

Wytyczne ESC 2010 dotyczące postępowania w migotaniu przedsionków — co nowego?

prof. dr hab. n. med. Piotr Kułakowski

Klinika Kardiologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Szpital Grochowski, Warszawa

Szanowni Czytelnicy,

Podczas tegorocznego kongresu w Sztokholmie Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC) udostępniło 5 nowych dokumentów dotyczących postępowania w różnych jednostkach chorobowych, czyli tzw. wytyczne. Jedne z nich dotyczą migotania przedsionków (AF) — powszechnej arytmii, występującej u 1–2% całej populacji. Wytyczne te, opublikowane w październikowym numerze *European Heart Journal* (2010; 31: 2369–2429) przyniosły sporo nowych informacji i w wielu aspektach różnią się od poprzedniej wersji, opublikowanej w 2006 roku, co nie dziwi, gdyż przez 4 lata osiągnięto istotny postęp w ocenie ryzyka i leczeniu AF. Poniżej chciałbym podsumować najważniejsze zmiany.

Przede wszystkim zmodyfikowano podział AF. Obecnie wyróżnia się 5 rodzajów tej arytmii: (1) po raz pierwszy wykryte AF; (2) napadowe AF; (3) przetrwałe AF; (4) długotrwałe przetrwałe AF i (5) utrwalone (przewlekłe) AF. Jak każdy podział, tak i ten jest niedoskonały oraz nie do końca logiczny, gdyż w rzeczywistości występują 4 typy AF, ponieważ pierwsza postać, nowo wykryte AF, może być zarówno arytmią napadową, jak i przetrwałą lub utrwaloną. Mimo wszystko istnieje pewien postęp w stosunku do podziału sprzed 4 lat, gdyż eksperci uwzględnili różnicę między przetrwałym AF, trwającym niedługo (kilkanaście dni czy kilka tygodni), a długotrwałą arytmia, utrzymującą się ponad rok, gdzie przebudowa lewego przedsionka i inne następstwa zwykle są silnie zaznaczone. Definicja napadowego AF nie zmieniła się i dalej znajduje się w niej zarówno kryterium ustępowania arytmii (samoustępujące), jak i kryterium czasowe — do 7 dni. Wspomniany okres 7 dni jest powtarzany w piśmiennictwie i wytycznych od wielu lat, a wcale nie jest oparty na przesłankach patofizjologicznych lub klinicznych. Tak definiowano napadowe AF w wielu pracach sprzed lat, badających skuteczność leków antyarytmicznych, i tak już zostało. Czyli chory z AF, które umiarowi się samoistnie w 6. dobie trwania arytmii, ma napadową postać arytmii, ale jeśli samoistnie umiarowi się ona po 8 dniach trwania, występuje forma przetrwałą arytmii; klinicznie różnica może być żadna. Na szczęście,

ekspersi wskazują, że napadowe AF najczęściej ustępuje samoistnie po 48 godzinach, ale to nie zmienia wyżej przytoczonych definicji.

Drugim istotnym nowym elementem jest wprowadzenie skali EHRA opisującej nasilenie objawów związanych z AF. Wyróżnia się tu 4 klasy: I — bezobjawowe AF; II — objawy umiarkowane, niezaburzające codziennych czynności; III — objawy nasilone, zaburzające codzienną aktywność; oraz IV — ciężkie objawy uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności. Ta skala wydaje się prosta (wręcz prymitywna), ale moim zdaniem, jest bardzo ważna, gdyż musi być używana podczas podejmowania wielu decyzji terapeutycznych, chociażby pozostawienie AF v. przywracanie rytmu zatokowego. Jeśli wszyscy lekarze będą posługiwali się tą prostą skalą, to znajdziemy wspólny język w opisywaniu objawów związanych z AF u danego chorego.

Istotne zmiany dotyczą profilaktyki przeciwzakrzepowej u chorych z AF. Nadal oczywiście obowiązuje skala CHADS₂, która określa ryzyko wystąpienia powikłań zatorowo-zakrzepowych. Dla przypomnienia, składa się ona z takich parametrów, jak: obecność objawów niewydolności serca (1 pkt), nadciśnienie (1 pkt), wiek ≥ 75 lat (1 pkt), cukrzyca (1 pkt) i przebyty udar mózgu/TIA (2 pkt). Jeśli chory ma 2 pkt lub więcej, to powinien otrzymać długotrwałe leczenie przeciwzakrzepowe antagonistami witaminy K, natomiast jeśli te czynniki ryzyka nie występują, może pozostawać bez leczenia przeciwzakrzepowego, a nawet terapia przeciwplatekowa nie jest obowiązkowa. Jeśli jednak skala CHADS₂ wynosi 1, ryzyko roczne udaru nie jest zaniedbywalne (2,8%/rok), a rodzaj optymalnego leczenia nie jest do końca poznany, choć udo- wodniono przewagę antagonistów witaminy K nad kwasem acetylosalicylowym. Aby lepiej ocenić ryzyko w tej grupie chorych, ale także w innych grupach, w obecnych wytycznych skala ta została wzbogacona o kilka innych czynników ryzyka powikłań zatorowo-zakrzepowych, takich jak płeć żeńska, wiek 65–74 lat (1 pkt) oraz obecność choroby układu sercowo-naczyniowego (np. przebyty zawał serca, blaszki miażdżycowe w aorcie lub miażdżycza tętnic obwodowych).

