

Riziko cévní mozkové příhody při fibrilaci síní je pro dialyzované pacienty větší než pro běžnou populaci

Vazquez E, Sanchez-Perales C, Garcia-Garcia F, Castellano P, Garcia-Cortes MJ, Liebana A, Lozeno C. Atrial fibrillation in incident dialysis patients. Kidney Int 2009;76:324–330.

Předchozí studie (kterých však nebylo mnoho) ukázaly, že fibrilace síní (FS) u hemodialyzovaných pacientů se vyskytuje v 11–27 % (údaj o prevalenci) a každoročně vzniká nově

u 3,1–4,1 dialyzovaných osob (údaj o incidenci). Podle dat USRDS je prevalence FS u hemodialyzovaných pacientů 13 %, u peritoneálně dialyzovaných 7 %; holterovské monitorování prokáže epizody fibrilace síní u 13–27 % dialyzovaných (Reinecke et al., 2009).

Tato arytmie je tedy u pacientů léčených pro selhání ledvin významně častější než v běžné populaci. Prezentovaná studie se zabývá dosud chybějícími daty o výskytu FS již při zahájení dialyzačního léčení (tj. u pacientů nově vstupujících do dialyzačního léčení), dále faktory spojenými s rizikem vzniku FS v průběhu dialyzační léčby a analyzuje též vztah FS k cévní mozkové příhodě u hemodialyzovaných pacientů a vliv FS na riziko úmrtí.

Jde o pečlivě sestavenou prospektivní observační studii. Byli do ní zařazeni pacienti vstupující do dialyzačního léčení (hemodialýza i peritoneální dialýza) v období od listopadu 2003 do září 2007 (celkem 256 osob po vyřazení pacientů nevhodných pro sledování – např. změna střediska, předchozí transplantace, vyřazení pro zlepšení funkce ledvin). Jejich průměrný věk byl 65 let (43 % žen, 28,5 % diabetiků, albumin v séru při zahájení dialyzačního léčení v průměru 35,5 g/l – není uvedena metoda biochemické analýzy). Byli sledováni do května 2008.

Všichni pacienti podstoupili echokardiografické vyšetření během prvního měsíce dialýzy (ejekční frakce v průměru 65 %, průměr levé síně 41 mm). EKG záznam byl natáčen jedenkrát ročně a navíc při jakýchkoli suspektních symptomech či palpačně zachycených arytmiích.

Celkem 31 pacientů (12 %) mělo fibrilaci síní na jednom či více svých EKG záznamech; z nich 19 (7,4 %) mělo FS trvale. Převažovaly ženy (67 %) a výskyt FS byl dále spojen s vyšším věkem (76,7 let při vstupu do dialyzačního léčení), vyšším BMI, vyšším zastoupením hypertrofie levé komory a zejména větší levou síní (47,5 mm oproti 40,5 mm; uvedeny průměrné hodnoty vstupních vyšetření). Čtyři z pěti pacientů s FS měli kalcifikaci mitrálního prstence a dva ze tří pacientů, kteří utrpěli cévní mozkovou příhodu, měli fibrilaci síní. Nižší albumin byl spojen s rizikem vzniku FS. K rizikovým faktorům dále patřily i nižší hodnoty hemoglobinu v krvi.

Fibrilace síní významně ovlivnila mortalitu, a to nezávisle na věku, základní nefrologické diagnóze, předchozí cévní mozkové příhodě či koncentraci albuminu. Toto zvýšení rizika úmrtí bylo prokázáno jak již přítomnou fibrilací síní při zahájení dialyzačního léčení, tak i pro vznik této arytmie de novo. Riziko cévní mozkové příhody bylo u pacientů s fibrilací síní zvýšeno téměř desetkrát – výskyt byl 0,48 epizod/rok léčby pacienta bez FS oproti 4,75 epizodám/rok léčby pacienta u osob s fibrilací síní. Pro úplnost – podle Framinghamské studie je u běžné populace při fibrilaci síní riziko cévní mozkové příhody zvýšeno pětikrát (a tato arytmie je tedy, jak známo, v běžné populaci jasnou indikací k antikoagulaci).

Na podkladě uvedených dat o výskytu a zejména prognostické závažnosti fibrilace síní se autoři domnívají, že u dialyzovaných osob s FS je na místě stejná zajišťovací antikoagulační léčba jako u ostatních osob.

■ KOMENTÁŘ

Prof. MUDr. Sylvie Dusilová Sulková, DrSc.

