



Úvodník | Editorial

Současný stav chirurgické a hybridní léčby fibrilace síní

(Current state of surgical and hybrid therapy of atrial fibrillation)

Miloš Táborský, Marek Vícha

I. interní klinika – kardiologická, Lékařská fakulta Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice Olomouc, Olomouc, Česká republika

Fibrilace síní (FS) je nejčastější arytmií absolutně, je nepochybně příčinou významné morbidity a mortality. Framinghamská studie uvádí 50–90% nárůst celkové mortality u pacientů s touto arytmií ve srovnání s populací se sinusovým rytmem. Fibrilace síní je spojena s nárůstem morbidity zejména kvůli zvýšenému riziku cévní mozkové příhody, periferní embolizace, srdečního selhání a vaskulární demence. Je nepochybně také významným socioekonomickým problémem, neboť zejména náklady na dlouhodobou léčbu následků této arytmie spotřebovávají výraznou část rozpočtu určeného pro zdravotnictví. Proto klademe v současné době důraz na důslednou primární a sekundární prevenci FS.

Nyní postrádáme skutečně aktuální epidemiologická data o výskytu FS. Dvouprocentní prevalence v dospělé populaci s výrazně narůstajícím výskytem nad 65 let věku budou ve skutečnosti, počítáme-li i asymptomatické epizody, výrazně vyšší. Řada zdrojů hovoří až o 5% výskytu této arytmie u osob dospělého věku.

Musíme si tedy nutně klást otázku, co se nám v posledních letech podařilo anebo také nepodařilo v léčbě pacientů s fibrilací síní:

Zlepšilo se povědomí o antikoagulační léčbě jako účinné prevenci tromboembolických komplikací FS. Paradoxně edukační aktivity spojené se zavedením přímých perorálních antikoagulancií do klinické praxe zvýšily počet antikoagulovaných pacientů jak warfarinem, tak moderními molekulami a přinesly vymýcení některých dlouhodobě tradovaných dat, jako je například kontraindikace antikoagulační terapie u pacientů s rizikem opakovaných pádů a řada dalších.

Standardizovala se indikace, příprava a vlastní provedení kardioverze fibrilace síní, která je dnes běžně do-

stupná pro všechny nemocné na regionální úrovni. Na druhé straně je nutno říci, že se na ni stále v běžné klinické praxi, zejména na úrovni praktických lékařů, relativně málo myslí anebo se indikuje relativně pozdě.

V posledních letech výrazně narůstá počet provedených katetrizačních ablací FS. Tyto výkony jsou realizovány ve specializovaných kardiocentrech, postupně se zvyšuje podíl nemocných ablovaných pro perzistující či permanentní FS (obr. 1). Nicméně problémem je a do budoucna i bude zejména personální limitace (výuka zkušeného elektrofyziologa, který může bezpečně provádět tyto výkony, trvá nad rámec atestace přibližně pět let) a vlastní kapacita elektrofyziologických laboratoří včetně ekonomických aspektů. Je třeba také vědět, že přibližně 20 % pacientů musí postoupit druhý, eventuálně třetí výkon k dosažení stabilního sinusového rytmu. Nikdy, a to ani v ekonomicky nejvyspělejších zemích, nebude kapacita elektrofyziologických laboratoří schopna zvládnout veškeré pacienty, u nichž jsou ablace indikovány.

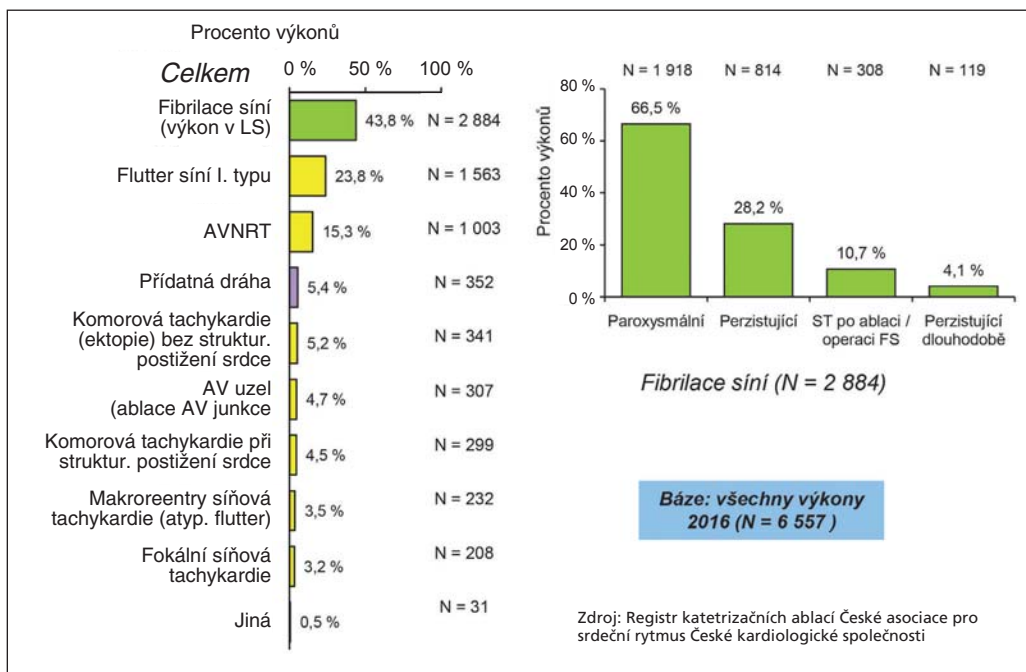
Domnívám se, že je velmi dobře zvládnuta problematika chirurgické ablace FS jako součást komplexních kardiochirurgických výkonů. Nedílnou součástí každého indikačního protokolu pacienta s FS s indikací k jakémukoliv kardiochirurgickému zákroku je také indikace operace maze. Dat o účinnosti tohoto postupu je dostatek, namátkou jmenuji např. práci Marca Gillinova o chirurgické ablaci FS u pacientů podstupujících výkony na mitrální chlopni z roku 2015. Přidání chirurgické ablace FS nad rámec chlopenní chirurgie vedlo k výrazně vyššímu udržení sinusového rytmu během 12 měsíců po operaci ve srovnání se skupinou pacientů postupujících pouze operací mitrální chlopně.

