

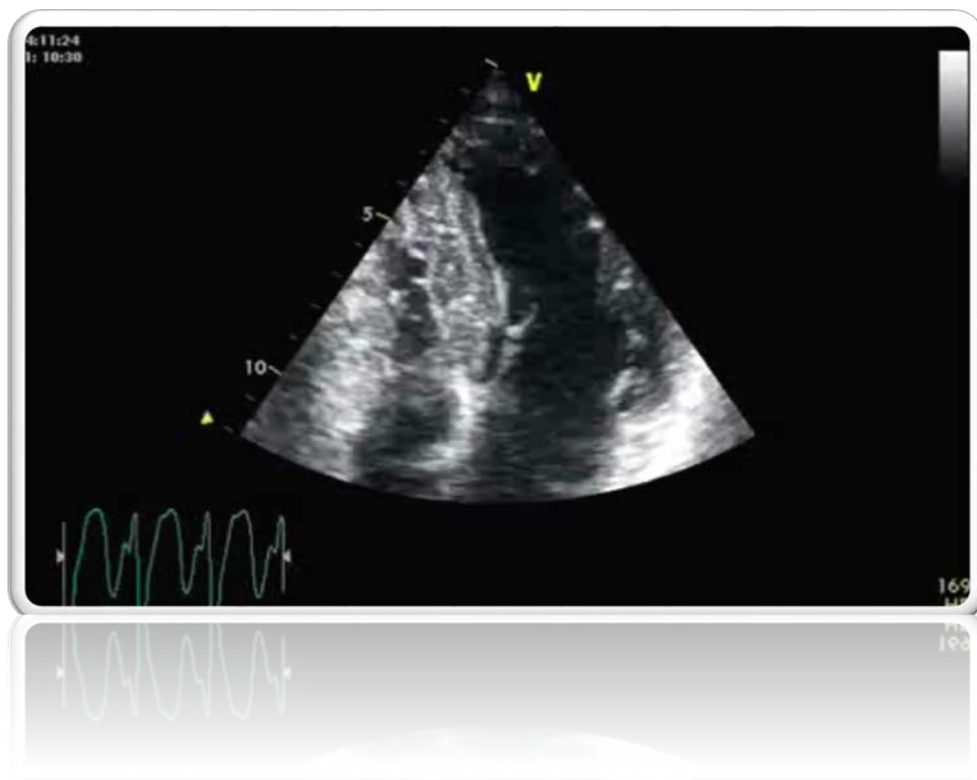
Ciche migotanie przedsionków. Co wiemy a czego nie?

Zbigniew Kalarus

Silesian Center for Heart Diseases, Silesian Medical University.

Zabrze, Poland

Migotanie przedsionków (*atrial fibrillation – AF*)



Epidemiologia AF

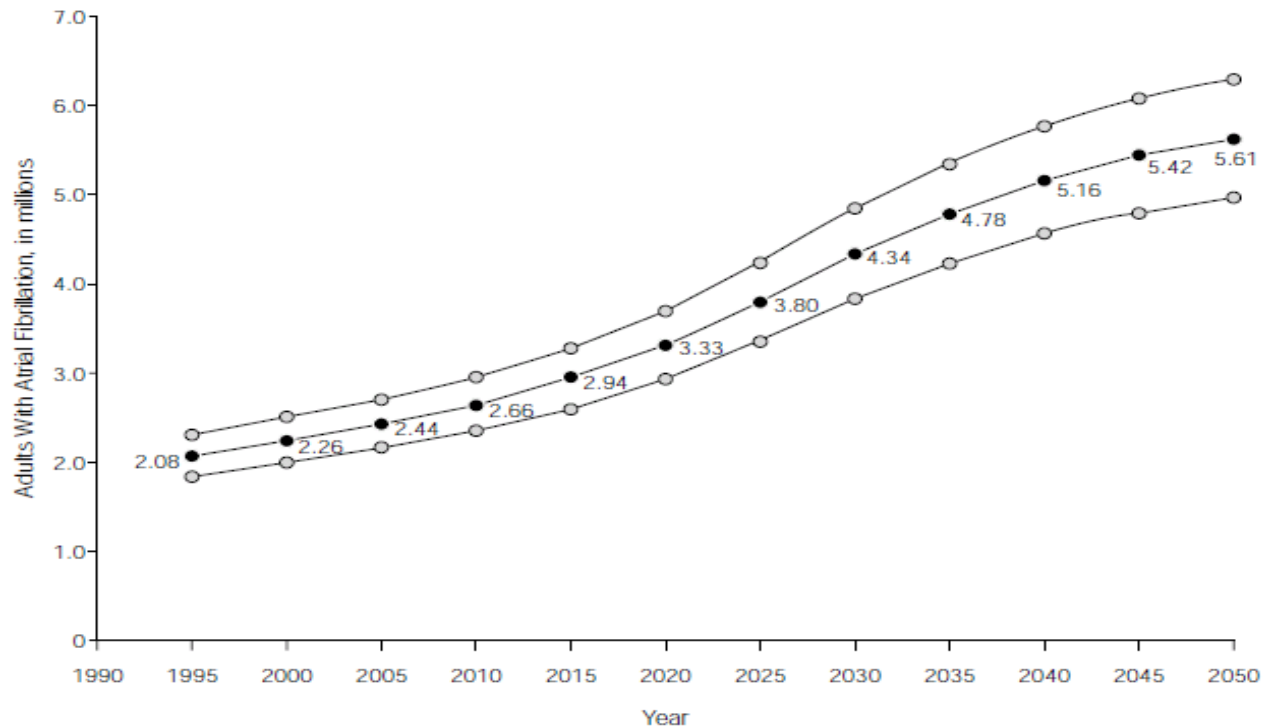
Częstość występowania AF wśród osób dorosłych szacuje się na ok. 3%



