

Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące postępowania w migotaniu przedsionków. Co pacjenci powinni wiedzieć?

Inge Mølgaard , Inga Drossart, Jeremy Dwight, Tiny Jaarsma, Tom J. R. De Potter, Isabelle C. Van Gelder, Dipak Kotecha

Opracowanie polskie: Dr n. med. Adam Wojtaszyk, Lek. Michał Catus

1. Czym są Wytyczne Praktyki Klinicznej i czego dotyczy ten dokument?

Wytyczne Praktyki Klinicznej zawierają zalecenia dotyczące diagnozowania i leczenia pacjentów na podstawie dowodów medycznych i naukowych. Przeznaczone są głównie dla pracowników służby zdrowia, aby zapewnić pacjentom odpowiednią opiekę. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) na rok 2024 dotyczące zarządzania migotaniem przedsionków (AF) zostały opracowane przez zespół profesjonalistów i naukowców, przy wsparciu dwóch przedstawicieli pacjentów.

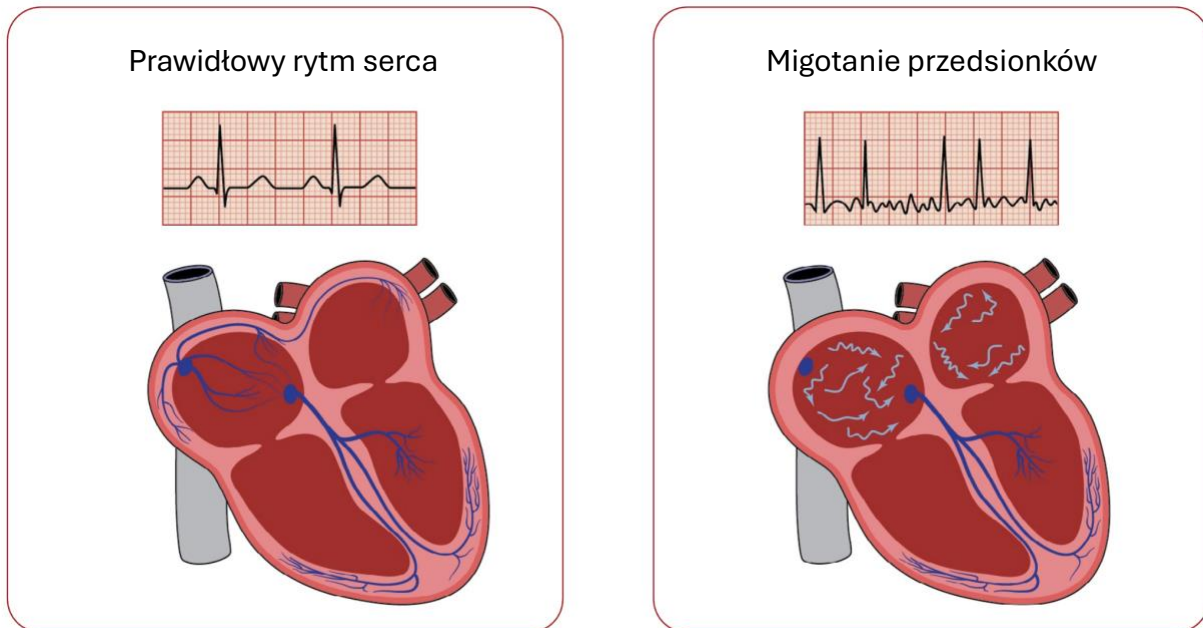
Ten dokument jest przeznaczony dla pacjentów, ich rodzin i opiekunów. Zawiera podsumowanie kluczowych części wytycznych, aby umożliwić pacjentom aktywne uczestnictwo w opiece zdrowotnej i zrozumienie, dlaczego otrzymują różne rodzaje leczenia. Dokument nie obejmuje wszystkich aspektów migotania przedsionków.