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Piotr Kułakowski, Oddział Kliniczny Kardiologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Szpital Grochowski, ul. Grenadierów 51/59, 04–073 Warszawa, tel: +48 22 871 12 57, e-mail: kulak@kkcmkp.pl

Taka skala nazywa się teraz $CHA_2DS_2VAS_c$ i warto ją stosować w praktyce. W aktualnych wytycznych wyróżniono też osobno dwa główne czynniki ryzyka powikłań zatorowo-zakrzepowych u chorych z AF — przebyty udar/TIA/zatorowość obwodowa oraz wiek ≥ 75 lat. Podsumowując, w ocenie ryzyka powikłań zatorowo-zakrzepowych u chorych z AF nadal powinniśmy uwzględnić powyższe parametry, natomiast nie brać pod uwagę formy AF. Moim zdaniem, nie jest to do końca prawda, bo inne jest ryzyko powikłań zatorowo-zakrzepowych u chorego z jednym krótkotrwałym napadem AF, a inne u pacjenta z często nawracającymi napadami lub przetrwałym czy też utrwalonym AF, mimo takiej samej wartości skali $CHA_2DS_2VAS_c$. Być może w przyszłości i ten czynnik będzie również uwzględniony. W niniejszych wytycznych jest zresztą na ten temat niewielka wzmianka w tekście, że napady AF trwające $\geq 5,5$ godziny niosą ryzyko zatorowo-zakrzepowe.

Następna nowość to ocena ryzyka wystąpienia powikłań krwotocznych, co jest niezwykle ważne u chorych długotrwale leczonych przeciwzakrzepowo. W wytycznych proponuje się tu skalę HAS-BLED (również w punktach), zawierającą: nadciśnienie, nieprawidłową czynność nerek lub wątroby, przebyty udar, wywiad krwawienia, niestabilizowany INR, wiek > 65 lat i stosowanie innych leków lub spożywanie alkoholu (maksymalnie 9 pkt). Jak widać, część z tych parametrów to również czynniki ryzyka powikłań zatorowo-zakrzepowych, tak więc, jak zwykle, decyzja o włączeniu leczenia przeciwzakrzepowego u danego chorego musi być podejmowana indywidualnie, a ryzyko zatorowości i krwawienia — odpowiednio zbilansowane.

Nowe leki przeciwzakrzepowe wymienione są w tekście wytycznych, ale jeszcze nie ma ich w schematach leczniczych. Zapewne jest jeszcze na to rzeczywiście zbyt wcześnie, ale wyniki badania RE-LY z dabigatranem, bezpośrednim inhibitorem trombiny, wyraźnie wskazują, że w najbliższej przyszłości lek ten, a być może też badane obecnie inhibitory czynnika Xa, mogą zastąpić antagonistów witaminy K, a wytyczne będą wymagały rychłego uzupełnienia.

Nie ma wielu zmian, jeśli chodzi o przerywanie AF lub leki stosowane w celu kontroli rytmu komór w utrwalonym AF — tu jedynie wyróżniono sytuacje, w których jest zaleca-

na naparstnica (mało aktywny styl życia) lub inne leki, w zależności od istniejącej patologii sercowo-płucnej. Natomiast istotne zmiany nastąpiły w zaleceniach dotyczących leczenia przeciwartmicznego, stosowanego w celu utrzymania rytmu zatokowego. W wytycznych pojawił się nowy lek antyarytmiczny — dronedaron, i to jako możliwość stosowania go jako leku I rzutu w AF o różnym podłożu. Nie należy go stosować jedynie u chorych z niską frakcją wyrzutową i nasiloną (III/IV wg NYHA) lub niedawno zaostrożoną niewydolnością serca. W najbliższych latach okaże się, czy lek ten rzeczywiście zasługuje na tak wysoką pozycję, ale nadzieje są duże, zważywszy na dobrze udokumentowany profil bezpieczeństwa i niezłą skuteczność antyarytmiczną (ale słabszą niż amiodaronu). Wreszcie też w schematach leczenia antyarytmicznego znalazło się miejsce na standardowy lek beta-adrenolityczny (w poprzednich wytycznych ta oczywista możliwość była wymieniana jedynie w tekście, a nie w powszechnie prezentowanych schematach), zwłaszcza u chorych z tzw. „adrenergicznym” AF. W innych postaciach AF lek beta-adrenolityczny widnieje na schematach razem z inhibitorami konwertazy/sartanami i statynami jako element terapii ogólnej chorego z AF, i to jest bardzo celowe, gdyż jest to grupa leków o wprawdzie słabym działaniu przeciwartmicznym, ale za to charakteryzująca się dużym bezpieczeństwem.

Na koniec — rola ablacji u chorych z AF. W porównaniu z poprzednimi wytycznymi jest jedna istotna zmiana — ablację AF można rozważyć jako leczenie I rzutu (bez uprzednich prób farmakoterapii) u chorych z napadowym migotaniem przedsionków, bez choroby organicznej serca (klasa wskazań IIIb, poziom dowodów B). W innych sytuacjach ablację można rozważyć po przynajmniej jednej próbie nieskutecznego leczenia farmakologicznego (IIa A). Trzeba jednak pamiętać, że jest to technika, która cały czas się rozwija, niepozbawiona powikłań i możliwa do zastosowania tylko u niewielkiego odsetka chorych. A zatem farmakoterapia jeszcze długo pozostanie podstawowym leczeniem AF.

Podsumowując, nowe wytyczne sprawiają znacznie lepsze wrażenie niż poprzednie, zwracając więcej uwagi na objawy związane z AF, ryzyko powikłań zatorowo-zakrzepowych oraz przedstawiając większą różnorodność opcji terapeutycznych, w zależności od charakterystyki klinicznej chorego z AF.