Jsem velmi potěšen zvyšující se aktivitou kardiochirurgů v léčbě fibrilace síní. Chirurgická léčba FS stojí v obecné ro-

Adresa: Prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, FACC, MBA, I. interní klinika – kardiologická, Lékařská fakulta Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice Olomouc, I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc, e-mail: milos.taborsky@fnol.cz

© 2017 The Czech Society of Cardiology. Published by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

DOI: 10.1016/j.crvasa.2017.07.001



Obr. 1 – Postavení fibrilace síní ve spektru katetrizačních ablací prováděných v ČR (2016). AV – atrioventrikulární; AVNRT – atrioventrikulární nodální reentry tachykardie; FS – fibrilace síní; LS – levá síň; ST – sinusová tachykardie.

vině na třech pilířích: 1. izolaci triggerů a přerušení elektrofyziologického substrátu vzniku a udržení FS na úrovni levé i pravé síně, 2. restauraci síňokomorové synchronizace se všemi hemodynamickými důsledky, 3. restauraci a udržení mechanické funkce síní se zlepšením diastolického plnění s prevencí vzniku tromboembolických komplikací.

Miniinvasivní chirurgické přístupy výrazně zlepšily vnímání primárně chirurgické ablace fibrilace síní, nicméně počet pacientů s FS, u nichž je miniinvasivní chirurgický přístup indikován a realizován, je naprosto nedostatečný. Může to být také důsledek skutečnosti, že v současné době nemáme kvalitní data, která by potvrdila dlouhodobý vliv tohoto inovativního přístupu. Důležité budou výsledky registru Evropské kardiologické společnosti EHAFAR (Epicardial/Hybrid Atrial Fibrillation Ablation Registry), studie CEASE-AF a řady dalších, a budou-li pozitivní, nepochybně ovlivní doporučené postupy. Samostatnou kapitolou jsou určité hybridní výkony, kdy kombinace primárně chirurgické ablace s následným elektrofyziologickým výkonem mohou přinést pozitivní výsledky zejména u pacientů s perzistentní či permanentní formou FS.

Jedním z bodů, který je nedostatečný a je skutečně zásadní v interpretaci kardiochirurgického přístupu k léčbě FS, je kvalita monitorace rytmu a skutečná data o udržení sinusového rytmu, o dlouhodobých datech nemluví. Je evidentní, že 24hodinová holterovská monitorace je pro interpretaci rytmu u těchto pacientů naprosto nedostatečná. Za optimální je považována opakovaná dlouhodobá EKG monitorace (smyčkové rekordéry) nebo implantabilní záznamníky srdečního rytmu (ILR), které umožňují až tři roky kontinuální monitorace, nicméně tato varianta je

ekonomicky výrazně nákladnější a v podmínkách současných úhrad v ČR jen omezeně realizovatelná.

Závěrem bych rád uvedl, že za nedostatečný považuji také dialog kardiochirurgů s kardiology, zejména s arytmology, dále s internisty, praktickými lékaři a dalšími odbornostmi, i když musím konstatovat, že se v posledních dvou letech výrazně zlepšil. Domnívám se, že pouze v interdisciplinární a multicentrické spolupráci je síla, která povede k zavedení chirurgické léčby fibrilace síní do klinické praxe. Jako hozenou rukavici, v pozitivním slova smyslu, nabízím za Českou kardiologickou společnost intenzivní spolupráci s Českou společností kardiiovaskulární chirurgie ČLS JEP na této problematice. Dovedu si dobře představit multicentrickou randomizovanou studii zabývající se skutečně hybridní léčbou FS s excelentní minimálně střednědobou monitorací rytmu za účasti center, která se touto problematikou zabývají, obou odborných společností, Institutu biostatistiky a analýz Lékařské a Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity v Brně s využitím grantu Agentury pro zdravotnický výzkum Ministerstva zdravotnictví ČR či projektů strukturálních fondů Evropské unie. Jedině takovouto aktivitou může být efektivně zvýšeno povědomí o chirurgické, resp. hybridní terapii FS a vlastní výsledky pak mohou být účinným nástrojem v dialogu s kolegy širokého spektra oborů a také s plátcí zdravotní péče a povedou k reálné úhradě komplexních, moderně pojatých výkonů.

Váš
Miloš Táborský