400-800 tys. w Polsce

PREVALENCE OF ATRIAL FIBRILLATION

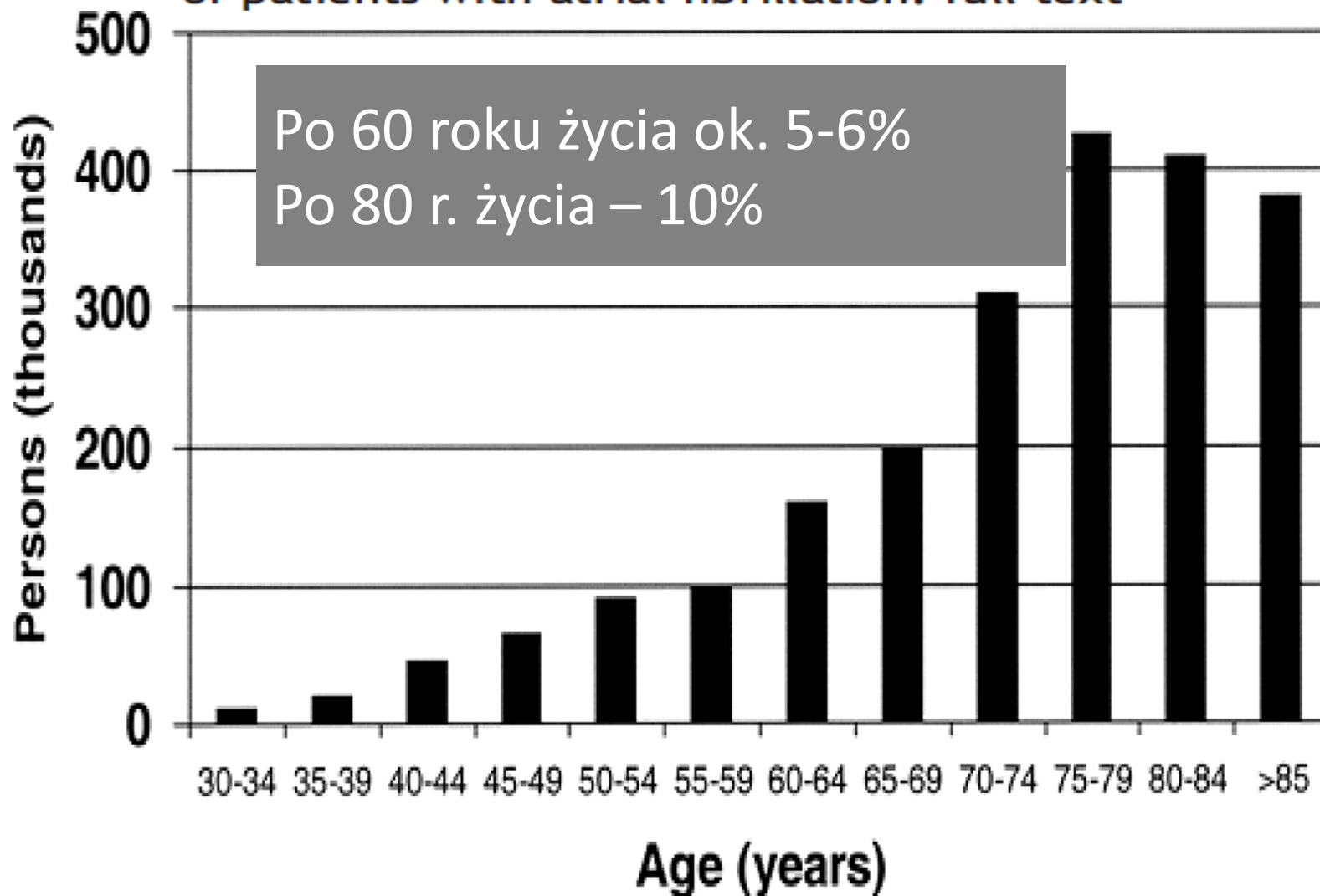
Figure 3. Projected Number of Adults With Atrial Fibrillation in the United States Between 1995 and 2050



