

Ključne poruke preporuka za lečenje atrijalne fibrilacije Evropskog udruženja kardiologa 2024

Dejan Petrović

Medicinski fakultet Niš, Institut „Niška Banja“ Niš

Sažetak

Jedna od ključnih poruka ovih preporuka je optimalna terapija primenom AF-CARE principa koji uključuje: C – lečenje komorbiditeta i faktora rizika: A – prevencija šloga i tromboembolizma: R – redukcija simptoma kontrolom srčane frekvence i ritma i E – evaluacija i dinamska ponovna procena. Optimalni tretman prema AF-CARE principu obuhvata: preporuke za životni stil, psihosocijalna podrška, obrazovanje i podizanje svesti za pacijente, članove porodice besprekorna koordinacija između primarne zdravstvene zaštite i specijalizovane AF nege. Takođe se ističe i zajedničko donošenje odluka, multidisciplinarni timski pristup, edukacija i osnaživanje pacijenata, sa naglaskom na brigu o sebi, strukturirani obrazovni programi za zdravstvene radnike i tehnološka podrška. AF je povezana sa visokim rizikom od tromboembolije, uključujući ishemijski moždani udar, arterijski embolizam i njihove komplikacije. Oralnu antikoagulantnu terapiju treba da dobiju gotovo svi pacijenti sa kliničkom AF, osim onih sa niskim rizikom od tromboembolije. Preporučuju se lokalni validirani skorovi ili CHA2DS2-VA skor za procenu rizika tromboembolizma i ponovnu procenu u periodičnim intervalima kako bi se donosile adekvatne odluke o primeni oralne antikoagulantne terapije.

Ključne reči atrijalna fibrilacija, tromboembolizam, oralna antikoagulantna terapija

Dana 21.09.2024.godine izašle su najnovije preporuke za lečenje atrijalne fibrilacije (AF) evropskog udruženja kardiologa. AF ima jako veliki uticaj na pacijenta, zdravstvenu službu i društvo. AF je najčešća dugotrajna srčana aritmija kod odraslih i značajno je povezana sa povećanim morbiditetom i mortalitetom. Prevalencija AF kod odraslih je između 2% i 4% i starenje je važan faktor rizika za nastanak AF. Rizik od AF niži je kod **žena** u odnosu na muškarce i predviđa se do 2030. godine u Evropskoj Uniji učestalost AF će dostići 14-17 miliona ljudi. Ove preporuke Evropskog kardiološkog društva imaju cilj da pomognu u primeni bolje nege i terapije za pacijentne sa AF. Lečenje AF mora biti usmereno na pacijenta sa donošenjem zajedničkih odluka i multidisciplinarnim timom.

Za postavljanje dijagnoze AF potrebna je EKG dokumentacija. Standardno snimanje EKG-a u 12 odvođa ili EKG u jednom odvodu od ≥ 30 s koji pokazuje srčani ritam bez uočljivih ponavljajućih P talasa i nepravilnih RR intervala (kada atrioventrikularna provodljivost nije poremećena). Klinička AF se definiše kao simptomatska ili asimptomatska AF koja je jasno dokumentovana EKG-om. Klasifikacija kliničke AF po vremenskom šablonu: novodijagnostikovana AF, paroksizmalna AF, perzistentna AF i permanentna AF. Jedna od ključnih poruka ovih preporuka je optimalna terapija primenom AF-CARE principa koji uključuje: C – lečenje komorbiditeta i faktora rizika: A – prevencija šloga i tromboembolizma: R – redukcija simptoma kontrolom srčane frekvence i ritma i E – evaluacija i dinamska ponovna procena. Optimalni tretman prema AF-CARE principu obuhvata: preporuke za životni

stil, psihosocijalna podrška, obrazovanje i podizanje svesti za pacijente, članove porodice i negovatelje, besprekorna koordinacija između primarne zdravstvene zaštite i specijalizovane AF nege. Takođe se ističe i zajedničko donošenje odluka, multidisciplinarni timski pristup, edukacija i osnaživanje pacijenata, sa naglaskom na brigu o sebi, strukturirani obrazovni programi za zdravstvene radnike i tehnološka podrška (e-Health, m-Health, telemedicina). U prethodnim preporukama za lečenje AF iz 2020 godine imali smo ABC pristup koji je obuhvatao A – antikoagulantna terapija i prevencija moždanog udara, B – bolja kontrola simptoma i C – lečenje komorbiditeta i kardiovaskularnih faktora rizika. Kada se uporede ova dva principa optimalne evaluacije i terapije pacijenata sa AF vidimo da nema suštinske razlike.

