

2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation

An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation

Link: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/33/21/2719.long>

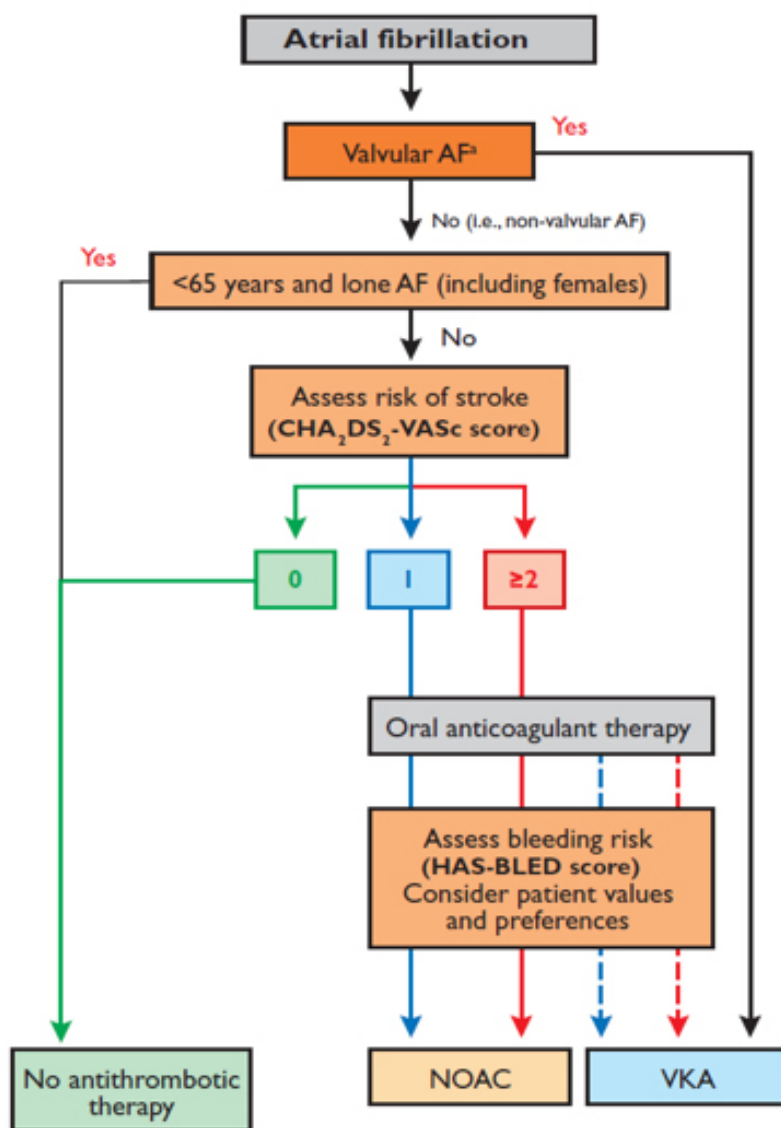
Eur Heart J. 2012 Nov;33 (21):2719-47. doi: 10.1093/eurheartj/ehs253. Epub 2012 Aug 24.

KOMENTÁŘ

V současné době jsou platná doporučení Evropské kardiologické společnosti (ESC) pro léčbu fibrilace síní (FIS) vydaná v roce 2010. Aktualizace po dvou letech reaguje zejména na výsledky studií s novými léčivy. Jedná se o nová perorální antikoagulantia (NOAC – dabigatran, rivaroxaban a apixaban) a některá antiarytmika (vernakalant, dronedaron). Změny v nových doporučeních se týkají pěti oblastí, a to antikoagulační léčby, indikací k okluzi síňového ouška, antiarytmik pro kardioverzi a kontrolu rytmu a indikací k ablaci v oblasti levé síně. V následujícím přehledu jsou stručně shrnuta nejdůležitější nová doporučení. Pro volbu antikoagulace jsou klíčové dva aspekty. Je to jednak vyhodnocení rizika cévní mozkové příhody a rizika krvácivých komplikací, jednak rozlišení tzv. valvulární a non-valvulární FIS. Valvulární FIS se rozumí její přítomnost při revmatickém onemocnění chlopni nebo po chlopenní náhradě. Od roku 2010 se k vyhodnocení rizika cévní mozkové příhody při FIS používá skórovací systém s akronymy hlavních a vedlejších rizikových faktorů: CHA₂DS₂-VASc (Congestive heart failure/left ventricular dysfunction, Hypertension, Age ≥ 75 [2x], Diabetes, Stroke [2x] – Vascular disease, Age 65–74, and Sex category [female]). Věk nad 75 let a cévní mozková příhoda v anamnéze jsou ohodnoceny dvěma body. Rozhodovací proces z hlediska tromboprolaxe při FIS také ovlivňuje vyhodnocení rizika závažného krvácení s důrazem na intrakraniální krvácení. V aktuálním doporučení je platný zjednodušený skórovací systém HAS-BLED (Hypertension, Abnormal renal/liver function, Stroke, Bleeding history or predisposition, Labile INR, Elderly (e. g. age ≥ 65 , frailty,

