

Jak pandemia COVID-19 zmieniła postępowanie w migotaniu przedsionków?

Iwona Kazimierska

– To co powinniśmy robić w dobie pandemii, ale też w świetle obowiązujących wytycznych, to przede wszystkim ocena ryzyka zakrzepowo-zatorowego i odpowiednio wczesne włączenie leków przeciwkrzepliwych u pacjentów z migotaniem przedsionków – mówi prof. dr hab. n. med. Adrian Doroszko, zastępca kierownika Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Onkologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

W czasie pandemii ukazały się trzy bardzo ważne dokumenty dotyczące postępowania w migotaniu przedsionków (atrial fibrillation – AF): wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology – ESC), stanowisko Europejskiej Asocjacji Rytmu Serca (European Heart Rhythm Association – EHRA) dotyczące stosowania antykoagulantów i dokument poświęcony bezpieczeństwu leczenia przeciwkrzepliwego pacjentów z migotaniem przedsionków w dobie COVID-19.

Jeden z trzech najsilniejszych czynników ryzyka udaru mózgu

Migotanie przedsionków jest najbardziej rozpowszechnioną w populacji ogólnej tachyarytmią. W 2016 r. stwierdzono ją u 43,6 mln osób na świecie. Szacuje się, że do 2060 r. liczba pacjentów z AF ulegnie podwojeniu, co wynika głównie z faktu starzenia się społeczeństwa. – Spośród osób, które dzisiaj mają 55 lat, co trzecia na pewnym etapie swojego życia doświadczy jakiejś postaci klinicznej AF. Powinniśmy zatem dołożyć wszelkich starań, aby zoptymalizować wykrywanie i leczenie tej arytmii, a przede wszystkim jej powikłań – tłumaczy prof. Adrian Doroszko.

– Migotanie przedsionków nie jest arytmia, która zabija bezpośrednio, ale przyczynia się do udaru mózgu. Przy braku AF ryzyko udaru w populacji ogólnej jest dość niskie, bowiem wynosi około pół procenta dla osób poniżej 60. roku życia, a 3 proc. powyżej 60. roku życia. Natomiast spośród osób w wieku ponad 80 lat, które mają niezabezpieczone leczeniem antykoagulacyjnym AF, co trzecia dozna udaru mózgu. To jest ta populacja, u której powinniśmy być najbardziej wyczuleni, jeśli chodzi o tachyarytmię zarówno w aspekcie jej wykrywania, jak i stałej optymalizacji farmakoterapii – dodaje ekspert.

Co gorsza, udary mózgu przebiegające z AF są bardziej powikłane niż te wynikające z innych przyczyn. – O ile udar mózgu sam w sobie nie wykazuje predylekcji do płci, to okazuje się, że jeśli jest spowodowany zatorowością sercowopochodną, kobiety na taki udar umierają częściej, ma on u nich dużo cięższy przebieg niż u mężczyzn – mówi prof. Adrian Doroszko. Migotanie przedsionków dominuje jako przyczyna w udarach w przebiegu zatorowo-



”

prof. Adrian Doroszko:

Dokument dotyczący postępowania w czasie pandemii COVID-19 jednoznacznie wskazuje, że chorzy w miarę możliwości powinni być sukcesywnie przestawiani na NOAC

ści sercowopochodnej oraz tych o niestalonej etiologii (kryptogennych). Obecnie uważa się, że nawet około połowa udarów niedokrwiennych może mieć związek z AF, w tym do 30 proc. udarów o niezidentyfikowanej etiologii. Migotanie przedsionków jest obok nadciśnienia tętniczego i cukrzycy najsilniejszym czynnikiem ryzyka udaru – zwiększa je nawet 4,5 razy.

AF jako przyczyna udaru kryptogennego

– Jeżeli wypiszemy chorego z oddziały udarowego bez rozpoznania AF, po przebytych udarach kryptogennym – jeśli wykażemy się odpowiednią determinacją i wykonamy 72-go-

dzimny zapis holterowski EKG lub monitoring długoterminowy za pomocą rejestratorów pętlowych/event recorderów – wówczas u mniej więcej 16 proc. spośród tych pacjentów znajdziemy AF. Jeżeli jeszcze taki chory ma nadciśnienie tętnicze jako chorobę towarzyszącą, a ma je 2/3 osób z AF, prawdopodobieństwo udaru mózgu wzrasta – zauważa prof. Adrian Doroszko.

Do czego służy nowa skala C₂HEST?

– W wytycznych ESC z 2020 r. po raz pierwszy pojawiła się skala C₂HEST pozwalająca na ocenę ryzyka wystąpienia AF. Jest ona bardzo prosta do wyliczenia i implementacji, a co równie ważne – bezkosztowa, bo wymaga tylko naszej wiedzy o pacjencie i jego schorzeniach współistniejących. Nie są potrzebne żadne badania dodatkowe – wyjaśnia prof. Adrian Doroszko.

