

Prínos všeobecného praktického lekára v skríningu, liečbe a prevencii komplikácií pri fibrilácii predsiení – epidemiologické dáta priamo z praxe

MUDr. Michaela Macháčová

Všeobecný lekár pre dospelých, Topoľčany

Ciel: Cieľom našej práce bolo získať údaje o prevalencii fibrilácie predsiení (FP) a výskyte najčastejších komorbidít u týchto pacientov v našej ambulancii. Posúdiť kvalitu antikoagulačnej liečby u pacientov s FP. Poukázať na rizikové faktory (RF), ktoré sa podieľajú na vzniku FP, a upozorniť na dôležitosť aktívneho vyhľadávania (skríningu) FP u pacientov s RF.

Pacienti a metódy: Do prieskumu boli zaradení pacienti s nevalvulárnou FP, ktorí boli ošetrení na našej ambulancii v období od 1. 3. 2016 do 1. 5. 2017. Sledovali sme u nich výskyt najčastejších komorbidít. U pacientov s RF pre vznik FP sme kontrolovali pulz a pri detekcii iregulárneho pulzu bolo zhotovené 12-zvodové EKG. Pri verifikovaní FP na EKG (ak bol pacient stabilizovaný a nevyžadoval akútnu hospitalizáciu) bola začatá antikoagulačná terapia podľa skórovacieho systému CHA₂DS₂VASc > 2.

Výsledky: Prevalencia FP na našej ambulancii v danom období bola 3,8 %. Najčastejšou komorbiditou bola arteriálna hypertenzia. Anti-koagulačnú liečbu dostávalo 77,4 % pacientov, na antiagregačnej liečbe bolo 19,4 % pacientov, bez akejkoľvek terapie 3,2 % pacientov i napriek splneniu kritérií podľa CHA₂DS₂VASc skórovacieho systému.

Záver: Incidencia a prevalencia FP je vysoká a zvyšuje sa s vekom. Všeobecný leár pre dospelých (VLD) zohráva kľúčovú úlohu v skríningu FP. Včasné začatie a dobrá kontrola antikoagulačnou liečbou pomáha znižovať tromboembolické komplikácie, predovšetkým cievnú mozgovú príhodu (CMP).

Kľúčové slová: epidemiológia, skríning, prevencia

Contribution of general practitioner to screening, treatment and prevention complication by atrial fibrillation – epidemiological data from practice of general practitioner

Aim: The aim of our study was to obtain data of prevalence of atrial fibrillation (AF) and incidence of the most common comorbidities by patients with AF at our office. We assessed the quality of the anticoagulation therapy at AF. We focused on risk factors which play an important role in the incidence of the atrial fibrillation. The screening of AF by the patients with present risk factors is very important.

Patients and methods: Recruited were all patients with AF during period from 1 March 2016 to 1 May 2017. We controlled the pulse by the patients with risk factors of atrial fibrillation. In the case of irregular pulse, ECG was performed. AF detected on ECG (patient was in good condition without acute symptoms which would require hospital admission) we assessed the stroke risk according to CHA₂DS₂VASc > 2 and the anticoagulation therapy was initiated.

Results: The prevalence of AF in our study was 3.8 %. The most common comorbidity was arterial hypertension. Anticoagulation therapy was given 77.4 % of patients, antiplatelet therapy was given 19.4 %, without any therapy were 3.2 % of patients nevertheless they had CHA₂DS₂VASc > 2.

Conclusion: The incidence and prevalence of AF in adult population is high and increases with age. General practitioners (GP) play an important role in AF screening. Immediately initiated and well controlled anticoagulation therapy helps to decrease thromboembolic complication, especially stroke.

Key words: epidemiology, screening, prevention

Via pract., 2017, 14(6): 308–310

Úvod

Fibrilácia predsiení (FP) predstavuje závažný nielen medicínsky, ale aj socioekonomický problém v súvislosti s hospitalizáciou, častejšími rehospitalizáciami, ale hlavne invalidizáciou. Následkom narastajúcej priemernej dĺžky života sa zvyšuje počet pacientov s FP, pretože prevalencia výrazne súvisí s vekom.