Upper and lower curves represent the upper and lower scenarios based on sensitivity analyses.

ACC/AHA/ESC Guidelines

ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: full text



NOWE WYTYCZNE ESC/PTK / *ESC/PCS NEW GUIDELINES*

Wytyczne ESC dotyczące leczenia migotania przedsionków w 2016 roku, opracowane we współpracy z EACTS

Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC)
do spraw leczenia migotania przedsionków

Dokument opracowano przy szczególnym udziale *European Heart Rhythm Association* (EHRA)

Niniejszy dokument uzyskał poparcie *European Stroke Organisation* (ESO)

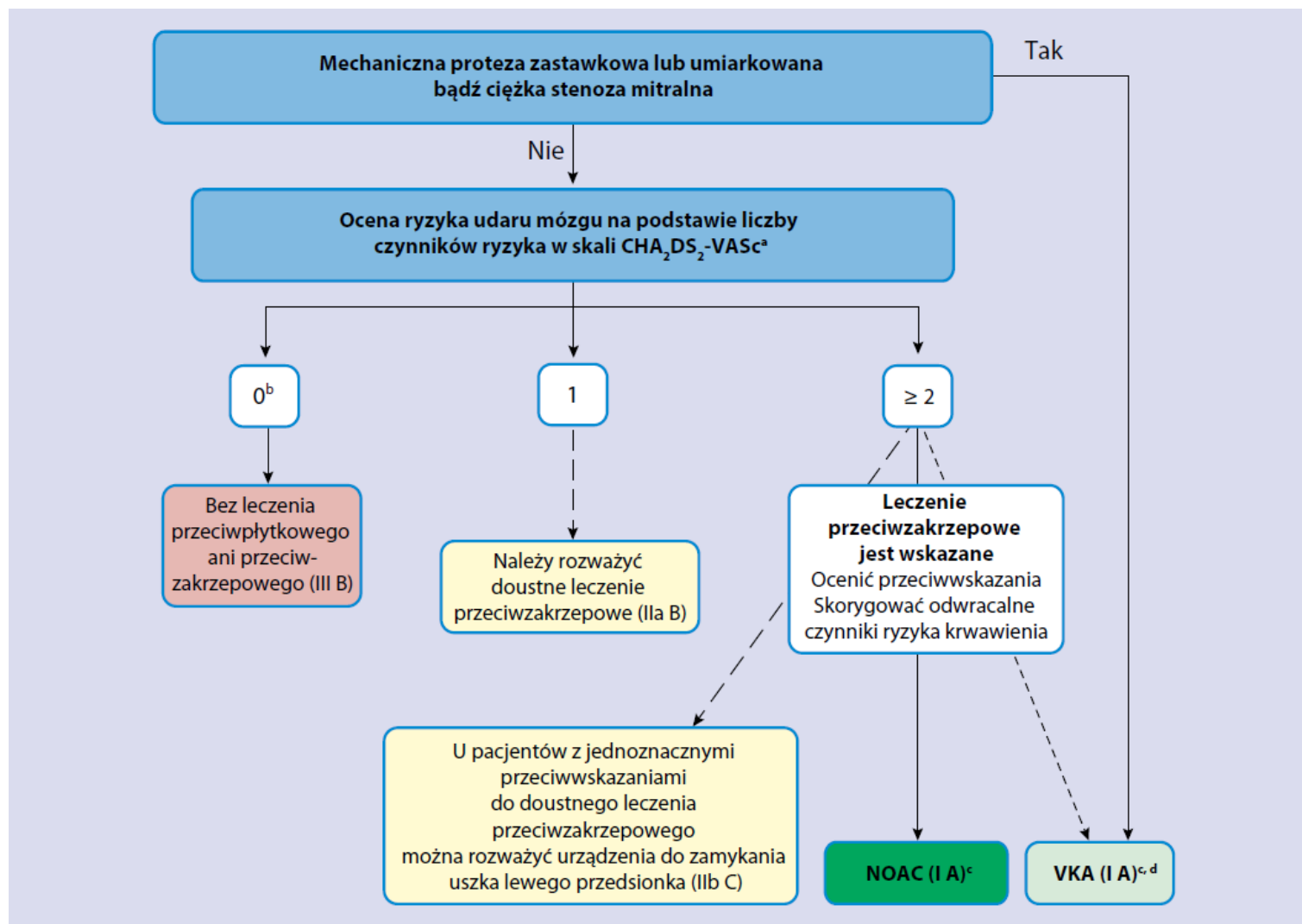
Zalecenia	Klasa ^a	Poziom ^b	Piśmien- nictwo ^c
W celu rozpoznania AF jest wymagane udokumentowanie tej arytmii w badaniu elektrokardiograficznym	I	B	[349]
U wszystkich pacjentów z AF zaleca się pełną ocenę układu sercowo-naczyniowego, w tym dokładne wywiady, uważne badanie przedmiotowe i ocenę stanów współistniejących	I	C	

