

Nowe wytyczne ESC dotyczące postępowania w migotaniu przedsionków (2020 r.)

2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation

lek. Maria Cukrowska

Klinika Chorób Wewnętrznych Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne,
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong

WSTĘP

Tegoroczny kongres ESC będzie zapamiętany m.in. dlatego, że odbył się w internecie, ale także dlatego, iż ogłoszono kolejne wytyczne dotyczące tak częstego i ważnego problemu, jakim jest migotanie przedsionków (AF, *atrial fibrillation*). AF to najczęstsze trwałe zaburzenie rytmu serca, na które zapadalność (2–4% w skali światowej) rośnie i według dotychczasowych prognoz będzie dalej wzrastać, zwłaszcza u osób po 80. r.ż. [1]. Częstość zachorowań na AF zwiększa się bowiem wraz z wiekiem, a w krajach uprzemysłowionych w ostatnich dekadach średni czas życia jednostki ulega wydłużeniu. Ponadto większość modyfikowalnych czynników ryzyka stanowią te choroby współistniejące, które częściej dotyczą osób starszych: nadciśnienie tętnicze (NT), niewydolność serca (NS), przewlekłe zespoły wieńcowe, wady zastawkowe, cukrzyca, przewlekła choroba nerek oraz przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) [1]. Optymalne podejście do AF ujęto w wytycznych w skrót *CC To ABC* (ryc. 1). Tym schematem można podążać, aby zapoznać się z zaleceniami, koncentrując się zwłaszcza na zmianach, które nastąpiły od 2016 r.

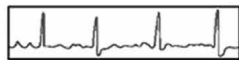
ROZPOZNANIE I CHARAKTERYSTYKA CHOROBY (*CONFIRM AND CHARACTERISE*), BADANIA PRZESIEWOWE

Rozpoznanie tzw. klinicznego AF powinno się opierać na zarejestrowaniu go na 12-odprowadzeniowym elektrokardiogramie (EKG) lub 1-odprowadzeniowym przez min. 30 s, bez względu na obecność objawów. Subkliniczne AF dotyczy pacjentów bezobjawowych, u których nie wykryto AF po wykonaniu EKG, ale różnego rodzaju urządzenia wszczepialne (np. wszczepialny kardiowerter-defibrylator serca [ICD, *implantable cardioverter-defibrillator*], układ stymulujący serce [USS]) zarejestrowały tzw. epizod szybkiego rytmu przedsionkowego (AHRE, *atrial high rate episodes*) – brak jest natomiast wystarczającej ilości danych dotyczących sposobu postępowania w tym przypadku [2]. Po potwierdzeniu (*confirm*) AF za pomocą EKG należy go opisać. Do tej pory stosowanym kryterium był czas trwania (napadowe, przetrwałe itd.). Obecnie postanowiono zastąpić klasyfikację odpowiednią charakterystyką (*characterise*) choroby. Zaproponowano schemat 4S, tj. kolejno: oszacowanie ryzyka udaru mózgu (*stroke risk*), zdefiniowanie ciężkości objawów (*symptom severity*), opisanie obciążenia chorobowego AF (*severity of AF burden*), określenie stopnia zaawansowania czynników ryzyka (*substrate severity*). Te wszystkie składowe mają służyć wdrożeniu kompleksowego podejścia do choroby, ukierunkowanego na konkretnego pacjenta.

Rycina 1. Schemat CC To ABC na podstawie grafiki ESC [1].

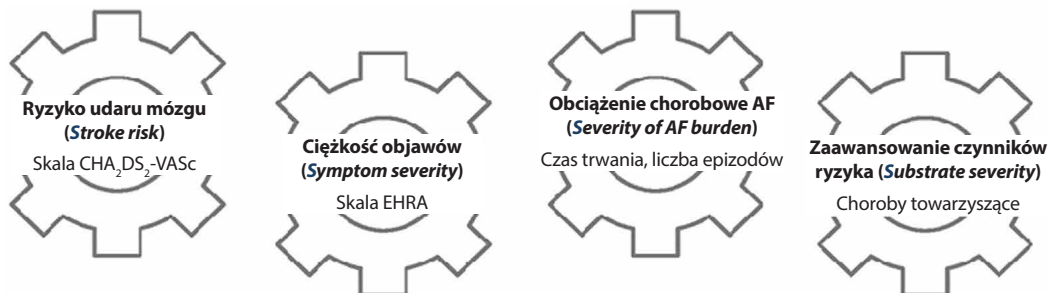
CC To ABC

Potwierdź AF (**Confirm**)