Nakon postavljanja dijagnoze AF sledi inicijalna evaluacija koja uključuje anamnezu, procenu simptoma i njihovog uticaja, testove krvi, ehokardiografiju/druga snimanja, događaje koje je prijavio pacijent i evaluaciju faktora rizika za tromboemboliju i krvarenje. Temeljna i sveobuhvatna evaluacija i lečenje komorbiditeta i faktora rizika za kardiovaskularne bolesti (KVB) su ključni za potpuno zbrinjavanje i lečenje pacijenata sa AF kako bi se izbeglo ponavljanje i progresija AF, poboljšao uspeh lečenja AF i sprečili neželjeni događaji povezani sa AF. Posebna pažnja je neophodna u prisustvu nekih stanja koja su udružena sa AF: višegodišnja hipertenzija, srčana slabost, dijabetes melitus, gojaznost, opstruktivna apneja u snu, fizička neaktivnost i visok unos alkohola.

AF je povezana sa visokim rizikom od tromboembolije posebno u mozgu koja se može sprečiti, uključujući

ishemijski moždani udar, arterijski embolizam i njihove komplikacije. AF povećava skoro 5 puta rizik od moždanog udara, procenjeno je da je AF u 20% uzrok svih moždanih udara i kriptogeni moždani udar je u 25 do 35 % uzrokovan AF. AF je često asimptomatska. Oralne antikoagulanse (OAK) treba da dobiju gotovo svi pacijenti sa kliničkom AF, osim onih sa niskim rizikom od tromboembolije. Preporučuju se lokalni validirani skorovi ili CHA2DS2-VA skor za procenu rizika i ponovnu procenu u periodičnim intervalima kako bi se donosile adekvatne odluke o primeni OAK terapije. Za procenu rizika potrebna je evaluacija i drugih modifikatora rizika kao što su onkološka oboljenja, hronična bolest bubrega, etnička pripadnost, biomarkeri (troponin i natriuretski peptid) a u specifičnim grupama i uvećanje pretkomora, hiperlipidemija, pušenje i gojaznost. Pacijente sa CHA2DS2-VA skorom od 1 treba razmotriti za OAK a rezultat skora od 2 ili više se preporučuje za uzimanje OAK. OAK se preporučuje svim pacijentima sa AF i hipertrofičnom kardiomiopatijom ili srčanom amiloidozom, bez obzira na rezultat CHA2DS2-VA, kako bi se sprečio ishemijski moždani udar ili tromboembolizam. Individualna ponovna procena tromboembolijskog rizika se preporučuje u određenim intervalima kod pacijenata sa AF kako bi se osiguralo da se OAK terapija započne kod adekvatnih pacijenata. Može se razmotriti direktna OAK terapija kod pacijenata sa asimptomatskom AF otkrivenom uređajem i povišenim tromboembolijskim rizikom, isključujući pacijente sa visokim rizikom od krvarenja. Antitrombocitni lekovi se ne preporučuju kao zamena za OAK terapiju. Većini pacijenata sa AF treba ponuditi DOAK (apiksaban, dabigatran, edoksaban i rivaroksaban). Oni su poželjniji u odnosu na antagoniste vitamina K (VKA) kao što je varfarin zbog veće efikasnosti a niže stope intrakranijalnog krvarenja i smrti, osim kod pacijenata sa veštačkom valvulom ili umerenom do teškom mitralnom stenozom. Preporučuje se puna tj. standardna doza DOAK-a, osim ako pacijent ne ispunjava specifične kriterijume za smanjenje doze. U smernicama za AF 2020 ESC za procenu rizika od moždanog udara preporučuje se pristup zasnovan na faktoru rizika, korišćenjem ocene kliničkog rizika od moždanog udara skorom CHA2DS2-VASc. Dakle u najnovijim preporukama u preporučenom skor za procenu rizika od moždanog udara kao komponenta se ne koristi pol.

Tokom primene OAK terapije potrebno je poboljšati bezbednost pacijenata. Preporučuje se procena i lečenje svih faktora rizika od krvarenja koji se mogu promeniti. Izbegavati istovremenu primenu OAK i antitrombocitnih lekova za prevenciju moždanog udara. Zajedničko propisivanje različitih antitrombocitnih lekova je obično potrebno samo kod akutnih vaskularnih događaja ili je potrebna kratkotrajna terapija tokom izvođenja procedura. Savetuje se razmatranje interakcije lekova sa OAK terapijom u cilju sprečavanja neželjenih događaja, posebno nesteroidnih antiinflamatornih lekova. Pacijentima se savetuje adekvatna kontrola povišenog krvnog pritiska i smanjen unos alkohola. Neophodna je adekvatna kontrola INR-a u opsegu 2.0-3.0, au slučaju velikih varijacija INR-a savetuje se primena DOAK-a umesto VKA. Upotreba skorova rizika od krvarenja za odlučivanje o započinjanju ili isključenju OAK se ne preporučuje kod

pacijenata sa AF kako bi se izbegla nedovoljna upotreba antikoagulantnih lekova. Ovo je takođe značajna razlika u odnosu na ESC smernice za AF 2020 godine koje su za procenu rizika od krvarenja preporučivali primenu HAS-BLED skora.

