

Tisková zpráva ze sympozia Sjezdu ČKS 2019

Petr Peichl

Klinika kardiologie IKEM, Praha

V rámci XXVII. výročního sjezdu České kardiologické společnosti (ČKS) v Brně se letos uskutečnilo sympozium Kliniky kardiologie IKEM ve spolupráci s firmou PRO.MED. Cílem sympozia bylo na příkladech kazuistik ukázat některé **praktické aspekty léčby pacientů s fibrilací síní (FiS)**.

První sdělení, které přednesla MUDr. Markéta Segetová, Ph.D., se týkalo přístupu k **pacientům s primozáchytem FiS**. U těchto nemocných je zásadní podrobný rozbor osobní anamnézy, posouzení souběžných onemocnění (diabetes, ledvinné selhání, hypertonie, srdeční selhání) a pátrání po příčinách arytmií, např. infekci, endokrinních poruchách, anémii, plicní embolii, atd. Vedle základního laboratorního screeningu je důležité časné provedení transtorakální echokardiografie, které umožní zhodnotit velikost levé síně, systolickou funkci levé komory a vyloučit chlopenní vadu. Tato vyšetření lze většinou provést v ambulantním režimu, k urgentní specializované léčbě by měli být pacienti odesláni v případě, je-li nemocný hemodynamicky nestabilní, je podezření na akutní koronární syndrom, má nekontrolovatelnou tepovou frekvenci nebo je symptomatická bradykardie neřešitelná snížením dávek bradykardizujících léčiv. Zásadní pro prognózu pacienta je správný odhad rizika tromboembolie (CHA2DS2-VASC skóre), zahájení antikoagulační léčby a stanovení dalšího plánu léčby FiS. Přednášející na závěr zdůraznila, že včasná diagnostika a zahájení antikoagulační terapie snižuje výskyt tromboembolických komplikací, cévních mozkových příhod a potenciálně mortalitu pacientů s FiS. Adekvátní kontrola rytmu nebo frekvence nejen mírní symptomy arytmií, ale zabrání rozvoji tachykardií indukované kardiomyopatie.

Druhé sdělení, které přednesl MUDr. Robert Čihák, CSc., se týkalo **asymptomatických pacientů s FiS**. Ve své přednášce zdůraznil, že symp-

tomatologie je u FiS velmi individuální. Příznaky mohou mít různý charakter a intenzitu a závisí na věku, přítomnosti dalších onemocnění a řadě jiných faktorů. V současné době se k hodnocení symptomů používá tzv. EHRA klasifikace, která má pět stupňů (I, IIa, IIb, III a IV), přičemž pacienti, u nichž FiS nevyvolává žádné symptomy, jsou ve třídě I. U zcela asymptomatického pacienta prozatím není jednoznačně indikována kontrola srdečního rytmu farmaky ani pomocí katetrizační ablace, protože nemáme přesvědčivá data o tom, že tím dokážeme zlepšit jeho prognózu. Přestože některé práce tuto možnost naznačují, je v současné době doporučenou strategií kontrola tepové frekvence, která je prevencí tachykardické kardiomyopatie. Tu může způsobit nejen rychlá, ale i nepravidelná srdeční frekvence. Není jednoznačně stanoveno, jaké by měly být její optimální hodnoty. Zatímco dříve se doporučovala tepová frekvence 60–80/min a při zátěži 90–115/min, současná doporučení uvádějí, že postačuje klidová frekvence pod 110/min. Zásadní je u asymptomatických pacientů prevence tromboembolie, která zásadně ovlivňuje prognózu. Ablace je vhodná u nemocných, u kterých FiS vede k rozvoji systolické dysfunkce levé komory srdeční, a to bez ohledu na symptomy. Dále u pacientů s paroxysmální FiS a posttachykardickými pauzami, které jsou manifestní. Dále by mělo být provedení katetrizační ablace zvaženo u mladších, asymptomatických pacientů s paroxysmální FiS, kde může být prevencí progresu do perzistující, hůře ovlivnitelné a více symptomatické formy FiS.