etc., Drugs/alcohol concomitantly). Hlavní aktuální změny v doporučení se týkají managementu antikoagulace a volby nových perorálních antikoagulantů (dabigatran – přímé inhibitory trombinu, rivaroxaban a apixaban – přímé inhibitory faktoru Xa). Pacienti pouze s FIS mladší 65 let bez ostatních rizikových faktorů a bez strukturálního postižení srdce jsou hodnoceni jako „low-risk“, antikoagulace se u těchto nemocných nedoporučuje. Za efektivní prevenci cévní mozkové příhody při léčbě antagonisty vitamínu K je považován čas v terapeutickém pásmu INR nad 70 % z celkové doby léčby. Anopyrin u rizikových pacientů stran tromboembolismu je možno podávat jen u nemocných odmítajících všechna perorální antikoagulantia. U všech pacientů s non-valvulární FIS by mělo být zvaženo podávání nového perorálního antikoagulantia (dabigatran, rivaroxaban nebo apixaban) vzhledem k nižšímu riziku intrakraniálního krvácení v průběhu léčby. Rozhodovací algoritmus je uveden v obrázku 1. Podávání nových perorálních antikoagulantů u pacientů s kreatininovou clearance < 30 ml/min se nedoporučuje.

U pacientů s vysokým rizikem cévní mozkové příhody za současné kontraindikace dlouhodobého podávání perorálních antikoagulantů se doporučuje zvážit okluzi levosíňového ouška. Podvaz levosíňového ouška lze zvážit u těchto nemocných s FIS podstupujících operaci na otevřeném srdci. Vernakalant je nové antiarytmikum, které působí preferenčně v oblasti síní, působí blokádu několika iontových kanálů, zpomaluje v závislosti na frekvenci síňové vedení a prodlužuje refrakterní fázi síní. Po intravenózním podání má rychlý nástup účinku a průměrný eliminační poločas 3–5 hodin. Je-li indikována farmakologická kardioverze



Obr. 1 Algoritmus pro rozhodování
AF – Atrial Fibrillation, NOAC – nová perorální antikoagulancia, VKA – antagonisté vitamínu K
(Převzato z originálního textu.)

u nemocného s žádným či minimálním strukturálním onemocněním srdce, je doporučeno podat propafenon nebo vernakalant. Vernakalant lze podat ke kardioverzi u nemocného s FIS trvající 7 a méně dní, u kardiochirurgických nemocných lze vernakalant podat ke kardioverzi pooperační FIS trvající 3 a méně dní. Podání vernakalantu je kontraindikované v případě výskytu akutního koronárního syndromu v posledních 30 dnech, při hypotenzi, u městnavého srdečního selhávání (NYHA III a IV), při EF LK $\leq 35\%$, u závažné aor-

tální stenózy a při prodlouženém QT intervalu. Na základě studie PALLAS, která byla předčasně ukončena pro vyšší výskyt kardiovaskulárních příhod a kardiovaskulární mortality ve skupině s dronedaronem, byla upravena doporučení pro podávání dronedaronu, benzofuranového derivátu amiodaronu. Dronedaron se nedoporučuje podávat u nemocných s permanentní FIS, u nemocných se strukturálním onemocněním srdce a u nemocných současně léčených digoxinem. Dronedaron lze použít u paroxysmální FIS bez kardiovaskulárního