Zmodyfikowana klasa EHRA	Objawy	Opis
1	Brak	AF nie wywołuje żadnych objawów
2a	Niewielkie	Objawy związane z AF nie wpływają na zwykłą codzienną aktywność
2b	Umiarkowane	Objawy związane z AF nie wpływają na zwykłą codzienną aktywność, ale są dolegliwe dla pacjenta ^a
3	Ciężkie	Objawy związane z AF wpływają na zwykłą codzienną aktywność
4	Inwalidyzujące	Zwykła codzienna aktywność została przerwana

Rodzaj incydentu	Związek z AF
Zgon	Zwiększona śmiertelność, zwłaszcza z przyczyn sercowo-naczyniowych (nagłe zgony i zgony z powodu niewydolności serca lub udaru mózgu).
Udar mózgu	AF jest przyczyną 20–30% wszystkich udarów mózgu. U coraz większej liczby pacjentów z udarem mózgu rozpoznaje się nieme klinicznie napadowe AF
Hospitalizacje	Corocznie hospitalizuje się 10–40% pacjentów z AF
Jakość życia	Jakość życia pacjentów z AF jest gorsza niezależnie od występowania innych chorób układu sercowo-naczyniowego

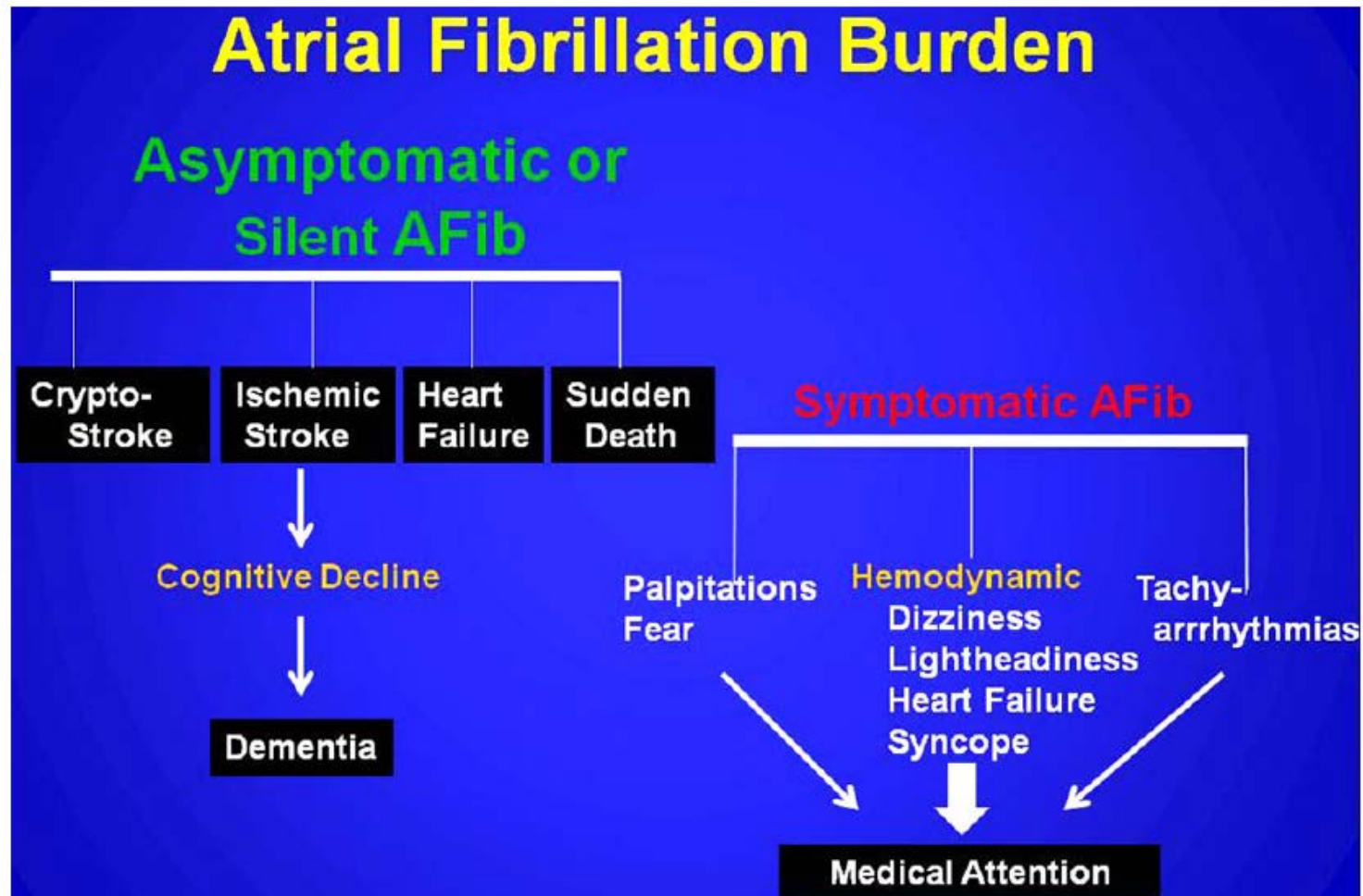
Zalecenia	Klasa ^a	Poziom ^b	Piśmien- nictwo ^c
Zaleca się przesiewowe wykrywanie AF podczas rutynowych wizyt lekarskich, polegające na ocenie tętna lub rejestracji paska rytmu EKG u pacjentów w wieku > 65 lat	I	B	[130, 134, 155]
U pacjentów z TIA lub udarem niedokrwinnym zaleca się przesiewowe wykrywanie AF, obejmujące krótką rejestrację EKG, a następnie ciągłe monitorowanie EKG przez co najmniej 72 h	I	B	[27, 127]