Fibrilácia predsiení je z epidemiologického hľadiska závažným ochorením v dôsledku 5-násobného zvýšeného rizika vzniku tromboembolických príhod, hlavne cievej mozgovej

príhody (CMP). Prevalencia sa líši v závislosti od veku a pohlavia. FP sa vyskytuje v 0,12 – 0,16 % prípadov u pacientov mladších ako 49 rokov, v 3,7 – 4,2 % osôb vo veku 60 – 70 rokov, 10 – 17 % vo veku nad 80 rokov života. Postihuje častejšie mužov, pomer mužov k ženám je 1,2 : 1 (1). Podľa Framinghamskej štúdie je riziko vzniku FP vo veku nad 40 rokov 1 : 4 (každý štvrtý) (2). Očakáva sa, že do roku 2030 bude v Európskej únii FP trpieť 14 – 17 miliónov pacientov, každoročne pribudne 120 000 – 215 000 novodiagnostikovaných pacientov, a to hlavne u pacientov nad 65 rokov a pacien-

tov s komorbiditami ako arteriálna hypertenzia (AH), chronické srdcové zlyhávanie (CHSZ), ischemická choroba srdca, obezita, diabetes mellitus, chronické ochorenie obličiek, valvulárne postihnutie srdca, obštrukčné spánkové apnoe, nadmerný príjem alkoholu, nadmerná fyzická aktivita (3). Do popredia vstupuje nadváha/obezita ako významný rizikový faktor vzniku FP. Framinghamská štúdia preukázala, že nárast BMI o 1,0 koreluje so vzostupom rizika výskytu FP o 4 – 5 % (4).

Riziko úmrtia je dvojnásobne zvýšené pri FP, nezávislé od iných prediktorov mortality.

Tabuľka 1. Praktické odporúčania pre VLD pri fibrilácii predsiení (7)

Skríning FP: každý pacient > 65 rokov
CHA2DS2VASc > 2 okamžité začatie AKT
CHA2DS2VASc > 1 zväzovanie tzv. terapie šitej na mieru
Antiagregačná terapia (aspirín) NEMÁ ŽIADY EFEKT v prevencii CMP pri FP
AKT – antikoagulačná terapia

Tabuľka 2. Charakteristika súboru pacientov

Charakteristiky pacientov	Ambulancia VLD – vlastné dáta
Počet pacientov	2 358
Počet pacientov s FP	93
Priemerný vek (roky)	73,51
Muži/Ženy %	45,2/54,8 %

Približne každá piata CMP je spôsobená FP, paroxyzmálna FP so sebou prináša rovnaké riziko ako permanentná alebo perzistujúca FP. FP predstavuje jednu tretinu príčin hospitalizácií v nemocnici v dôsledku srdcových arytmií. Zhoršenie kognitívnych dysfunkcií u pacientov s FP až rozvoj demencie bývajú časté. Pacienti s FP majú signifikantne horšiu kvalitu života v porovnaní so zdravými osobami, všeobecnou populáciou alebo pacientmi s ICHS so sínusovým rytmom (5). **Až 1/3 pacientov s FP je asymptomatických.**

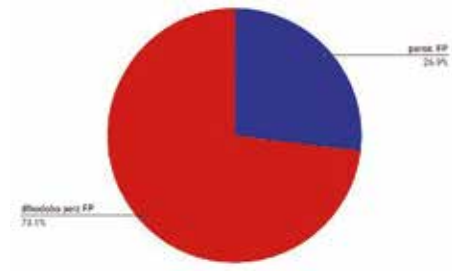
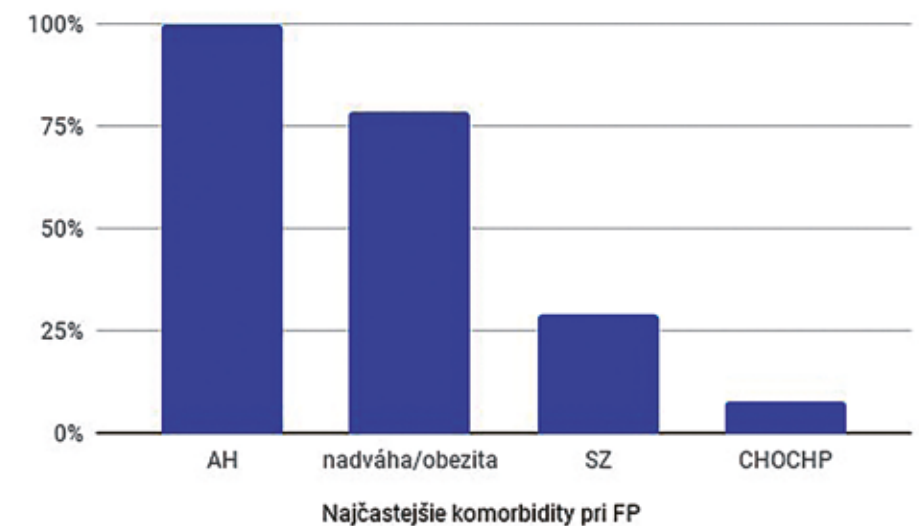
Súbor pacientov a metódy

Do epidemiologického prieskumu boli zaradení pacienti z našej praxe s diagnózou nevalvulárna fibrilácia predsiení. Obdobie zbierania údajov prebiehalo od 1. 3. 2016 – 31. 5. 2017.