Do grupy najwyższego ryzyka zalicza się osoby:

- C₂ (CAD/COPD) – z chorobą wieńcową lub przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (1 pkt),
- H (hypertension) – z nadciśnieniem tętniczym (1 pkt),
- E (elderly) – w wieku 75+ (2 pkt),
- S (systolic HF) – mające niewydolność serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory (HFrEF), a więc najczęściej o etiologii niedokrwiennej (2 pkt),
- T (thyroid disease – hyperthyroidism) – z dysfunkcją tarczycy (nadczynność) (1 pkt).

– Jeśli pacjent uzyskuje w tej skali ponad 4 pkt, istnieje kilkudziesięcioprocentowe prawdopodobieństwo, że ma AF. To jest wskazówka, że powinniśmy wykazać się determinacją, aby potwierdzić to rozpoznanie i wdrożyć leczenie antykoagulacyjne – komentuje prof. Adrian Doroszko.

Zgodnie z najnowszymi wytycznymi ESC pierwszym krokiem postępowania jest identyfikacja AF i ocena ryzyka zdarzeń zakrzepowo-zatorowych w skali CHA₂DS₂-VASc. Jeżeli mężczyzna uzyskuje 1 pkt, a kobieta 2 pkt, należy wdrożyć leczenie antykoagulacyjne. Na drugi plan zesła kontrola objawów AF, a ocenę całościową ryzyka sercowo-naczyniowego powinniśmy przeprowadzić, gdy pacjent jest już strategicznie oceniony pod

kątem ryzyka incydentów zakrzepowo-zatorowych i ma wdrożone leczenie antykoagulacyjne, zgodnie z wynikiem uzyskanym w skali CHA₂DS₂-VASc.

Stare czy nowe antykoagulanty?

– Mamy wiele badań wskazujących wyższość antykoagulantów starej generacji nad placebo w prewencji udaru mózgu, ale zwracam uwagę na jedną rzecz – wszystkie badania dotyczą warfaryny. Stosując acenokumarol, zakładamy istnienie efektu klasy, a tak naprawdę sięgamy po lek zupełnie nieprzebadany, co do którego nie mamy jednoznacznej pewności, że jest skuteczny i bezpieczny, zwłaszcza wobec labilności jego działania. Tak więc w sytuacji, gdy chory musi przyjmować tzw. stare antykoagulanty (bo np. ma wadę serca i wszczepioną zastawkę mechaniczną), raczej powinna być preferowana warfaryna niż acenokumarol – tłumaczy prof. Adrian Doroszko.

W większości przypadków – poza wspomnianymi wyżej mechanicznymi zastawkami czy koniecznością antykoagulacji u ciężarnych – zaleca się stosowanie antykoagulantów ciągle jeszcze nazywanych nowymi (new oral anticoagulants – NOAC), choć tak naprawdę znane są od mniej więcej 15 lat. W Polsce są to rywaroksaban, dabigatran i apiksaban. – Każde z badań kluczowych dla tych leków (odpowiednio: ROCKET AF, RE-LY, ARISTOTLE) dało takie same wyniki. Są one skuteczniejsze (w zmniejszeniu ryzyka udaru niedokrwiennego) i jednocześnie bezpieczniejsze od warfaryny (mniejsze ryzyko krwawienia śródczaszkowego będącego najgroźniejszym powikłaniem antykoagulacji). Potwierdzają to metaanalizy. I na tym kończy się traktowanie tych leków jako jedności. Podkreślił to dokument EHRA, który pojawił się w kwietniu tego roku – przypomina ekspert.

Gdy trzeba chronić nerki i wątrobę

– Jeśli decydujemy się na leczenie antykoagulacyjne pacjentów z AF i upośledzoną funkcją nerek, warfaryna jest najgorszym wyborem. Wszystkie NOAC w porównaniu z warfaryną nie przyczyniają się do progresji spadku filtracji kłębuszkowej, ryzyko wystąpienia jawnej objawowej PChN, ostrego uszkodzenia nerek czy podwojenia

KARDIOLOGIA



Adrian Doroszko

kreatyniny jest w przypadku ich stosowania znacznie niższe niż w przypadku warfaryny, mogącej wyindukować tzw. nefropatię warfarynową u chorych z wyjściowo upośledzoną funkcją nerek. Spośród trzech NOAC, którymi dysponujemy, najbardziej efektywny, najmniej nefrotoksyczny wydaje się rywaroksaban. Jest on pod tym względem lepszy od dabigatranu i apiksabanu – uważa prof. Adrian Doroszko.