2. W jaki sposób ten dokument może mi pomóc?

Niniejsze wytyczne stawiają pacjenta w centrum opieki zdrowotnej i zachęcają do podejmowania decyzji wspólnie z profesjonalistami medycznymi. Dokument ten ma na celu odpowiedzieć na niektóre pytania, które mogą Państwo mieć, oraz wspierać w rozmowach z zespołem medycznym. Mamy nadzieję, że dostarczy on wiedzy i pewności przy omawianiu różnych opcji leczenia oraz pomoże określić, kiedy zasięgnąć dodatkowej porady. Własne zaangażowanie w opiekę zdrowotną i zarządzanie czynnikami ryzyka są kluczowe w zapobieganiu komplikacjom wynikającym z AF.

3. Co to jest migotanie przedsionków i jak może na mnie wpływać?

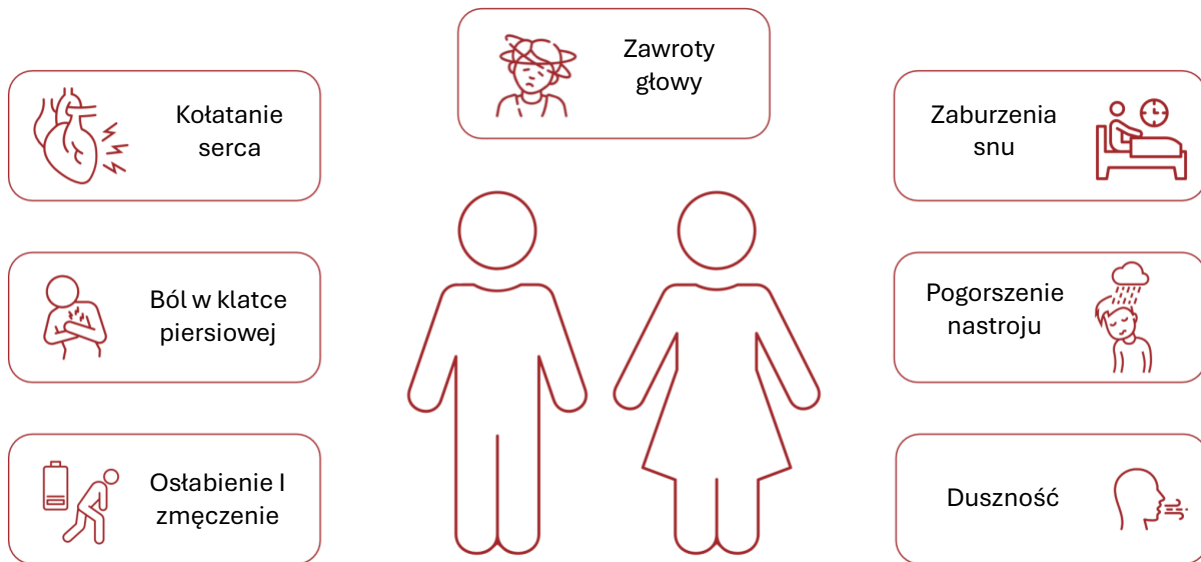
Migotanie przedsionków (AF) jest zaburzeniem rytmu serca, w którym nieprawidłowe sygnały elektryczne w górnych komorach serca (przedsionkach) prowadzą do nieregularnego rytmu serca.



AF jest powszechnym stanem, ale jego wpływ na pacjentów jest zróżnicowany. Niektórzy pacjenci odczuwają jedynie niewielkie objawy, podczas gdy u innych AF może powodować poważne trudności.

AF może prowadzić do różnych problemów zdrowotnych, niektóre z nich są poważne. Na przykład, skrzepy krwi tworzące się u pacjentów z AF mogą spowodować udar, jeśli dotrą do mózgu lub prowadzić do niedokrwienia innych narządów. W dłuższej perspektywie, pacjenci mogą rozwijać niewydolność serca, co powoduje duszność, ponieważ serce nie jest w stanie pompować wystarczającej ilości krwi. AF wiąże się również z wyższym ryzykiem śmierci, hospitalizacji oraz rozwoju niektórych rodzajów demencji.

