawów związanych z wystąpieniem tej arytmii, a trzecim — leczenie chorób i stanów towarzyszących, w tym redukcja otyłości. Dla kontroli objawów stosuje się dwie strategie: kontrola częstotliwości i kontrola rytmu serca. Preferencje pacjenta stanowią centralny element postępowania. Pierwszym celem jest uzyskanie kontroli częstotliwości rytmu serca, która nie powinna przekraczać 110 uderzeń/minutę w spoczynku. Jest to możliwe przy zastosowaniu leków betaadrenolitycznych, preparatów naparstnicy, diltiazemu lub werapamilu albo kombinacji wymienionych grup leków. Jako ostatnią linię terapii można zastosować amiodaron. Strategia kontroli częstotliwości jest podstawowa u wszystkich pacjentów z AF, u chorych bezobjawowych, lub tylko z niewielkimi objawami, oraz u tych, u których strategia kontroli rytmu zawiodła lub u których ryzyko związane z przywróceniem rytmu zatokowego przewyższa korzyści. U pacjentów wciąż objawowych mimo uzyskania pierwszego progu kontroli częstotliwości rytmu (< 110/min) można rozważyć dalsze obniżanie częstotliwości do wartości < 80/min oraz wszczepienie układu CRT (*cardiac resynchronisation therapy*) w ewentualnym połączeniu z ablacją węzła przedsionkowo-komorowego. U pacjentów z frakcją wyrzutową lewej komory < 40% rekomendowanymi lekami dla kontroli częstotliwości są beta-adrenolityki i digoksyna.

Głównym celem strategii opartej na kontroli rytmu jest również ograniczenie objawów i poprawa jakości życia. Czynniki zachęcającymi do przyjęcia tej strategii postępowania są: młodszy wiek, pierwszy epizod AF lub krótki wywiad w kierunku występowania tej arytmii, wystąpienie kardiomiopatii tachyarytmicznej, niewielkie powiększenie lewego przedsionka, brak lub występowanie pojedynczych chorób towarzyszących, trudności z kontrolą częstotliwości, sytuacja, w której migotanie przedsionków pojawiło się w związku z przejściowymi zmianami stanu zdrowia oraz preferencje pacjenta. Do przywrócenia rytmu zatokowego stosuje się kardiowersję elektryczną lub farmakologiczną (flekainid, propafenon, vernakalant, amiodaron i ibutyliid). Vernakalant nie powinien być stosowany u chorych z niedawno przeżytym ostrym zespołem wieńcowym lub ciężką niewydolnością serca, a flekainidu oraz propafenonu nie należy stosować u pacjentów z ciężką strukturalną chorobą serca. W celu długookresowej

kontroli rytmu serca (utrzymanie rytmu zatokowego) można stosować: amiodaron, propafenon, dronedaron, sotalol, disopiramid. Należy jednak pamiętać, że wymienione leki mają sporo działań niepożądanych oraz istnieje wiele przeciwwskazań do ich stosowania. Szczegółowe informacje można znaleźć w stosownej tabeli w zaleceniach ESC oraz w charakterystyce produktu leczniczego.

## Ablacja

Izolacja żył płucnych stała się w ostatnich latach powszechną metodą w leczeniu chorych z migotaniem przedsionków przy wyborze strategii kontroli rytmu serca (przywrócenia i utrzymania rytmu zatokowego). Co do zasady – ablacja w klasie I wskazań dotyczy chorych, u których terapia farmakologiczna nie odniosła spodziewanego skutku. Istnieją dwa wyjątki od tej zasady: 1) sytuacja, w której napadowemu lub przetrwałemu migotaniu przedsionków towarzyszy obniżona frakcja wyrzutowa (LVEF, *left ventricular ejection fraction*)  $\leq 40\%$  w celu odwrócenia dysfunkcji lewej komory, o ile istnieje wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia tachykardiomiopatii oraz 2) wybrane przypadki pacjentów z przetrwałym migotaniem przedsionków i dużymi czynnikami ryzyka nawrotu tej arytmii. Uwzględniając preferencje pacjenta, izolację żył płucnych należy rozważyć u chorych z napadowym migotaniem przedsionków i można rozważyć u tych z przetrwałym AF, u których nie stwierdza się występowania dużych czynników ryzyka nawrotu tej arytmii.

## Sytuacje szczególne

Poza ogólnymi zasadami postępowania w wytycznych przedstawiono zasady postępowania w szczególnych sytuacjach klinicznych. Nie sposób ich wszystkich wymieniwać, a co dopiero omówić. Warto sięgnąć w tym zakresie po szczegółową lekturę wytycznych ESC. Poniżej przedstawiono kilka ogólnych zasad.

W przypadku ostrych zespołów wieńcowych i angioplastyki wieńcowej (PCI, *percutaneous coronary intervention*) należy dążyć do skrócenia czasu stosowania potrójnej terapii przeciwkrzepliwej. Kwas acetylosalicylowy powinien być stosowany nie dłużej niż 7 dni, a w wybranych przypadkach z wysokim ryzykiem zakrzepowym, ocenionym na podstawie parametrów klinicznych i technicznych zabiegu PCI, nie dłużej niż miesiąc. Nadal nie należy stosować

prasugrelu i kłopidogrelu w połączeniu z doustnymi antykoagulantami.

U większości pacjentów po udarze niedokrwiennym w przebiegu AF powrót do leczenia przeciwkrzepliwego jest możliwy po 14 dniach od zdarzenia, jednak decyzja powinna być podejmowana indywidualnie przez wielodyscyplinarny zespół — grupę udarową.

Niedokrwistość jest niezależnym predyktorem wystąpienia dużego krwawienia w trakcie stosowania doustnych leków przeciwkrzepliwych, uzyskiwania niższych wartości TTR oraz braku zmniejszenia ryzyka wystąpienia epizodów zakrzepowo-zatorowych. Trombocytopenia wymaga podejścia multidyscyplinarnego, a liczba płytek  $< 50\ 000/\mu\text{l}$  nie pozwala na stosowanie NOAC.

Migotanie przedsionków jest najczęstszą arytmią w ciąży, zwłaszcza u kobiet z wrodzoną wadą serca lub w starszym wieku. Zwiększa ryzyko zgonu matki i płodu. Zaburzenia hemodynamiczne u ciężarnej i płodu są spowodowane wysoką częstotliwością rytmu. Obserwuje się też w tej grupie zwiększone ryzyko zakrzepowo-zatorowe. Nowe doustne leki przeciwzakrzepowe są przeciwwskazane u kobiet w ciąży. W celu przywrócenia rytmu zatokowego u ciężarnych z migotaniem przedsionków należy wykonać kardiowersję elektryczną, ewentualnie podać flekainid lub ibutilid. Dla utrzymania rytmu zatokowego można stosować: flekainid, propafenon lub sotalol. Kontrolę częstotliwości w tej grupie uzyskuje się za pomocą leków beta-adrenolitycznych (metoprolol, bisoprolol), werapamilu lub digoksyny.

Raz jeszcze zachęcam zainteresowanych do szczegółowej lektury zaleceń ESC.

## Piśmiennictwo:

1. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J.* 2020; 612. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612.

### Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski  
I Klinika Kardiologii  
UM im. K. Marcinkowskiego  
ul. Długa 1/2, 61–848 Poznań  
e-mail: przemyslaw.mitkowski@ump.edu.pl