

Konvenční léčba fibrilace síní – editorial

M. Novák

I. interní kardio-angiologická klinika Lékařské fakulty MU a FN u sv. Anny Brno, přednosta prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC

Bulková V et al. Konvenční léčba fibrilace síní řízená ambulantními kardiology v České republice. Přehled diagnostických a léčebných výkonů, medikamentózní léčby a hospitalizací. Vnitř Lék 2008; 54(1): 36–44.

Fibrilace síní je nozologickou jednotkou, která vzhledem k narůstající prevalenci i celkovému výskytu – asi 1 % populace, rizicích pro pacienta (zejména tromboembolické komplikace a zhoršování srdeční insuficience) a narůstajících nákladech na léčbu zasluhuje celospolečenskou pozornost. O tom svědčí i v práci uvedený počet hospitalizací na relativně malém souboru uvedené práce v posledních 2 letech – 144 (47 %) pacientů – 250 hospitalizací – 1 095 hospitalizačních dnů.

Komentovaná retrospektivní studie se zabývá konvenční léčbou fibrilace síní řízenou ambulantními a klinickými kardiology. Údaje byly získány pomocí dotazníku tvořeného „souborem standardizovaných otázek na jednoduchém formuláři“ (který ale není uveden ani jako příloha). Vzhledem k této formě je zřejmé, že nelze získat eventuální odpovědi na případné další otázky, které práce přináší.

Vyhodnocena byla návratnost dotazníku – u ambulantních kardiologů 30 %, u klinických 62 %. Z tohoto údaje nevyplývá, kolik pacientů s fibrilací síní daní kardiologové celkem léčí (odeslali dotazník všem pacientům, kteří navštěvují daného lékaře pro fibrilaci síní?), chybí i údaj, kolik ze svých pacientů odeslali ke katetrové

ablaci, který by mohl být zajímavý pro určení, kolik pacientů ke katetrové ablaci odesílají ambulantní a kolik kliničtí kardiologové, ev. i podle místa působnosti určitého kardiologa. Znalost těchto údajů s uvedením celkového počtu kardiologů v České republice by umožnila určit (i když zcela jistě jen přibližně) počet pacientů v ČR léčených pro fibrilaci síní konvenčně. (Počty katetrových ablací včetně rozlišení na jednotlivá pracoviště jsou známy z registru).

Symptomy jednotlivého pacienta mohou značně kolísat z hlediska intenzity, četnosti a trvání. Velmi obtížné je pak vyjádřit, kolik pacientů bylo významně trvale či často symptomatických a u kolika pacientů jsou symptomy nevýrazné a pro pacienta nevýznamné ve smyslu ovlivnění kvality života. Stejně tak asymptomatického pacienta je nutno hodnotit s rezervou zejména v tom smyslu, jak je v práci uvedeno (rozdíl ve výkonnosti si často uvědomí až po obnovení sinusového rytmu), ale i ve smyslu rozdílů v subjektivním vnímání, např. pomalu narůstajících obtíží. Zejména starší pacienti ani na cílené dotazy často nejsou schopni říci, co je pro ně normální stav a co už změněný či vyložený stav patologický.

Hodnocení počtu monitorování EKG dle Holtera je údaj, který sám o sobě blíže neříká nic o délce paroxysmů či frekvenci komor při fibrilaci síní. Převažující paroxysmální forma fibrilace síní u mladších pacientů a permanentní forma ve vyšším věku je z literatury známa. Teprve implantabilní nahrávače s dlouhodobým více než ročním sledováním pacientova rytmu (s kterými se počítá v plánovaných studiích dlouhodobého efektu katetrové léčby) prokážou frekvenci a délku paroxysmů fibrilace síní i přes provedenou katetrovou ablací. Je pravděpodobné, že část pacientů bude muset používat nadále farmaka (a to jak antiarytmika, tak antikoagulační/antiagregační léčbu) či podstoupit reablací. Další neřešenou otázkou je zachování transportní funkce síní po komplexní ablaci či po opakovaných reablacích. Pokud měl pacient dokumentován pouze flutter síní I. typu, nepřistoupí se v nejbližší budoucnosti v prvním kroku k izolaci plicních žil, ale k ablaci kavotrikuspidálního istmu.

