

Migotanie przedsionków w codziennej praktyce lekarskiej — wyniki polskiej części rejestru RecordAF

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Raczak

Klinika Kardiologii i Elektroterapii Serca, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk



Migotanie przedsionków (AF, *atrial fibrillation*) stanowi prawdziwe wyzwanie dla współczesnej kardiologii. Występuje ono często i wiąże się z poważnymi konsekwencjami (udary mózgu, zaostrzenie niewydolności serca, częste hospitalizacje). Z każdym rokiem liczba chorych z AF zwiększa się w takim tempie, że za 30 lat będzie ponad

2-krotnie wyższa niż obecnie. Aby skutecznie walczyć z tak ważnym problemem, trzeba dysponować wiedzą na temat częstości i form występowania arytmii, czynników predysponujących, a także rzeczywście stosowanych sposobów leczenia, które mogą znacznie odbiegać od powszechnie obowiązujących standardów. Przyjęta w Polsce praktyka ekstrakolowania doświadczeń zdobytych i opublikowanych w innych krajach, szczególnie często w Stanach Zjednoczonych, choć pomocna, jest obciążona ryzykiem błędu i wynika z braku własnych badań epidemiologicznych.

Komentowana praca [1] jest ważna i interesująca, ponieważ opisuje, jak wygląda praktyka leczenia świeżo wykrytego AF na podstawie badania populacji polskich pacjentów. Ośrodki lecznicze dobrano tak, aby reprezentowały standard leczenia w całym kraju. Uzyskane informacje można porównać do obowiązujących wytycznych ESC i PTK oraz określić ich zgodność. Można je również porównać z realiami stwierdzanymi w innych krajach, ponieważ przedstawiane dane stanowią fragment dużego prospektywnego badania RecordAF obejmującego chorych zamieszkałych w 21 państwach Europy, obu Ameryk i Azji [2].

Ocenie poddano 303 chorych w średnim wieku 63 lata (a więc nieco młodszych niż cała populacja RecordAF, w której średnia wieku wynosiła 66 lat). Częstość występowania napadowego i przetrwałego AF była podobna, wynosząc około 50%. Arytmię określano jako objawową u 89% chorych. Podjętą strategią leczenia była kontrola rytmu serca u 69,6% pacjentów i kontrola częstości akcji serca u 30,4%.

Objawowość arytmii stwierdzaną u 89% chorych należy uznać za wysoką w porównaniu z danymi z piśmiennictwa. Na przykład Nabauer i wsp. [3] w rejestrze niemieckim stwierdzali objawowość u 79% chorych z napadowym AF i u 77% osób z arytmia przetrwałą. Israel i wsp. [4] rejestrowali taką cechę u zaledwie 62%, a Quirino i wsp. [5] u jeszcze mniejszego odsetka chorych. Niestety, informacje na temat objawowości arytmii ograniczono w aktualnie publikowanej pracy do rozróżnienia: chory objawowy i bezobjawowy, bez szczegółowego definiowania, co oznacza każdy z wymienionych terminów (takie były założenia całego badania RecordAF, więc autorzy polskiej części wyników nie mogli ich podać w formie bardziej dokładnej). Wydaje się, że jest to istotny szczegół, bo w zależności od przyjętej definicji zmienia się odsetek arytmii uznawanych za objawowe. Uznając w badaniu AFNET w świeżo wykrytym AF tylko kołatania serca jako symptom arytmii, rozpoznawano objawowość u 54,3% chorych, podczas gdy dołączenie dolegliwości mniej specyficznych, takich jak duszność, ból w klatce piersiowej, zawroty głowy i zmęczenie zwiększało odsetek rozpoznania do 82,6% [3]. Odrębnym pytaniem jest to, czy należy tak postępować, bo jak uczą doświadczenia innych autorów oparte na obserwacji chorych z implantowanym układem stymulującym posiadającym funkcje holterowskie, zaledwie u 21% chorych zgłaszających podobne dolegliwości odnotowano epizod AF w pamięci urządzenia, natomiast 79% zgłoszeń oceniono jako fałszywie dodatnie [5]. Tak dużo uwagi poświęcam objawowości AF, ponieważ na podstawie (między innymi, a czasem tylko) tego parametru rozpoznaje się arytmie lub jej nawrót, wybiera odpowiednią strategię leczenia oraz ocenia zagrożenie i skuteczność postępowania. W praktyce klinicznej rzadko mamy tak komfortową sytuację, że chory ma wszczepione urządzenie w sposób ciągle monitorujące zapis EKG.