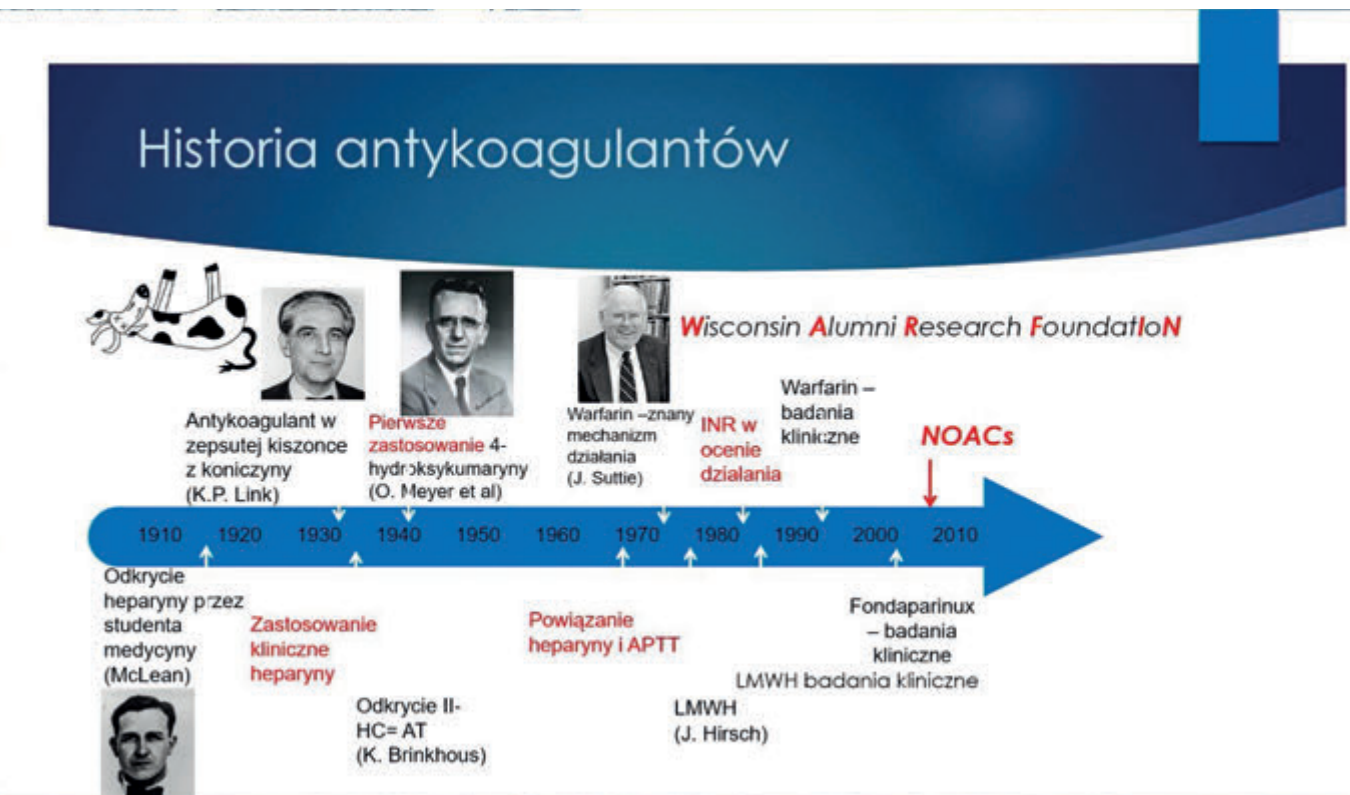
Decyzje o odstawieniu NOAC u pacjentów z AF i PChN nierzadko są podejmowane zbyt pochopnie. Nowe antykoagulanty zastępuje się wtedy heparyną, która zwiększa ryzyko incydentów krwotocznych, a do tego nie chroni przed udarem mózgu u chorych z AF.

– Spośród trzech przedstawicieli NOAC najszybciej powinniśmy odstawiać dabigatran, bo już przy CrCl poniżej 30 ml/min, natomiast dwa pozostałe można stosować do momentu kwalifikacji do dializoterapii, a więc do CrCl ok. 15 ml/min. Oczywiście trzeba wtedy dostosować dawkę w sposób optymalny – mówi prof. Adrian Doroszko.

Jeżeli pacjent ma chorą wątrobę, w celu oceny bezpieczeństwa stosowania antykoagulantów warto sięgnąć po starą skalę Childa-Pougha używaną do oceny stopnia destabilizacji, dekomensacji marskości wątroby. Jeśli w tej skali pacjent ma 7–9 pkt, należy ostrożnie stosować NOAC, ale przy niższej punktacji nie powinniśmy mieć poważnych obaw o bezpieczeństwo terapii.