Nález fibrilace síní byl ve sledované kohortě častý. Autoři však v diskusi upozorňují, že se jednalo o pacienty nejen pokročilého věku, ale i s abnormální morfologií levé komory (např. jen tři ze 146 mužů měli hmotnost levé komory nižší než 120 g/m²;

analogicky byl extrémně vysoký výskyt hypertrofie levé komory i u žen), s kalcifikací mitrálního prstence u poloviny z nich. Je tedy otázkou, zda takto vysoký výskyt je reprezentativní pro dialyzovanou populaci jako celek.

Dalším limitem aplikace dat je vysoký výskyt známých arytmogenních faktorů neboli nemožnost odlišit případný podíl selhání ledvin a ani samotný vliv dialyzační léčby na vznik fibrilace síní.

Pravidelné dialyzační léčení (ať již hemodialýza či peritoneální dialýza) však jsou podle nálezů studie spojeny s vyšším rizikem vzniku fibrilace síní de novo, tj. u pacientů s iniciálně sinusovým rytmem. Incidence FS ve sledovaném souboru byla vyšší než v běžné populaci (stejněho věku), a obdobně referují i jiné studie (Genovesi et al., 2008). Z toho vyplývá, že náhrada funkce ledvin zvyšuje (nespecifikovaným mechanismem) riziko FS.

Velmi závažné je zjištění souvislosti cévní mozkové příhody a fibrilace síní. Vysoký výskyt cévní mozkové příhody byl zaznamenán i v anamnestických datech pacientů a autoři upozorňují na nutnost aktivního sledování srdeční frekvence a srdečního rytmu u těchto rizikových pacientů.

Další závažnou abnormalitou EKG záznamu kromě FS byly poruchy vedení vzruchu, jmenovitě blokáda levého Tawarova raménka (u 10 % pacientů při prvním vyšetření). I tento nález byl často sdružen s fibrilací síní a s následnou negativní prognózou.

Z vlastní zkušenosti dialyzační lékaři vědí, že abnormální EKG záznam u dialyzovaných pacientů je téměř pravidlem. Prezentovaná práce jednak podává přesná čísla o výskytu fibrilace síní a nově vzniklých FS jako nejčastější poruchy rytmu, jednak přesvědčivě dokládá její nepříznivý klinický význam. Svými závěry patří k těm, které doporučují nejen pečlivé sledování pacientů, ale i zajišťovací antikoagulační terapii.

Pohled na určitý problém však má být nejen dostatečně podrobný a hluboký, ale i dostatečně široký. Na jednu stranu zde máme argument pro antikoagulační léčbu, avšak na druhou stranu nelze opominout práce, které dokládají protiargument, a sice vysokou rizikovitost této léčby pro dialyzované pacienty. Jaký postup zvolit? Jak toto dilema řešit?

Reinecke (2009) se ve svém přehledovém článku, jehož název začíná anglickým překladem slova „dilema“, věnuje právě vztahu dvou rizik – léčby antikoagulancii při fibrilaci síní a ponechání fibrilace síní bez léčby. Vyjmenovává faktory, které přímo či nepřímo zvyšují riziko krvácení, i faktory, které působí prokoagulačně, a navrhuje schéma (algoritmus) léčby. Mezi zvažované okolnosti jsou řazeny např. souběžné onemocnění jater, předchozí krvácení, aktivní malignity a závažnost onemocnění ledvin. Maximální iniciální dávka warfarinu nemá přesáhnout 5 mg a po prvních dvou dávkách (a v prvním měsíci třikrát týdně) má být stanovena hodnota INR (dále ve čtrnáctidenních intervalech). Cílová hodnota je uvedena mezi 2,0–3,0 (avšak v tomto není literatura jednotná).

Aby situace byla ještě komplikovanější, přibývají důkazy o negativní roli kumarinových preparátů (tj. inhibitorů vitamínu K, potřebného pro správnou biologii a funkci jednoho z ochranných faktorů proti kalcifikacím) v patogenezi cévních změn (Kruger, 2009).

Kardiovaskulární riziko zůstává pro dialyzované pacienty velmi vysoké. Dosud bylo věnováno překvapivě málo pozornosti arytmiím, resp. nejčastější z nich, kterou je fibrilace síní. Zmiňovaná práce dokládá, o jak závažné téma se jedná.

Literatura

Genovesi S, Vincenti A, Rossi E, et al. Atrial fibrillation and morbidity and mortality in a cohort of long-term hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2008; 51:255–262.

Kruger T, Floege J. Coumarin use in dialysis patients with atrial fibrillation – more harm than benefit? *Nephrol Dial Transplant* 2009; NDT Advance Access Publisher July 23, doi 10.1093/ndt/gfp368.

Reinecke H, Brand E, Mesters R, et al. Dilemmas in the management of atrial fibrillation in chronic kidney disease. *J Am Soc Nephrol* 2009;20.705–711.