U pacjentów po udarze mózgu należy rozważyć dodatkowe długoterminowe monitorowanie EKG za pomocą nieinwazyjnych monitorów EKG lub wszczepianych rejestratorów w celu udokumentowania niemego klinicznie AF	Ila	B	[18, 128]
Można rozważyć systematyczną (tj. u wszystkich osób) przesiewową ocenę EKG w celu wykrywania AF u pacjentów w wieku > 75 lat lub z dużym ryzykiem udaru mózgu	IIb	B	[130, 135, 157]

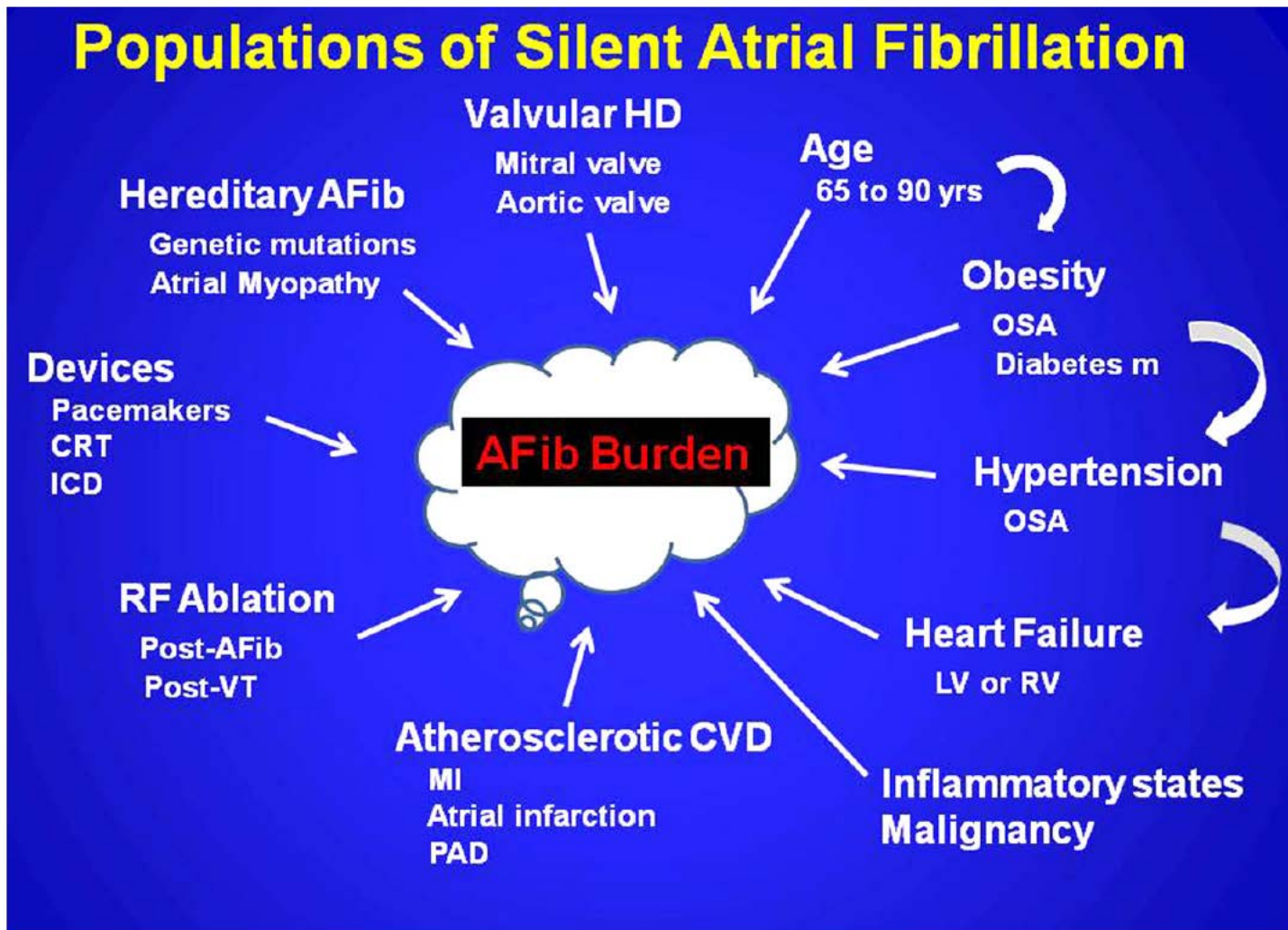


Czynniki ryzyka w skali CHA ₂ DS ₂ -VASc	Liczba punktów
Zastoinowa niewydolność serca Objawy podmiotowe/przedmiotowe niewydolności serca lub obiektywne dowody zmniejszenia frakcji wyrzutowej lewej komory	+1
Nadciśnienie tętnicze Ciśnienie tętnicze w spoczynku > 140/90 mm Hg przy co najmniej dwóch pomiarach lub leczenie hipotensyjne	+1
Wiek 75 lub więcej lat	+2
Cukrzyca Stężenie glukozy we krwi na czczo > 125 mg/dl (7 mmol/l) bądź leczenie doustnym lekiem hipoglikemizującym i/lub insuliną	+1
Przebyty udar mózgu, przemijający atak niedokrwienny lub incydent zakrzepowo-zatorowy	+2
Choroba naczyń Przebyty zawał serca, choroba tętnic obwodowych lub blaszki miażdżycowe w aorcie	+1
Wiek 65–74 lat	+1
Płeć żeńska	+1