Stosowanie NOAC w szczególnych subpopulacjach

Który NOAC wybrać dla otyłego pacjenta z AF? Zarówno badanie rejestrowe porównujące rywaroksaban z warfaryną przeprowa-



”

Migotanie przedsionków dominuje jako przyczyna w udarach w przebiegu zatorowości sercowopochodnej oraz tych o nieustalonej etiologii (kryptogennych). Uważa się, że nawet około połowa udarów niedokrwiennych może mieć związek z AF, w tym do 30 proc. udarów o niezidentyfikowanej etiologii

dziane na populacji amerykańskiej (kohorta liczyła ponad 35 tys. osób), w której jest dużo osób otyłych, jak i badanie ROCKET AF pokazały, że rywaroksaban jest tak samo skuteczny, jeśli chodzi o zabezpieczenie przed udarem mózgu, redukcję częstości zdarzeń krwotocznych, szczególnie śródczaszkowych, i bezpieczeństwo stosowania, w grupie osób z chorobą otyłościową, jak i bez niej. Cukrzyca również budzi obawy co do skuteczności i bezpieczeństwa stosowania leków przeciwkrzepliwych. Metaanaliza badania ROCKET AF wykazała, że spośród NOAC w zasadzie tylko rywaroksaban zmniejsza śmiertelność z przyczyn sercowo-naczyniowych (aż o 20 proc.) w grupie chorych na cukrzycę z AF. Wydaje się zatem, że spośród trzech dostępnych na naszym rynku NOAC to właśnie rywaroksaban powinien być preferowany u pacjentów z migotaniem przedsionków i współistniejącą cukrzycą. Kolejna populacja budząca obawy to pacjenci w wieku 80+. Czy w ogóle można

”

prof. Adrian Doroszko: Cezura wiekowa występuje w przypadku dwóch NOAC – dabigatranu i apiksabanu. Natomiast rywaroksaban może być przyjmowany niezależnie od wieku chorego. Wiek w tym przypadku nie ma znaczenia, ważna jest funkcja nerek

mówić o bezpiecznym stosowaniu antykoagulacji w tej grupie wiekowej i jaki jest bilans korzyści do ryzyka? A jeśli tak, to którym lekiem i w jakiej dawce?

– Cezura wiekowa obowiązuje w przypadku dwóch NOAC – dabigatranu i apiksabanu, natomiast rywaroksaban może być przyjmowany niezależnie od wieku chorego. Wiek w tym przypadku nie ma znaczenia, ważna jest funkcja nerek – mówi prof. Adrian Doroszko.

W badaniu SAFIR-AC – wprawdzie niedużym, bo przeprowadzonym na niespełna 2000 uczestników, ale o dość dużej mocy statystycznej – oceniano częstość poważnych krwawień, w tym krwotoków śródmózgowych, udaru niedokrwiennego i śmiertelność. W nim również rywaroksaban wykazał się większym bezpieczeństwem przy porównywalnej skuteczności z warfaryną. Jego stosowanie zmniejszyło częstość krwawień w porównaniu z konwencjonalnym leczeniem.

Jeżeli chory musi mieć wykonany zabieg

– Dokument EHRA w mnemotechnicznym uproszczeniu pokazuje, kiedy odstawiać NOAC z powodu ryzyka krwawienia podczas zabiegów. Wyróżnia trzy kategorie ryzyka: duże, małe i najmniejsze. Usunięcie np. do trzech zębów, operacja zaćmy, jaskry to zabiegi o najmniejszym ryzyku krwawień. Jeśli z kolei pacjent ma mieć operację jamy brzusznej, oznacza to wysokie ryzyko – wyjaśnia prof. Adrian Doroszko.

Jeżeli pacjent ma mieć usuwaną zaćmę czy przeprowadzoną ekstrakcję zęba, wystarczy, że w dniu zabiegu nie przyjmie NOAC. Jeżeli to ma być zabieg wysokiego ryzyka, np. laparotomia, wymagane jest odstawienie antykoagulacji na dwa dni przed datą zabiegu. Co istotne, nie stosuje się leczenia pomostowego heparyną.

Zmiana antykoagulantu w dobie pandemii

– Mamy pacjenta stosującego dobrze ustaloną kiedyś terapię warfaryną, który z powodu pandemii boi się wychodzić z domu i nie oznacza regularnie INR w przychodni. Dokument dotyczący postępowania w dobie pandemii COVID-19 jednoznacznie wskazuje, że chorzy w miarę możliwości powinni być sukcesywnie przestawiani na NOAC. W okresie lockdownu, kiedy spada dostępność, możliwości wykonywania badań, jest to kolejny powód, żeby to zrobić – podsumowuje prof. Adrian Doroszko. ■

Tekst jest relacją z wykładu „Jak pandemia COVID zmieniła moje postępowanie u pacjentów z migotaniem przedsionków?” prof. Adriana Doroszko zaprezentowanego podczas X Kongresu Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej 8–10 października 2021 r. we Wrocławiu.