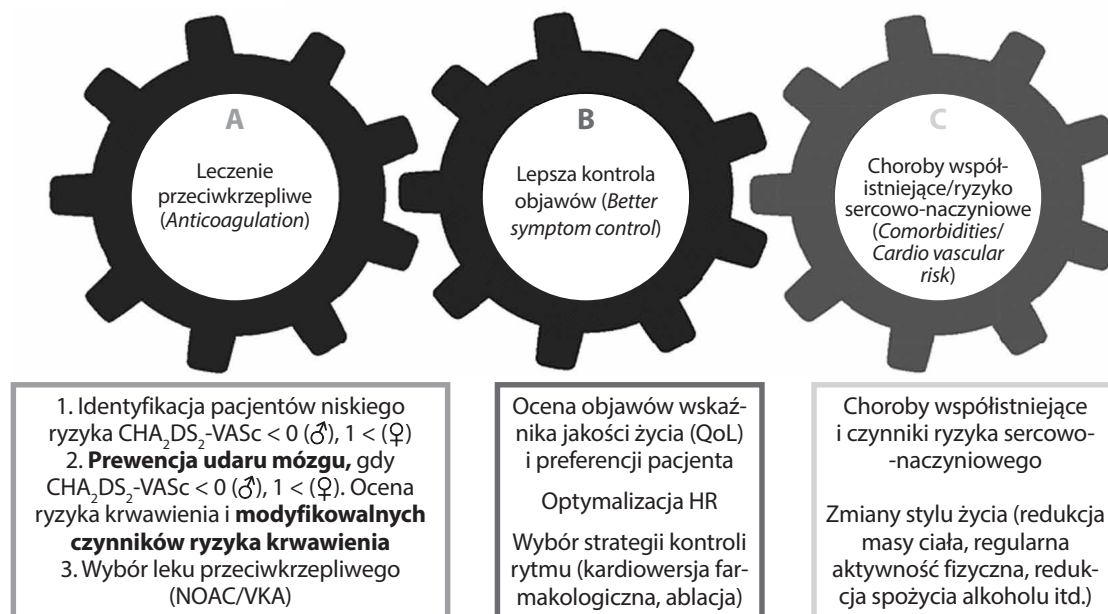


Wykonaj 12-odprowadzeniowy EKG lub 1-odprowadzeniowy przez > 30 s

Scharakteryzuj (**Characterise**) – schemat 4S



Lecz (**Treat**) – ABC



Dodatkowo pojawiły się rekomendacje dotyczące badań przesiewowych, na które składają się pomiar częstości pracy serca (HR, *heart rate*) lub wykonanie EKG. Należy rozważyć systematyczne badanie pacjentów po 75. r.ż., a program oportunistyczny powinien objąć chorych po 65. r.ż., pacjentów z wysokim ryzykiem udaru mózgu oraz z chorobami współistniejącymi: NT lub obturacyjny bezdech podczas snu (OBPS). Zwrócono też uwagę na możliwość posłużenia się urządzeniami wszczepialnymi, a nawet zaznaczono ich rosnącą rolę w wykrywaniu AF. Otwiera się więc nowa ścieżka diagnostyczna, rodząca jednak pytanie o nadwykrywalność subklinicznego AF i związane z nią konsekwencje, np. stosowanie leczenia przeciwkrzepliwego [2].

LECZENIE PRZECIWKRZEPLIWE (ANTICOAGULATION)