Cieľ

Cieľom bolo skúmanie získať epidemiologické dáta, údaje o najčastejších komorbiditách u pacientov s FP, posúdiť antikoagulačnú/antitrombotickú liečbu. Zistiť pomer zastúpenia fibrilácie predsiení u mužov a žien, získať údaj, koľko pacientov trpí na paroxyzmálnu FP v porovnaní s pacientmi s pretrvávajúcou FP. Získať údaj o prevalencii FP u pacientov na našej ambulancii.

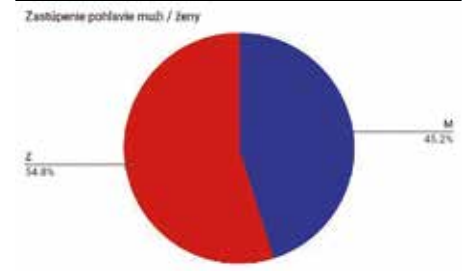
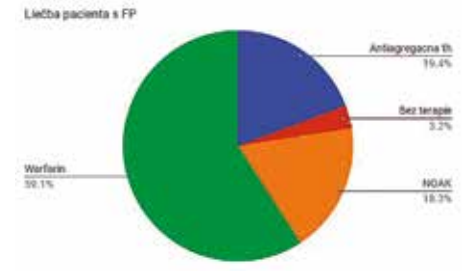
Jediný spôsob ako detegovať FP je jednoduché, neinvazívne vyšetrenie – palpácia periférneho pulzu. Stratégia včasnej detekcie FP znamená zameranie sa na rizikovú skupinu pacientov: vek > 65 rokov, arteriálna hypertenzia, pacienti po prekonanej TIA/CMP, systémový embolizmus, srdcové zlyhávanie, obštrukčné spánkové apnoe, pacienti s abúzom alkoholu (6). Pacienta s diagnostikovanou FP, v prípade ak je kardiopulmonálne kompenzovaný, asymptomatický, s optimálnou frekvenciou, odosielame na

Obrázok 1. Prevalencia FP – vlastné dáta**Obrázok 3.** Percentuálne vyjadrenie paroxyzmálnej verzus dlhodobo perzistujúcej FP**Obrázok 5.** Najčastejšie komorbidity u pacientov s FP

ďalšiu diagnostiku k špecialistovi. **Avšak práve tu môže VLD po ďalšom zvážení indikácie začať antikoagulačnú liečbu ešte predtým, ako sa pacient dostane k odborníkovi.**

Ku každému pacientovi pristupujeme individuálne, volíme tzv. terapiu šitú na mieru. Riziko vzniku tromboembolických príhod, hlavne CMP je rovnaké pri všetkých typoch FP.

Skórovací systém CHA2DS2-VASc využívame na stratifikáciu rizika CMP pred začatím antikoagulačnej terapie. Súčasne pri rozhodovaní o začatí antikoagulačnej terapie je vhodné posúdiť mieru rizika krvácajúcich komplikácií pomocou modifikovateľných a nemodifikovateľných rizikových faktorov u pacienta na antikoagulačnej liečbe, ktorých ovplyvnenie, eventuálne vyriešenie zníži riziko krvácania. HAS-BLED krvácavé

Obrázok 2. FP u mužov a žien – vlastné dáta**Obrázok 4.** Liečba FP v našej ambulancii u pacientov s FP

rizikové skóre je jedným zo skóre uvádzaným v tomto systéme. Kontrola INR je realizovaná v pravidelných intervaloch v našej ambulancii prostredníctvom POCT analyzátoru. Prehľad praktických odporúčaní pre VLD uvádzame v tabuľke 1.

Výsledky

Počas zbierania epidemiologických dát bolo v našej ambulancii registrovaných 2 358 pacientov. Z toho 93 pacientov malo diagnostikovanú FP (96,2 % pacientov bez FP, 3,8 % pacientov s FP) (obrázok 1). V sledovanej populácii bolo 45,2 % mužov a 54,8 % žien, ktoré mali diagnostikovanú nevalvulárnu fibriláciu predsiení (obrázok 2). Priemerný vek pacienta bol 73,51 rokov (tabuľka 2).

V sledovanom súbore pacientov bola u 26,9 % pacientov diagnostikovaná paroxysmálna fibrilácia predsiení, 73,1 % malo dlhodobu perzistujúcu FP (obrázok 3).

Na antikoagulačnej liečbe novými antikoagulantami (NOAK) bolo 17 pacientov (18,3 %), 55 pacientov (59,1 %) bolo nastavených na liečbu warfarínom, antiagregačnú terapiu dostávalo 18 pacientov (19,4 %). Bez akejkoľvek antikoagulačnej/antiagregačnej liečby boli 3 pacienti (3,2 %) (obrázok 4). Dôvodom bolo odmietnutie zo strany pacienta i napriek vysvetleniu, aké úskalia a komplikácie so sebou FP prináša.