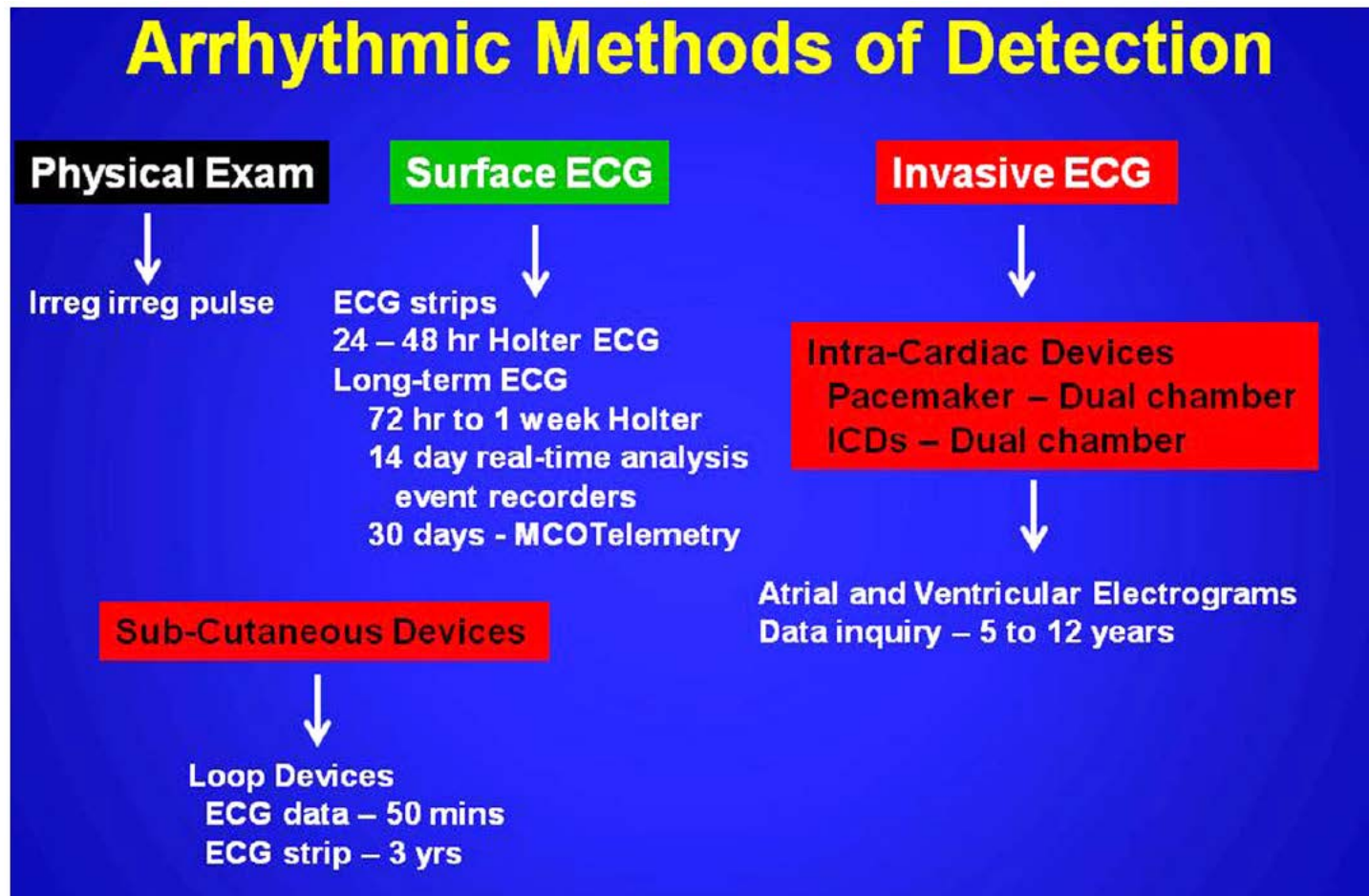
Silent Atrial Fibrillation: Definition, Clarification, and Unanswered Issues



Silent Atrial Fibrillation: Definition, Clarification, and Unanswered Issues



Silent Atrial Fibrillation: Definition, Clarification, and Unanswered Issues



Prognosis and treatment of atrial fibrillation patients by European cardiologists: One Year Follow-up of the EURObservational Research Programme-Atrial Fibrillation General Registry Pilot Phase (EORP-AF Pilot registry)

Table 4 Mortality and morbidity during the follow-up

	Total	First detected	Paroxysmal	Persistent	Long-standing persistent AF	Permanent	P-value
(a) Mortality (all)							
Death (%)	5.8 (176/3049)	7.5 (69/923)	3.5 (28/808)	4.9 (32/647)	8.3 (12/145)	6.7 (35/526)	0.0029*
Causes of death (details) (%)							
Cardiac	57.4 (66/115)	51.0 (25/49)	50.0 (9/18)	58.8 (10/17)	55.6 (5/9)	77.3 (17/22)	0.0288*