Třetí sdělení přednesl prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc. Věnoval se v něm **nemocným s nově zjištěným srdečním selháním a FiS**. Rychlá a nepravidelná odpověď komor při FiS může vést k srdečnímu selhání a naopak, srdeční selhání je

často komplikováno FiS. FiS je přítomna u 10 až 50 % případů srdečního selhání a platí, že čím závažnější je srdeční selhání, tím vyšší je riziko vzniku FiS. V klinické praxi bývá někdy obtížné posoudit, zda je FiS příčinou srdečního selhání nebo jeho důsledkem. Pro arytmií navozenou kardiomyopatii je typická recentní manifestace a obraz dysfunkce levé komory, která nebývá zvětšena a remodelována. Druhý scénář zahrnuje pacienta, který trpí pokročilým srdečním selháním a později u něho dojde k rozvoji FiS. Správné rozpoznání kardiomyopatie navozené FiS přitom znamená pro pacienta zásadní prognostickou informaci. V případě diagnostických rozpaků lze provést kardioverzi s amiodaronem a pokud se stav pacienta po obnově sinusového rytmu zlepší, je diagnóza arytmií navozené kardiomyopatie velmi pravděpodobná. V takovém případě je vhodné indikovat katetrizační ablacii, která má potenciál část pacientů i zcela vyléčit. To potvrdila i nedávno publikovaná studie CASTLE, která prokázala, že katetrizační ablace u nemocných se srdečním selháním zlepšuje nejen symptomy, ale i jejich prognózu, včetně snížení počtu hospitalizací pro srdeční selhání. Naopak u nemocných, u kterých je šance na obnovu sinusového rytmu pro výraznou remodelaci malá, lze indikovat implantaci přístroje pro resynchronizační terapii a neselektivní ablacii AV junctce.

Posledním řečníkem sympozia byl doc. MUDr. Petr Peichl, Ph.D. Jeho tématem byla **léčba recidivující FiS**, která je často obtížná a je třeba ji individualizovat. Udržení sinusového rytmu lze dosáhnout pomocí antiarytmik či katetrizační ablace. V současné době je nejúčinnějším antiarytmikem amiodaron, pomocí kterého se udrží sinusový rytmus v jednom roce u zhruba 70 % nemocných. Jedná se však o lék, který má řadu nežádoucích účinků. Naopak antiarytmika z IC třídy mají účinnost podstatně nižší (okolo 30–40 %).

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

doc. MUDr. Petr Peichl, Ph.D., petr.peichl@ikem.cz

Klinika kardiologie IKEM, Vídeňská 1 958/9, 140 21 Praha

Cit. zkr: Interv Akut Kardiolog 2019; 18(3): 173–174

Obecně platí, že provedení ablace je účinnější než antiarytmika. Z provedených metaanalýz vyplývá, že ablace v porovnání s antiarytmickou léčbou snižuje riziko recidiv FiS o dvě třetiny. To platí jak u pacientů, kteří ablaci zatím nepodstoupili, tak u těch, u nichž již byl výkon v minulosti proveden. Výkony musejí ale být prováděny zkušeným elektrofyzikologem, a to nejlépe v centru s dostatečným objemem výkonů. U nemocných s paroxysmální

FiS se po ablaci udržuje sinusový rytmus v 80 % případů, u pacientů s perzistující FiS jsou výsledky méně uspokojivé. Obecně lze ale očekávat, že se výsledky budou se zaváděním nových technologií a postupů dále zlepšovat. I přes nižší účinnost však antiarytmika stále hrají v léčbě FiS nezastupitelnou roli, a to jak v rámci kombinace s provedením katetrizační ablace, tak u pacientů, kteří nejsou k provedení invazivního zákroku vhodní.

Jak zdůraznili všichni řečníci, k dosažení dlouhodobé kontroly rytmu je nezbytný holistický přístup a léčba pacientů s FiS by měla být komplexní. Důležitá je prevence všech kardiiovaskulárních rizikových faktorů, jako je zákaz kouření a omezení konzumace alkoholu, dále léčba komorbidit, kam patří zejména vysoký krevní tlak, vysoká koncentrace cholesterolu, syndrom spánkové apnoe či diabetes.