Léčba a pomocná vyšetření u pacientů s fibrilací síní by měly být „šity na míru“ pro konkrétního pacienta. I indikaci koronarografie, implantace kardiostimulátoru, ablace flutteru síní I. typu není možno nazvat léčbou

„s omezeným přínosem“ pro pacienty s fibrilací síní, neboť pro konkrétního pacienta v určitou dobu mohou být léčbou správnou i dlouhodobě přínosnou. V zahraniční literatuře je často používán výraz hybridní terapie fibrilace síní. Zahrnuje postupy, které navazují jeden na druhý v průběhu života a vývoje choroby u konkrétního pacienta a znamenají vždy volbu nevhodnější terapie pro dané časové období a daný stav. Fibrilace síní je modelovou jednotkou pro hybridní terapii.

Hodnocení implantace kardiostimulátoru pro současnou dysfunkci sinusového uzlu (tachy-/bradyforma) nezahrnuje všechny indikace k implantaci kardiostimulátoru u těchto pacientů (dále např. permanentní fibrilace síní s intermitentně či trvale pomalou odezvou komor, farmakologicky navozená bradykardie). Preferování ablačního řešení zejména u mladších pacientů je implementováno do povědomí kardiologů na všech sjezdech a akcích České kardiologické i České internistické společnosti v posledních letech.

Práce by měla vést i k otázce, proč v Evropě běžně používaný flekainid a dofetilid nejsou v České republice dosud registrovány a kategorizovány. I při respektování guidelines nesmí unikat ze zřetele pacient, který má vždy právo na možnost volby terapie. I přes podrobnou informovanost může preferovat léčbu farmakologickou a je žádoucí, abychom mohli používat účinné léky, ev. je při neúčinnosti jedné terapie měnit.

Užívání amiodaronu u pacientů s permanentní fibrilací síní může být ale spoň u některých pacientů indikováno pro významné komorové arytmie.

Z počtů provedených elektrických a farmakologických kardioverzí je zřejmé, že pacienta o významu sinusového rytmu lze přesvědčit a že na podkladě správně podané informace je ochoten podepsat informovaný souhlas se zákrokem a podstoupit elektrickou kardioverzi v krátkodobé celkové anestezii. Určitě jsou rezervy v informování pacientů o ablační léčbě fibrilace síní. V souboru je relativně vysoký počet přijetí k hospitalizaci z důvodu provedení kardioverze. Elektrickou kardioverzi u hemodynamicky stabilizovaného pacienta lze provést ambulantně, s 2–3hodinovým sledováním na stacionáři po krátkodobé intravenózní anestezii.

U kardioembolizačních příhod není uvedeno, zda vznikly u pacientů před nebo s nasazenou antikoagulační, ev. antiagregační léčbou. Stejný počet embolizačních příhod ve všech skupinách (paroxysmální – perzistentní – permanentní fibrilace síní) lze vysvětlit menším počtem antikoagulovaných pacientů ve skupině s paroxysmální fibrilací síní.

Kladně je nutno ohodnotit správně indikovanou antikoagulační/antiagregační terapii ve vysokém procentu pacientů, ale i antiarytmickou léčbu, při níž u pacientů s EF LK pod 45 % není používán propafenon. U pacientů tohoto souboru jsou používána převážně doporučená antiarytmika nebo

kombinace antiarytmik. Toto může být výsledkem aktivit Pracovní skupiny pro arytmie a trvalou kardiostimulaci České kardiologické společnosti, která prezentuje celosvětově doporučované postupy v četných přednáškách a tematických sekcích na kardiologických a internistických sjezdech a seminářích, a vydává guidelines pro léčbu arytmií (zde Guidelines pro léčbu fibrilace síní).

Výše uvedený komentář jistě nechce snižovat úroveň předkládané práce, je však nutné si uvědomit komplexnost celé problematiky včetně toho, že i v roce 2007 je většina pacientů léčena farmakologicky. Kapacity současných pracovišť provádějící katetrové ablace v České republice umožňují pouze pozvolný nárůst těchto výkonů, a to jak z kapacitních, tak i z personálních důvodů. Vyškolení lékaře k provádění těchto, lze říci jedněch z nejnáročnějších postupů v kardiologii a medicíně vůbec, netrvá dny ani týdny, ale roky. K tomu přistupuje i finančně náročná technická vybavenost pracoviště, která vyžaduje obnovování přístrojů dle neustávajícího technického vývoje. Proto v nejbližších letech nelze očekávat, že by katetrové ablace fibrilace síní zcela nahradily konvenční léčbu, stále více se bude uplatňovat hybridní léčba šitá na míru konkrétnímu pacientovi.

MUDr. Miroslav Novák, CSc.

www.fnusa.cz

e-mail: miroslav.novak@fnusa.cz

Doručeno do redakce: 8. 8. 2007

www.urologickelisty.cz