Kod pacijenata sa AF preporučuje se terapija kontrole brzine SF kao inicijalna terapija i dodatak terapiji za kontrolu ritma ili kao jedina strategija lečenja za kontrolu SF i smanjenja simptoma. Za kontrolu srčane frekvence (SF) kod pacijenata sa AF treba koristiti beta blokatore kod pacijenata sa bilo kojom ejectionom frakcijom, digoksin nevezano za ejectionu frakciju ili verapamil/diltiazem kod pacijenata sa ejectionom frakcijom većom od 40% kao početnu terapiju u akutnim stanjima, kao dodatak terapiji za kontrolu ritma ili kao jedinu strategiju lečenja za kontrolu SF i simptoma. Kontrolu SF u mirovanju od < 110/minut treba smatrati početnim ciljem za pacijente sa AF, uz strožu kontrolu SF kod onih pacijenata sa stalnim simptomima AF. Ablaciju atrioventrikularnog čvora u kombinaciji sa implantacijom pejsmejke treba razmotriti za kontrolu rada srca i redukciju simptoma kod pacijenata koji ne reaguju ili ne ispunjavaju uslove za intenziviranu terapiju kontrole SF i ritma.

Kontrolu ritma treba razmatrati kao opciju lečenja AF kod svih odgovarajućih pacijenata, uz detaljno razmatranje svih potencijalnih koristi i rizika. Pokušaj obnavljanja sinusnog ritma predstavlja racionalan prvi korak. Kod pacijenata sa simptomima treba uzeti u obzir faktore pacijenta koji favorizuju pokušaj kontrole ritma, uključujući sumnju na tahikardiomiopatiju, kratku istoriju AF i nedilatiranu levu pretkomoru. Opcije za kontrolu ritma uključuju kardioverziju, (električna ili farmakološka primenom antiaritmjskih lekova), kateter ablacija, endoskopska / hibridna ablacija, hirurška ablacija, ablacija / pace metoda. Primarna indikacija za kontrolu ritma treba da bude smanjenje simptoma povezanih sa AF i poboljšanje kvaliteta života. Kod pacijenata sa kardiomiopatijom izazvanom tahikardijom ili odabranim pacijentima sa AF i HFrEF, održavanje sinusnog ritma je povezano sa nižim stopama mortaliteta i morbiditeta. U sličaju hemodinamske nestabilnosti prva opcija je elektrokardioverzija a u suprotnom prva opcija je farmakološka kardioverzija. Kateter ablaciju je potrebno razmotriti kao opciju druge linije ako antiaritmjski lekovi ne mogu da kontrolišu AF, ili opciju prve linije kod pacijenata sa paroksizmalnom AF. Istovremena hirurška ablacija se preporučuje kod pacijenata koji su podvrgnuti operaciji mitralne valvule i AF koji je pogodan za strategiju kontrole ritma da bi se sprečili simptomi i ponavljanje AF, uz zajedničko donošenje odluka uz podršku iskusnog tima elektrofiziologa i hirurga za aritmije. OAK terapija u trajanju od najmanje 3 nedelje se preporučuje pre zakazane kardioverzije AF i atrijalnog flatera da bi se prevenirao tromboembolizam povezan sa procedurom. U slučaju trajanja terapije OAK manje od 3 nedelje, preporučuje se transezofagealna ehokardiografija za isključenje srčanog tromba ne bi li se omogućila rana kardioverzija. Nastavak terapije OAK se preporučuje u trajanju od najmanje 4 nedelje kod svih pacijenata nakon kardioverzije i dugotrajno kod pacijenata sa faktorima rizika za tromboembolizam, bez obzira da li je sinusni ritam postignut,

radi sprečavanja tromboembolije. Ove preporuke o primeni OAK terapije u kontroli ritma se ne razlikuju značajnije od ESC 2020 preporuka.

Šta nam donose nove preporuke?