4. Powszechne objawy związane z AF:



5. Nauka życia z AF

Warto pamiętać, że można prowadzić normalne życie i cieszyć się pełnym zakresem aktywności, jeśli AF jest właściwie leczone. Jednak po postawieniu diagnozy trzeba zaakceptować, że styl życia może wymagać zmian. Jest to przewlekła choroba, a zarówno psychicznie, jak i fizycznie konieczne będzie nauczenie się życia z nią.

Reakcja psychologiczna może wystąpić kilka tygodni lub miesięcy po diagnozie i obejmować smutek, niepokój, niepokój lub depresję. Jest to normalne i ważne, aby otwarcie mówić o swoich myślach i uczuciach. Może być również konieczne wprowadzenie zmian w warunkach domowych lub pracy.

Zmiana stylu życia jest doskonałym sposobem na kontrolowanie chorób przewlekłych, takich jak AF. Dodatkowo, te środki mogą zmniejszyć ryzyko nawrotu AF, poprawić skuteczność leczenia i przyczynić się do długiego, zdrowego życia. Na przykład:

- Utrzymuj formę dzięki regularnej aktywności fizycznej – szybki spacer przez pół godziny dziennie i intensywniejszy trening 2–3 razy w tygodniu, jeśli to możliwe
- Dbaj o prawidłową masę ciała i zdrowe odżywianie. Jeśli masz nadwagę, rozważ dietę w połączeniu z ćwiczeniami
- Monitoruj poziom cholesterolu i podejmuj leczenie, jeśli to konieczne
- Ogranicz spożycie alkoholu
- Unikaj palenia i narkotyków rekreacyjnych, które mogą zwiększać ryzyko AF, udaru lub zakrzepów
- Unikaj stresu i dbaj o odpowiednią ilość snu
- Pamiętaj o przyjmowaniu przepisanych leków i zapytaj farmaceutę lub zespół medyczny, jakie mają działanie i dlaczego są ważne

6. Wytyczne ESC zalecają stosowanie podejścia ‘AF-CARE’ do kompleksowego zarządzania migotaniem przedsionków

Zarządzanie migotaniem przedsionków z uwzględnieniem pacjenta

- **C (Comorbidity) Zarządzanie chorobami współistniejącymi i czynnikami ryzyka:** Leczenie innych schorzeń, które mogą powodować i pogarszać AF lub wpływać na skuteczność leczenia.
 - **A (Avoid stroke) Unikanie udaru i zakrzepicy:** Zmniejszenie ryzyka powstawania zakrzepów związanych z AF poprzez stosowanie leków rozrzedzających krew dla osób zagrożonych.
 - **R (Reduction of symptoms) Redukcja objawów poprzez kontrolę częstości i rytmu serca:** Specyficzne leczenie pomagające zarządzać AF lub przywrócić normalny rytm serca.
 - **E (Evaluation) Ocena i dynamiczna reasumpcja:** Opieka dostosowująca się do zmian w przebiegu AF, aby lepiej zapobiegać komplikacjom.

Istotne elementy leczenia AF

- Leczenie wysokiego ciśnienia krwi (cel: poniżej 130/80 mmHg).
- Leki kontrolujące rytm serca.
- Ablacja AF
- Leki rozrzedzające krew dla pacjentów zagrożonych udarem lub zakrzepem.
- Regularne badania diagnostyczne, takie jak elektrokardiografia (EKG), badania krwi i echokardiografia (ultrasonografia serca).
- Regularne monitorowanie i ocena ryzyka związanego z udarem, zakrzepami i zapobieganiem krwawieniom.

Kluczowe przesłania dotyczące zarządzania AF

- AF-CARE: Wspólna opieka, Równa opieka, Edukacja, Diagnoza.