V našom súbore pacientov sa potvrdilo postavenie arteriálnej hypertenzie (100 %), obezity (78,49 %) a chronického srdcového zlyhávania (29,03 %) ako rozhodujúcich komorbidít. Cievná mozgová príhoda (27,96 %) a tranzitórny ischemický atak (4,3 %) nastal v dôsledku asymptomatickej FP, verifikovanej až počas hospitalizácie pacienta. Ďalších 7,53 % pacientov trpelo chronickou obštrukčnou chorobou pľúc (CHOCHP) (obrázok 5).

Diskusia

Prevalencia FP sa zvyšuje s vekom, v našom súbore pacientov sa tento údaj zhoduje so svetovými údajmi, priemerný vek pacienta bol 73,51 rokov. Zaujímavým a prekvapujúcim zistením bolo, že na druhom mieste ako rizikový faktor vzniku FP dominuje obezita. V súčasnosti sa výskyt obezity/nadváhy posúva do nižších vekových kategórií a vystupuje do popredia, tak ako už bolo zmienené vyššie. Obezita s BMI > 30 kg/

m² zvyšuje riziko prechodu FP z paroxysmálnej do permanentnej (8). I napriek vzrastajúcej prevalencii FP do epidemických rozmerov a s ňou súvisiacich komplikácií je stále veľké percento pacientov neadekvátne liečených alebo neliečených antikoagulačnou terapiou vôbec, tak ako to ukazujú aj výsledky v našom súbore. Liečba NOAK bola začatá vždy špecialistom. V súčasnej situácii je na Slovensku začiatok liečby NOAK v ambulancii VLD tzv. hudbou budúcnosti v dôsledku legislatívnych obmedzení.

Pre VLD predstavuje warfarín jedinou možnosť začatia s antikoagulačnou liečbou u novodiagnostikovaného pacienta s FP, ktorý podľa skórovacieho systému CHA₂DS₂VASc spĺňa kritériá.

Terapia warfarínom bola v našom súbore začatá u všetkých pacientov, ktorí kritériá spĺňali. Na zamyslenie zostáva skutočnosť, že antiagregačná liečba bola odporučená práve špecialistom.

Záver

Ako bolo spomenuté na začiatku, len proaktívny prístup môže znížiť riziko tromboembolizmu, ktorý so sebou toto ochorenie prináša. Lenže v prevencii tromboembolizmu, pri ktorom dominuje hlavne CMP, treba pri FP aktívne pristupovať nielen zo strany lekára, pacienta, ale aj celej spoločnosti a systému, ktorý sa podieľa na tvorbe legislatívy. Práve VLD môže tento nepriaznivý štatistický údaj zvrátiť, a to zmeneným trojstupňovým prístupom k pacientovi potenciálne ohrozenému FP, ktorý zahŕňa:

1. aktívny skrining FP v rizikových skupinách, 2. včasne začatú a pravidelne kontrolovanú antikoagulačnú liečbu, 3. dôslednú kontrolu a manažovanie rizikových faktorov.

Stále platí, že prevencia je lacnejšia a účinnejšia ako liečba. Najvýznamnejším benefitom pre pacienta i pre zdravotný systém je zníženie rizika vzniku devastacej CMP.

Literatúra

1. Kmec J. Praktický manažment pacienta s perzistujúcou fibriláciou predsiení, *Praktická a preventívna kardiológia*. 2016.
2. Conen D, Osswald S, Albert Ch. Epidemiology of atrial fibrillation [online]. *Swiss med wksly*. 2009; 139(25–262): 346–352. Available from: <www.smw.ch>.
3. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACT. *European Heart Journal*. 2016; 37: 2893–2962.
4. Wang TJ, Parise H, Levy D, et al. Obesity and the risk of new-onset atrial fibrillation. *JAMA*. 2004; 292: 2471–2477.
5. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACT. *European Heart Journal*. 2016; 37: 2893–2962.
6. Machacova M, Murín J. Prevencia cievnej mozgovej príhody u pacientov s fibriláciou predsiení. Centrum odborných postupov SSVPL 1. vyd. Bratislava. *Všeobecný praktik*. 2014; 2.
7. Hobb, et al. *EJPS*. 2016; 23(5): 460–473.
8. Tsang TS, Barnes ME, Miyasaka Y, Cha SS, Bailey KR, Verzoga GC, Seward JB, Gersh BJ. Obesity as a risk factor for the progression of paroxysmal to permanent atrial fibrillation: a longitudinal cohort study of 21years. *EurHeart J*. 2008 Sep; 29(18): 2227–33.

MUDr. Michaela Macháčová

Všeobecný lekár pre dospelých
MIMAD, s. r. o.

Krušovská 19, 955 01 Topoľčany
machacovam@gmail.com