Utrzymano stanowisko, że decyzję o włączeniu leków antykoagulacyjnych należy podjąć w zależności od ryzyka wystąpienia udaru mózgu, szacowanego za pomocą skali CHA₂DS₂-VASc. W przypadku ryzyka niskiego (tj. < 2 pkt u mężczyzn i < 3 pkt u kobiet) powinno się rozważyć regularną ocenę ryzyka udaru co 4–6 miesięcy. W celu oceny ryzyka krwawienia należy użyć skali HAS-BLED (w której wynik ≥ 3 pkt trzeba traktować jako ryzyko wysokie). Ryzyko to samo w sobie nie może jednak powstrzymać od włączenia leczenia przeciwkrzepliwego w przypadku braku przeciwwskazań bezwzględnych. Należy także poszukiwać potencjalnie

odwracalnych czynników wystąpienia silnego krwawienia u danego pacjenta. Preferowanymi lekami pozostają doustne leki przeciwkrzepliwe niebędące antagonistami witaminy K (NOAC, *non-vitamin K antagonist oral anticoagulant*), również w przypadku braku dostatecznej kontroli INR (*international normalized ratio*) podczas leczenia antagonistami witaminy K (VKA, *vitamin K antagonist*). Pojawiły się nowe rekomendacje dotyczące leczenia przeciwkrzepliwego po przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI, *percutaneous coronary interventions*) u pacjentów z AF. Zaleca się skrócenie czasu terapii potrójnej z kwasem acetylosalicylowym do czasu krótszego niż tydzień od interwencji i stosowanie następnie podwójnej terapii lekiem przeciwkrzepliwym i przeciwplateczkowym – najlepiej kłopidogrelem, przez 12 miesięcy po PCI wykonanym z powodu ostrego zespołu wieńcowego i 6 miesięcy w przypadku przewlekłych zespołów wieńcowych. Powyższe zalecenia obowiązują w przypadku niskiego ryzyka zakrzepicy w stencie lub kiedy obawy związane z ryzykiem krwawienia przewyższają te dotyczące restenozy.

LEPSZA KONTROLA OBJAWÓW (BETTER SYMPTOM CONTROL)

Proponowane jest łagodne podejście do obniżania HR. Aby zapewnić wystarczającą kontrolę objawów, jako cel terapeutyczny proponuje się HR < 110/min. Rodzaje leków pozostały te same. Nie sposób w tym miejscu nie wspomnieć o zaprezentowanym na kongresie badaniu RATE-AF dotyczącym stosowania bisoprololu i digoksyny w celu odpowiedniej kontroli HR. Wykazano, że digoksyna stosowana samodzielnie jest równie skuteczna, co bisoprolol, ponadto umożliwia lepszą kontrolę objawów AF i NS [3]. Więcej zmian dotyczy leczenia antyarytmicznego, którego istotę podkreśla kolejne badanie – EAST-AFNET 4. Według niego wczesne (< 1 rok od rozpoznania) leczenie umiarkowujące (farmakologiczne bądź ablacja) skutkuje zmniejszeniem ryzyka poważnych powikłań sercowo-naczyniowych [4]. Wytyczne zaakcentowały rolę amiodaronu jako leku antyarytmicznego (ADD, *antiarrhythmic drugs*) pierwszego rzutu w terapii przewlekłej, także wśród pacjentów z niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową (HFrEF, *heart failure with reduced ejection fraction*), dając mu I klasę zaleceń. Zaznaczono jednak, że ze względu na