- Atrijalna fibrilacija je glavni faktor rizika za tromboemboliju, bez obzira da li je paroksizmalna, uporna ili trajna.
- Pravovremena pažnja na promenljive faktore rizika i prateće komorbiditete ima potencijal da uspori ili preokrene napredovanje AF, poveća kvalitet života i spreči neželjene ishode kao što su srčana insuficijencija, tromboembolija i velika krvarenja.
- Centralna komponenta ovog modela je terapijski odnos između pacijenta i multidisciplinarnog tima zdravstvenih radnika.
- Ovo uključuje kontrolu simptoma, preporuke za način života, psihosocijalnu podršku i lečenje komorbiditeta, zajedno sa optimalnim medicinskim tretmanom koji se sastoji od farmakoterapije, kardioverzije i interventne ili hirurške ablacije.
- Periodične ponovne promene terapije i procena postojanja novih modifikujućih faktora rizika čija korekcija može usporiti progresiju AF ili dovesti do regresije AF, poboljšati kvalitet života i prevenirati neželjene događaje.
- Olakšavaju zajedničko odlučivanje lekara i pacijenta.

Literatura

1. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation (ESC) Eur Heart J 2024;45(36):3314–3414. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>
2. Hindricks G, Potpara T, Dagres H, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation Eur Heart J 2021;42(5):373–498.
3. Alam M, Bandeali SJ, Shahzad SA, Lakkis N. Real-life global survey evaluating patients with atrial fibrillation (REALISE-AF): results of an international observational registry. Expert Rev Cardiovasc Ther 2012;10:283–291. <https://doi.org/10.1586/erc.12.8>
4. De With RR, Erküner Ö, Rienstra M, et al. Temporal patterns and short-term progression of paroxysmal atrial fibrillation: data from RACE V. Europace 2020;22:1162–1172. <https://doi.org/10.1093/europace/euaa123>
5. Packer DL, Mark DB, Robb RA, et al. Effect of catheter ablation vs antiarrhythmic drug therapy on mortality, stroke, bleeding, and cardiac arrest among patients with atrial fibrillation: the CABANA randomized clinical trial. JAMA 2019;321:1261–1274. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.0693>
6. Marrouche NF, Brachmann J, Andresen D, et al. Catheter ablation for atrial fibrillation with heart failure. N Engl J Med 2018; 378:417–427. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1707855>
7. Svendsen JH, Diederichsen SZ, Højberg S, et al. Implantable loop recorder detection of atrial fibrillation to prevent stroke (The LOOP Study): a randomised controlled trial. Lancet 2021;398:1507–1516. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01698-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01698-6)
8. Svernlund E, Friberg L, Frykman V, et al. Clinical outcomes in systematic screening for atrial fibrillation (STROKESTOP): a multicentre, parallel group, unmasked, randomised controlled trial. Lancet 2021;398:1498–1506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01637-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01637-8)
9. Healey JS, Connolly SJ, Gold MR, et al. Subclinical atrial fibrillation and the risk of stroke. N Engl J Med 2012;366:120–129. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1105575>
10. McIntyre WF, Healey JS, Bhatnagar AK, et al. Vernakalant for cardioversion of recent-onset atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. Europace 2019;21:1159–1166. <https://doi.org/10.1093/europace/euz175>
11. Bager JE, Martín A, Carbajosa Dalmau J, Simon A, Merino JL, Ritz B, et al. Vernakalant for cardioversion of recent-onset atrial fibrillation in the emergency department: the SPECTRUM study. Cardiology 2022;147:566–577. <https://doi.org/10.1159/000526831>
12. Pluymaekers N, Dudink E, Luermans J, et al. Early or delayed cardioversion in recent-onset atrial fibrillation. N Engl J Med 2019;380:1499–1508. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1900353>
13. Lubitz SA, Yin X, Rienstra M, et al. Long-term outcomes of secondary atrial fibrillation in the community: the Framingham Heart Study. Circulation 2015;131:1648–1655. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.014058>

Abstract

Key messages of the recommendations for the treatment of atrial fibrillation of the European Association of Cardiology 2024 (ESC)

Dejan Petrovic

Faculty of Medicine, University of Nis, Institute "Niska Banja", Nis

One of the key messages of these recommendations is optimal therapy using the AF-CARE principle, which includes: C - treatment of comorbidities and risk factors: A - prevention of stroke and thromboembolism: R - reduction of symptoms by controlling heart rate and rhythm and E - evaluation and dynamic re-assessment. Optimal treatment according to the AF-CARE principle includes: lifestyle recommendations, psychosocial support, education and awareness raising for patients, family members and caregivers, seamless coordination between primary health care and specialized AF care. Shared decision-making, multidisciplinary team approach, patient education and empowerment, with an emphasis on self-care, structured educational programs for healthcare workers and technological support are also highlighted. AF is associated with a high risk of thromboembolism, including ischemic stroke, arterial embolism, and their complications. Oral anticoagulant therapy should be given to almost all patients with clinical AF, except those at low risk of thromboembolism. Locally validated scores or the CHA2DS2-VA score are recommended to assess the risk of thromboembolism and to reassess at periodic intervals in order to make adequate decisions about the use of oral anticoagulant therapy.

Key words: atrial fibrillation, thromboembolism, oral anticoagulant therapy