Wspólna opieka: Powinni Państwo być zaangażowani w decyzje dotyczące leczenia. Zespoły opieki mogą obejmować różne specjalności, takie jak pielęgniarki, farmaceuci, specjaliści, a opieka jest koordynowana przez lekarza rodzinnego lub kardiologa.

Równa opieka: Każdy pacjent powinien otrzymać najlepszą opiekę bez względu na płeć, rasę, kulturę, orientację seksualną, status społeczny czy niepełnosprawność.

Edukacja: Pacjenci powinni być informowani o AF, dostępnych terapiach oraz potencjalnych korzyściach i skutkach ubocznych, co pomoże w podejmowaniu świadomych decyzji dotyczących opieki.

Diagnoza: Podejrzenie AF może wystąpić na podstawie objawów lub przy nieregularnym pulsie. Diagnoza jest potwierdzana za pomocą zapisu EKG. W przypadku epizodycznego AF (pojawia się i znika), konieczne może być dłuższe monitorowanie EKG, czasami za pomocą urządzeń implantowanych lub zegarków inteligentnych.

Początkowa ocena

Przy pierwszej konsultacji zespół medyczny przeprowadzi wywiad i potwierdzi diagnozę AF. Ocenione zostaną także czynniki ryzyka, które mogą wpływać na AF, ryzyko tworzenia się zakrzepów oraz prognozowaną skuteczność terapii. Zakres badań diagnostycznych może obejmować:

- EKG (krótkie lub dłuższe badanie, jeśli jest potrzebne).
- Badania krwi w celu oceny funkcji nerek, wątroby, poziomu cukru, elektrolitów i czynności tarczycy.
- Obrazowanie serca (najczęściej ultrasonografia) w celu oceny funkcji serca i dostosowania leczenia.

7. Czynniki ryzyka związane z AF i zarządzanie nimi

Czynniki ryzyka obejmują zarówno elementy stylu życia jak i choroby towarzyszące. Aktywna kontrola czynników ryzyka może poprawić reakcję na leczenie oraz zapobiegać przyszłemu AF, zmniejszyć ryzyko zawałów serca i udarów, a także poprawić ogólne samopoczucie. Pomóc mogą:

- **Obniżenie ciśnienia krwi:** Pacjenci z AF powinni mieć ściśle kontrolowane ciśnienie krwi z celem poniżej 130/80 mmHg dla większości osób.
- **Ćwiczenia fizyczne:** Większość pacjentów z AF nie jest wystarczająco aktywna fizycznie. Regularne ćwiczenia są korzystne dla niemal wszystkich pacjentów z AF. Ćwiczenia można stopniowo zwiększać, a rodzaj aktywności ustalać z zespołem medycznym.
- **Redukcja masy ciała:** W przypadku nadwagi warto skorzystać z programu odchudzania, z celem redukcji 10% masy ciała. Większość pracowników medycznych może zaoferować wsparcie w tym zakresie.
- **Redukcja spożycia alkoholu:** Nawet niewielka ilość alkoholu może zwiększyć ryzyko nawrotu AF. Zaleca się ograniczenie spożycia do maksymalnie 3 standardowych drinków tygodniowo. Należy unikać picia na umór, gdyż jest to istotny czynnik ryzyka dla AF.

- **Kontrola cukrzycy:** Dobra kontrola poziomu cukru we krwi jest ważnym elementem leczenia AF. Niskocukrowa dieta oraz leki mogą pomóc w utrzymaniu kontroli glikemii.

8. Ryzyko powstawania zakrzepów krwi

AF zwiększa ryzyko powstawania skrzepów w sercu, które mogą prowadzić do udaru. Skrzepy mogą również prowadzić do mikrouszkodzeń mózgu, przyczyniając się do demencji. Jeśli podejrzewasz objawy udaru, skorzystaj z metody „FAST”:

- **F (Face)** – Poproś osobę o uśmiech; czy jedna strona twarzy jest opadająca?
- **A (Arms)** – Poproś o uniesienie obu rąk; czy jedna ręka opada?
- **S (Speech)** – Poproś o powtórzenie prostego zdania; czy mowa jest bełkotliwa?
- **T (Time)** – Czas działać; szybka reakcja jest konieczna, aby zminimalizować skutki udaru!