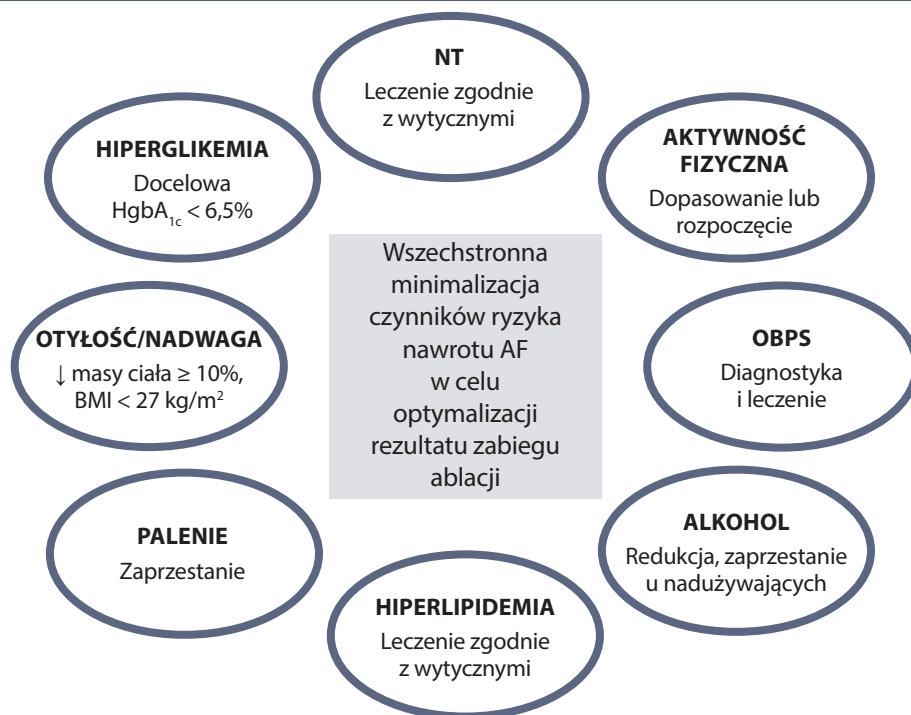
jego toksyczność należy najpierw rozważyć inne dostępne ADD. Wzmocniła się też rola ablacji za pomocą izolacji żył płucnych (PVI, *pulmonary vein isolation*) w celu zmniejszenia objawów nawrotów AF. PVI jest zalecana w przypadku nieskutecznego leczenia ADD lub nietolerancji tej terapii zarówno w napadowym, jak i przetrwałym AF bez względu na ryzyko nawrotu. Natomiast u chorych z objawowym AF można rozważyć PVI jako leczenie pierwszego rzutu, a nawet wykonywanie kolejnych zabiegów, jeśli obserwuje się nawrót AF, a pierwotne PVI przyniosło korzyści względem objawów choroby. Ponadto PVI wskazana jest w celu odwrócenia dysfunkcji lewej komory w przypadku kardiomiopatii tachyarytmicznej. Nowością stanowi także propozycja rozważenia PVI u pacjentów z HFrEF, aby poprawić ich rokowanie.

CHOROBY TOWARZYSZĄCE I CZYNNIKI RYZYKA SERCOWO-NACZYNIOWEGO (COMORBIDITIES, CARDIOVASCULAR RISK FACTORS)

Aby zapewnić powodzenie wykonywanej ablacji, wytyczne zalecają pouczenie pacjenta o zminimalizowaniu modyfikowalnych czynników ryzyka nawrotu AF (niektórzy komentatorzy powyższą klauzulę postrzegają jako pewnego rodzaju wentyl bezpieczeństwa w proponowanej, podwyższonej randze PVI) [2]. To zalecenie dotyczy jednak każdego pacjenta, ponieważ jest jedną ze składowych algorytmu ABC. Oprócz prawidłowego leczenia chorób towarzyszących, w szczególności chorób układu sercowo-naczyniowego, szczególną uwagę zwrócono na zmniejszenie masy ciała oraz OBPS. Innymi czynnikami ryzyka nawrotu AF są te, które mają wpływ na budowę i funkcję przedsionków, czyli czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego (ryc. 2).

PODSUMOWANIE

Wytyczne podkreślają, że pacjent musi zostać dostatecznie poinformowany o swojej chorobie, rozumieć leczenie i czynniki ryzyka nawrotu. To kompleksowe podejście, oprócz prawidłowego leczenia, będzie skutkowało lepszym opanowaniem choroby oraz zmniejszeniem objawów. Aby więc zapewnić pacjentom takie podejście, warto samemu zaznajomić się z prawidłowym postępowaniem.

Rycina 2. Czynniki ryzyka nawrotu AF po ablacji na podstawie grafiki ESC [1].

Konflikt interesów/Conflict of interests:

Nie występuje.

Finansowanie/Financial support:

Nie występuje.

Etyka/Ethics:

Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami UE oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.

ADRES DO KORESPONDENCJI**Ilek. Maria Cukrowska**

Klinika Chorób Wewnętrznych Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii,
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne,
Warszawski Uniwersytet Medyczny
02-097 Warszawa, ul. Banacha 1A
tel.: (22) 599-28-28
e-mail: maria.cukrowska@gmail.com