onemocnění. Prevalence FIS v obecné populaci se pohybuje kolem 1,5–2 %, nemocní s FIS mají 5krát větší riziko cévní mozkové příhody a 3krát větší riziko městnavého srdečního selhávání. Vzhledem k vysokým nárokům na spolupráci nemocných při antikoagulační terapii při FIS a s ohledem na komplikace podávání antagonistů vitamínu K bylo velké úsilí věnováno vývoji nových perorálních antikoagulancií s bezpečnějším profilem. Současná doporučení pro antikoagulační léčbu při FIS zohledňují výsledky studií s novými antikoagulanciemi, kde se ukázal významně nižší výskyt intrakraniálního krvácení. Tato doporučení k podávání dabigatranu, rivaroxabanu a apixabanu se týkají pouze non-valvulární FIS. Aktualizovaná doporučení přinášejí také informace o akutní antagonizaci účinku nových perorálních antikoagulancií v případě krvácení, což má praktické dopady na anesteziologickou i intenzivní péči. V České republice je již podáván dabigatran v prevenci trombembolických komplikací non-valvulární FIS, probíhají již studie s dabigatranem u pacientů po náhradě aortální chlopně mechanickou protézou, kde je dabigatran srovnáván s warfarinem.

VÝBĚR Z DOPORUČENÍ:

- Kombinaci anopyrin + clopidogrel či anopyrin samotný lze jako prevenci trombembolismu při FIS podávat pouze u nemocných odmítajících všechna perorální antikoagulancia.
- Pro vyhodnocení rizika trombembolismu je doporučen skórovací systém CHA₂DS₂-VASc, pro vyhodnocení rizika krvácení systém HAS-BLED.

- Pacienti pouze s FIS s nízkým rizikem mladší 65 let – bez antikoagulace.
- U všech pacientů s non-valvulární FIS, kde je indikována antikoagulace antagonisty vitamínu K, by mělo být zváženo podávání nového perorálního antikoagulancia (přímého inhibitoru trombinu – dabigatran nebo inhibitoru faktoru Xa – rivaroxaban nebo apixaban).
- Vernakalant lze podat ke kardioverzi u nemocného s FIS trvající 7 a méně dní, u kardiochirurgických nemocných lze vernakalant podat ke kardioverzi pooperační FIS trvající 3 a méně dní.
- Dronedaron lze použít u paroxysmální FIS bez kardiovaskulárního onemocnění.

Adresa pro korespondenci:

MUDr. Zdeněk Turek, Ph.D.

Fakultní nemocnice Hradec Králové
Klinika anesteziologie, resuscitace
a intenzivní medicíny
Sokolská tř. 581, 500 05 Hradec Králové

Prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM

Fakultní nemocnice Hradec Králové
Klinika anesteziologie, resuscitace
a intenzivní medicíny
Sokolská tř. 581, 500 05 Hradec Králové

Department of Anesthesia, Pain Management
and Perioperative Medicine,
Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia,
Canada

Pavel Michálek, Michael Stern, Petr Štádl et al. ANESTEZIE A POOPERAČNÍ PÉČE V CÉVNÍ CHIRURGII

Monografie je určena zvláště anesteziologům, kteří poskytují perioperační péči u pacientů cévní chirurgie, a lékařům podílejícím se na péči pooperační. Je také důležitá pro lékaře cévní chirurgie, jimž poskytuje přehled o předanestetické péči, anesteziologických postupech a péči o pacienta po výkonech cévní chirurgie. Kniha má pět oddílů, které komplexně popisují péči o pacienta cévní chirurgie z pohledu anesteziologa a intenzivisty – počínaje teoretickými základy anatomie, fyziologie, patofyziologie, farma-

kologie a radiologie. Další oddíly se zabývají předoperačním vyšetřením pacienta, jeho monitorováním v průběhu chirurgického výkonu, technikami regionální anestezie pro výkony cévní chirurgie. Nejrozsáhlejší oddíl popisuje anesteziologické postupy pro jednotlivé výkony cévní chirurgie včetně „tipů a triků“ pro klinickou praxi. Oddíl věnovaný pooperační péči shrnuje obecné principy, komplikace spojené se selháním funkce orgánových systémů a popisuje pooperační péči u výkonů na aortě a krčních tepnách.



Praha : Galén, 2012, 443 s. – První vydání, 195x280 mm, vázané, barevně, 900 Kč, ISBN 978-80-7262-891-9

**Kontakt: Galén, spol. s r. o.,
Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5,
tel. 257 326 178, fax 257 326 170,
e-mail: objednavky@galen.cz,
www.galen.cz**