Leki przeciwzakrzepowe (antykoagulanty)

Leki przeciwzakrzepowe zmniejszają zdolność krwi do krzepnięcia i są zalecane dla pacjentów z AF, u których występują czynniki ryzyka zakrzepicy. Najczęściej stosowane antykoagulanty to Apixaban, Dabigatran, Edoxaban lub Rivaroxaban.

Dawkowanie antykoagulantów

Dla większości pacjentów należy stosować standardowe dawki, na przykład:

- **Apixaban:** 5 mg dwa razy dziennie
- **Dabigatran:** 150 mg dwa razy dziennie
- **Rivaroxaban:** 20 mg raz dziennie

Jeśli przepisano warfarynę lub acenokumarol, dawkę ustala się na podstawie badania INR, aby upewnić się, że wartość znajduje się między 2 a 3 przez co najmniej 70% czasu.

Ryzyko krwawienia przy stosowaniu antykoagulantów

Podczas stosowania antykoagulantów należy unikać innych leków i substancji mogących zwiększać ryzyko krwawienia. Mimo tego, że ryzyko krwawienia istnieje, korzyści z przyjmowania antykoagulantów przeważają nad tym ryzykiem w większości przypadków.

9. Kontrola rytmu serca i leki

W przypadku AF, serce może bić szybko i nieregularnie, dlatego konieczne są leki, takie jak beta-blokery czy digoksyna, w celu obniżenia rytmu serca. Diltiazem i werapamil są skuteczne, ale nie są stosowane przy osłabionej funkcji serca. W niektórych przypadkach może być konieczne zastosowanie rozrusznika serca.

Wybór antykoagulantów

Większość pacjentów z AF powinna otrzymywać bezpośrednio doustne antykoagulanty (DOAC), które obejmują leki takie jak apiksaban, dabigatran lub rywaroksaban. Konkretny wybór zależy od lokalnych czynników i preferencji. DOAC wymagają tylko okresowych badań krwi (średnio co 6 miesięcy) w celu monitorowania funkcji nerek i wątroby.

Leki takie jak warfaryna czy acenokumarol mogą być przepisane niektórym pacjentom, np. tym z mechanicznymi zastawkami serca, ciężkimi postaciami choroby zastawki mitralnej, ciężkimi chorobami nerek lub w ciąży. Leki te wymagają częstych badań krwi (INR), aby zapewnić właściwe dawkowanie. Lekarz może zasugerować zmianę z warfaryny na DOAC z kilku powodów:

- Preferencje pacjenta, z uwzględnieniem niższego ryzyka krwawienia.
- Unikanie interakcji z pokarmem i innymi lekami, które częściej występują przy warfarynie czy acenokumarolu

- Trudności z osiągnięciem celu INR.
- Wysokie ryzyko krwawienia w mózgu lub wcześniejsze poważne krwawienie.

Zachowanie bezpieczeństwa przy przywracaniu normalnego rytmu serca

Przywrócenie normalnego rytmu serca może być konieczne, ale czasami sensowne jest opóźnienie tego zabiegu, zwłaszcza jeśli pacjent nie przyjmuje antykoagulantów przez co najmniej 3 tygodnie przed procedurą. Ponadto, leki przywracające rytm mogą mieć skutki uboczne, które należy uwzględnić, aby zwiększyć bezpieczeństwo pacjenta.