Vascular	13.0 (15/115)	8.2 (4/49)	22.2 (4/18)	11.8 (2/17)	44.4 (4/9)	4.5 (1/22)	
Non-cardiovascular	29.6 (34/115)	40.8 (20/49)	27.8 (5/18)	29.4 (5/17)	0.0 (0/9)	18.2 (4/22)	
Cardiac (%)							
Acute myocardial infarction	7.6 (5/66)	0.0 (0/25)	11.1 (1/9)	20.0 (2/10)	40.0 (2/5)	0.0 (0/17)	0.0186*
Heart failure	77.3 (51/66)	84.0 (21/25)	77.8 (7/9)	50.0 (5/10)	40.0 (2/5)	94.1 (16/17)	
Arrhythmia	7.6 (5/66)	8.0 (2/25)	11.1 (1/9)	10.0 (1/10)	20.0 (1/5)	0.0 (0/17)	
Other	7.6 (5/66)	8.0 (2/25)	0.0 (0/9)	20.0 (2/10)	0.0 (0/5)	5.9 (1/17)	
Vascular (%)							
Ischaemic stroke	20.0 (3/15)	0.0 (0/4)	0.0 (0/4)	0.0 (0/2)	50.0 (2/4)	100.0 (1/1)	0.5684*
Haemorrhagic stroke	53.3 (8/15)	75.0 (3/4)	50.0 (2/4)	50.0 (1/2)	50.0 (2/4)	0.0 (0/1)	
Pulmonary embolism	20.0 (3/15)	25.0 (1/4)	25.0 (1/4)	50.0 (1/2)	0.0 (0/4)	0.0 (0/1)	
Aorto-oesophageal fistula	6.7 (1/15)	0.0 (0/4)	25.0 (1/4)	0.0 (0/2)	0.0 (0/4)	0.0 (0/1)	