STRESZCZENIE

Podczas tegorocznego kongresu ESC ogłoszono nowe wytyczne dotyczące postępowania w migotaniu przedsionków. To najczęstsze trwałe zaburzenie rytmu serca, na które zapadalność rośnie wraz z wiekiem. Optymalne podejście do migotania przedsionków ujęto w skrót CC To ABC, tzn. rozpoznanie, charakterystyka choroby (*confirm and characterise*), leczenie (*treatment*), którego składowe to: leki przeciwkrzepliwe (*anticoagulation*), lepsza kontrola objawów (*better symptom control*), choroby towarzyszące i czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego (*comorbidities, cardiovascular risk factors*). W celu charakterystyki choroby zaproponowano schemat 4S: oszacowanie ryzyka udaru mózgu (*stroke risk*), zdefiniowanie ciężkości objawów (*symptom severity*), opisanie obciążenia chorobowego AF (*severity of AF burden*), określenie stopnia zaawansowania czynników ryzyka (*substrate severity*). Główne zalecenia dotyczące leczenia przeciwkrzepliwego to umocnienie roli NOAC oraz nowe rekomendacje po niepowikłanej przeskórnej interwencji wieńcowej. Podkreślono rolę ablacji jako metody kontroli rytmu serca w celu zmniejszenia objawów nawrotów tej choroby. Ablacja za pomocą izolacji żył płucnych jest zalecana w przypadku nieskutecznego leczenia farmakologicznego lub jego nietolerancji bez względu na ryzyko nawrotu. Nowością stanowi propozycja rozważenia ablacji jako leczenia pierwszego rzutu u pacjentów objawowych. Aby zmniejszyć ryzyko nawrotu migotania przedsionków, należy pouczyć pacjenta o zminimalizowaniu jego modyfikowalnych czynników ryzyka, z których najważniejszymi są zmniejszenie masy ciała i leczenie obturacyjnego bezdechu podczas snu. Zalecenia dotyczą także oportunistycznych

badań przesiewowych, które powinno się rozważyć u osób: po 65. r.ż., z nadciśnieniem tętniczym lub obturacyjnym bezdech podczas snów. W artykule opisano także wyniki dwóch badań, które podkreślają rolę wczesnego leczenia antyarytmicznego oraz digoksyny jako leku zwalniającego częstość rytmu serca.

Słowa kluczowe: migotanie przedsionków, ablacja, leczenie przeciwkrzepliwe, wytyczne ESC, obturacyjny bezdech podczas snu

ABSTRACT

This year's ESC Congress presented new guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation. AF is the most common sustained arrhythmia which prevalence increases with age. A new AF integrated care was presented as *CC To ABC* pathway. That acronym stands for: confirm, characterise and treatment: anticoagulation, better symptom control, comorbidities and cardiovascular risk factors management. Structured patient's characterisation includes clinical assessment of: stroke risk, symptom severity, severity of AF burden, substrate severity. That approach is called 4S scheme. Main anticoagulation guidelines are focused on increasing role of NOACs and managements of atrial fibrillation patients undergoing an uncomplicated percutaneous coronary intervention. Rhythm control recommendations are enhancing the role of catheter ablation for pulmonary vein isolation to improve symptoms of atrial fibrillation. Pulmonary vein isolation is recommended after antiarrhythmic drug therapy intolerance or failure, independent of type and recurrence risk of atrial fibrillation. What is new is the proposition of consideration pulmonary vein isolation as a I line therapy to improve symptoms in symptomatic patients. To reduce atrial fibrillation recurrence it is recommended to inform patients about its modifiable risk factors. The most important are: weight loss and management of obstructive sleep apnea. Guidelines also recommend considering opportunistic screening of patients under 65 years old, hypertensive and patients with obstructive sleep apnea. Besides, the article describes results of two trials which emphasize the role of early rhythm-control therapy and the role of digoxin for rate-control.

Key words: atrial fibrillation, ablation, anticoagulation, ESC guidelines, obstructive sleep apnea

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 of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2020 (epub ahead of print).
2. Mandrola J. Seven Quick Thoughts on the New European AF Guidelines. *Medscape.* 2020.
3. Kotecha D. Rate Control Therapy Evaluation in Permanent Atrial Fibrillation – RATE-AF. *European Society of Cardiology Virtual Congress.* 2020 (epub ahead of print).
4. Kirchhof P, Camm AJ, Goette A et al.; on behalf of the EAST-AFNET 4 Trial Investigators. Early Rhythm-Control Therapy in Patients With Atrial Fibrillation. *N Eng J Med.* 2020. (epub ahead of print).