Przywracanie normalnego rytmu serca

Powinno być rozważane u wszystkich pacjentów, a lekarz omówi najlepsze metody jako część wspólnego podejmowania decyzji. Celem leczenia jest przywrócenie rytmu zatokowego i jego długoterminowe utrzymanie. Dostępne są różne metody, takie jak:

- Kardiowersja elektryczna (impuls elektryczny do serca z podaniem leków nasennych).
- Leki przywracające rytm, stosowane doraźnie lub długoterminowo.
- Ablacja przezskórna procedura zapobiegająca docieraniu impulsów elektrycznych powodujących AF.
- Ablacja chirurgiczna, wykonywana przez kardiochirurga poprzez dostęp endoskopowy, bez konieczności otwierania klatki piersiowej
- Ablacja chirurgiczna otwarta, zazwyczaj dla pacjentów już poddawanych operacji serca.

Kardiowersja elektryczna

Jeśli pacjent czuje się bardzo źle a leki nie są skuteczne, może być konieczne zastosowanie metody elektrycznej, która jest szybka i bezpieczna. Zabieg polega na aplikacji impulsu elektrycznego do serca przez ścianę klatki piersiowej. Wykonuje się go z podaniem leków nasennych przez anesteziologa, a czas powrotu do zdrowia jest krótki.

Długoterminowa kontrola rytmu

Głównym celem leczenia powinno być zmniejszenie objawów AF oraz poprawa jakości życia. U niektórych pacjentów można preferować utrzymanie normalnego rytmu serca na dłuższą metę, aby zapobiegać niekorzystnym następstwom arytmii i wydłużyć zdrowe życie. W tym celu konieczne może być wykonanie zabiegu ablacji.

Ablacja przezskórna

Ta procedura wykorzystuje drobne narzędzia wprowadzane przez naczynia krwionośne do serca w celu zmodyfikowania zaburzeń elektrycznych odpowiedzialnych za AF. Skuteczność zabiegu zależy od kilku czynników, ale generalnie jest bardziej skuteczna u pacjentów z napadowym AF. Zalecana jest dla pacjentów, u których leki przestały działać lub wywołują działania niepożądane.

Ablacja endoskopowa oraz w trakcie operacje serca

Ablacja endoskopowa wymaga dostępu do serca poprzez niewielkie nacięcia w ścianie klatki piersiowej. Procedura ta wymaga doświadczonego kardiochirurga, więc nie jest dostępna w każdym ośrodku leczących pacjentów z AF. Metoda ta skutecznie tworzy barierę dla aktywności elektrycznej powodującej AF i może być łączona z ablacją przezskórną (ablacja hybrydowa). Zaleca się ją w przypadkach, gdy ablacja cewnikowa nie przyniosła skutku lub pacjent ma przewlekłe AF, które nie reaguje na leczenie farmakologiczne. Podczas zabiegu kardiochirurg może również zamknąć obszar serca, w

którym często tworzą się zakrzepy (uszek lewego przedsionka) jednak, jeśli pacjent ma czynniki ryzyka udaru, nadal będzie musiał stosować leki przeciwzakrzepowe.

Jeśli pacjent ma już zaplanowaną operację serca, kardiochirurg może przeprowadzić ablację AF podczas tego samego zabiegu. Jest to jednak rekomendowane jedynie w ośrodkach posiadających doświadczony zespół chirurgiczny. Podczas operacji kardiochirurg zamyka również obszar serca, w którym często tworzą się zakrzepy (uszek lewego przedsionka), ale pacjenci z czynnikami ryzyka udaru będą musieli nadal stosować leki przeciwzakrzepowe.

10. Ponowna ocena pacjenta

Pacjenci powinni spodziewać się regularnych wizyt kontrolnych u specjalistów, najczęściej kardiologa lub lekarza rodzinnego. W ramach tej opieki lekarz może skierować na konsultacje lub leczenie do specjalistów (na przykład kardi chirurga lub neurologa). Wizyty kontrolne mogą również obejmować konsultacje z innymi specjalistami, takimi jak pielęgniarki, farmaceuci, fizjoterapeuci lub dietetycy.

Jeśli pacjent odczuwa nasilone objawy związane z AF, powinien zgłosić się na konsultację, aby umożliwić dostosowanie planu leczenia. W razie utraty przytomności lub bólu w klatce piersiowej, należy natychmiast skontaktować się lekarzem.