European Heart Journal (2014) **35**, 3365–3376
doi:10.1093/eurheartj/ehu374

Prognosis and treatment of atrial fibrillation patients by European cardiologists: One Year Follow-up of the EURObservational Research Programme-Atrial Fibrillation General Registry Pilot Phase (EORP-AF Pilot registry)

	Total	First detected	Paroxysmal	Persistent	Long-standing persistent AF	Permanent	P-value
Follow-up duration (days) (mean $\pm$ SD)	366.4 $\pm$ 31.8 (n = 2421)	367.6 $\pm$ 30.2 (n = 705)	365.9 $\pm$ 32.6 (n = 663)	366.6 $\pm$ 29.3 (n = 522)	362.6 $\pm$ 22.6 (n = 114)	365.8 $\pm$ 37.6 (n = 417)	<0.0001**
Follow-up duration (days) [median (IQR)]	366.0 (359.0–378.0) (n = 2421)	367.0 (359.0–379.0) (n = 705)	365.0 (358.0–377.0) (n = 663)	367.0 (361.0–379.0) (n = 522)	363.0 (357.0–367.0) (n = 114)	369.0 (362.0–382.0) (n = 417)	
Current symptoms at 1-year follow-up (%)	23.2 (562/2423)	17.6 (124/705)	24.8 (165/665)	27.8 (145/522)	14.9 (17/114)	26.6 (111/417)	<0.0001*
Palpitations (%)	65.3 (367/562)	62.1 (77/124)	77.0 (127/165)	65.5 (95/145)	52.9 (9/17)	53.2 (59/111)	0.0008*
Dizziness (%)	18.7 (105/562)	26.6 (33/124)	18.2 (30/165)	14.5 (21/145)	23.5 (4/17)	15.3 (17/111)	0.0940*
General non-wellbeing (%)	30.4 (171/562)	33.9 (42/124)	31.5 (52/165)	31.0 (45/145)	47.1 (8/17)	21.6 (24/111)	0.1307*
Fatigue (%)	50.0 (281/562)	58.1 (72/124)	41.8 (69/165)	47.6 (69/145)	64.7 (11/17)	54.1 (60/111)	0.0375*
Shortness of breath (%)	43.1 (242/562)	39.5 (49/124)	38.2 (63/165)	46.2 (67/145)	70.6 (12/17)	45.9 (51/111)	0.0763*
Chest pain (%)	11.7 (66/562)	10.5 (13/124)	13.9 (23/165)	10.3 (15/145)	29.4 (5/17)	9.0 (10/111)	0.1281*
Fear/anxiety (%)	12.1 (68/562)	12.1 (15/124)	14.5 (24/165)	12.4 (18/145)	17.6 (3/17)	7.2 (8/111)	0.4154*
Other (%)	4.8 (27/562)	3.2 (4/124)	6.1 (10/165)	4.1 (6/145)	5.9 (1/17)	5.4 (6/111)	0.8237*



European Heart Journal (2014) **35**, 3365–3376
doi:10.1093/eurheartj/ehu374

Podsumowanie

- **Co wiemy**

- Częstość występowania AF niedoszacowana
- AF wpływa negatywnie na jakość życia i czas jego trwania

- **Czego nie wiemy?**

- Jaka jest realna częstość występowania AF, w tym postaci niemej klinicznie
- Jakie czynniki predysponują do AF bezobjawowego, określenie czynników ryzyka

***Projekt NoMED-AF, realizowany w ramach
strategicznego programu badań naukowych
i prac rozwojowych Profilaktyka i leczenie
chorób cywilizacyjnych - STRATEGMED II***

Kalarus Zbigniew, Janusz Filipiak, Adam Konka, Tomasz Grodzicki,
Grzegorz Opolski, Jarosław Kaźmierczak, Beata Sredniawa,
Tomasz Zdrojewski

NOMED-AF

Przebieg Badania