Oceniając problem wyboru metody terapii AF w całym badaniu RecordAF, stwierdzono, że szczególnie często, także w Polsce, umiarawiano osoby młode, objawowe, z pierwszym w życiu epizodem arytmii lub napadową jej formą, bez

organicznej choroby serca. Osoby z zastawkową wadą serca lub zastoinową niewydolnością serca poddawano zwykle kontroli częstości akcji serca. Cieszy ten fakt, bo oznacza zgodność praktyki klinicznej z wytycznymi [6]. Ogólnie u 55% chorych stwierdzono próbę kontroli rytmu serca, a u 45% — kontroli częstości akcji serca, przy czym w poszczególnych krajach odnotowano znaczne różnice. Strategia kontroli rytmu serca była preferowana we Francji, Włoszech, w Szwecji i w Polsce (2-krotna przewaga nad konkurencyjną strategią), podczas gdy kontrola częstości akcji serca była preferowana w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Danii, Południowej Korei i na Filipinach. To ciekawe spostrzeżenie, ponieważ jak wiadomo, we wszystkich tych krajach obowiązują podobne wytyczne co do sposobu postępowania w AF. Mimo publikowania wyników kolejnych badań ciągle brak dowodów naukowych na to, że umiarawianie AF jest korzystniejsze dla pacjenta niż alternatywna droga postępowania. W takiej sytuacji dziwi nieco czasem nawet dość uporczywe trzymanie się przez wielu lekarzy w Polsce takiej drogi postępowania, gdy na przykład w znanych z pragmatyzmu Stanach Zjednoczonych czy Wielkiej Brytanii obserwuje się przeciwną tendencję.

Niezależnie od tego, czy podejmowano metodę kontroli rytmu serca, czy też kontrolę częstości akcji serca, wykorzystywana w prezentowanej pracy farmakoterapia antyarytmiczna była w swojej grupie podobna jak w odpowiedniej grupie całego badania RecordAF. Zwraca uwagę 2-krotnie częstsze stosowanie leczenia przeciwwkrzepliwego w drugiej z wymienianych grup, ale też stopień zagrożenia udarem mózgu według

klasyfikacji CHADS2 był w tej grupie wyższy. Wysoki odsetek pacjentów otrzymujących acenokumarol (odpowiednio 40,3% i 80,4%) wskazuje na rosnącą świadomość priorytetów w leczeniu AF i należy to uznać za zjawisko korzystne.

Przedstawione wyniki, zarówno dotyczące całości badania RecordAF, jak i jego polskiej gałęzi, mają charakter wstępny, opisują parametry wyjściowe badanych grup chorych, można się więc spodziewać dalszych publikacji na ten temat.

Piśmiennictwo

1. Opolski G, Kosior DA, Kurzelewski M et al. Baseline characteristics of patients from Poland enrolled in the global registry of patients with recently diagnosed atrial fibrillation (RecordAF). *Kardiologia Polska*, 2010; 68: 546–554.
2. Heuzey JY, Breithardt G, Camm J et al. The RecordAF study: design, baseline data, and profile of patients according to chosen treatment strategy for atrial fibrillation. *Am J Cardiol*, 2010; 105: 687–693.
3. Nabauer M, Gerth A, Limbourg T et al. The Registry of the German Competence Network on Atrial Fibrillation: patient characteristics and initial management. *Europace*, 2009; 11: 423–434.
4. Israel CW, Grönefeld G, Ehrlich JR, Li YG, Hohnloser SH. Long-term risk of recurrent atrial fibrillation as documented by an implantable monitoring device: implications for optimal patient care. *J Am Coll Cardiol*, 2004; 43: 47–52.
5. Quirino G, Giammaria M, Corbucci G et al. Diagnosis of paroxysmal atrial fibrillation in patients with implanted pacemakers: relationship to symptoms and other variables. *Pacing Clin Electrophysiol*, 2009; 32: 91–98.
6. Fuster V, Ryden LE, Cannom DS et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *Europace*, 2006; 8: 651–745.