

Lek. Paulina Łopatowska

Temat: „*Epidemiologia i postępowanie u chorych z migotaniem przedsionków ze szczególnym uwzględnieniem terapii przeciwkrzepliwej*”

Streszczenie w języku polskim

Dane na temat epidemiologii chorych z migotaniem przedsionków (AF) w krajach Europy Wschodniej takich jak Polska są ograniczone. Mimo, że zalecenia dotyczące leczenia przeciwkrzepliwego u chorych z AF oparte są na dowodach z badań klinicznych, wytyczne europejskie nie są w pełni realizowane w codziennej praktyce.

Celem pracy było przedstawienie epidemiologii pacjentów z migotaniem przedsionków oraz ocena leczenia przeciwkrzepliwego w kontekście ryzyka udaru niedokrwinnego mózgu i ryzyka krwawienia.

Do analizy włączono 1556 kolejnych chorych z AF hospitalizowanych w Klinice Kardiologii i Klinice Kardiologii Inwazyjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w latach 2012-2014.

Badaną grupę stanowiło 1556 chorych z migotaniem przedsionków (45% kobiet, wiek 71 ± 11 lat). U chorych z niezastawkowym AF punktacja w skali ryzyka powikłań zakrzepowo-zatorowych CHA₂DS₂VASc wynosiła $3,5 \pm 1,7$, natomiast punktacja w skali ryzyka powikłań krwotocznych HAS-BLED - $2,4 \pm 1,1$. Punktacja CHA₂DS₂VASc była wyższa u pacjentów z utrwalonym AF ($p < 0,001$), natomiast punktacja HAS-BLED była wyższa u pacjentów z napadowym AF ($p < 0,001$).

Zastawkowe AF występowało u 5% ($n=71$) i było częściej obserwowane u pacjentów z utrwaloną formą arytmii ($p=0,004$).

71% chorych otrzymywało doustną terapię przeciwkrzepliwą (OAC). Leki z grupy antagonistów witaminy K (VKA) były stosowane u 59% chorych, antykoagulanty nie będące antagonistami witaminy K (NOAC) u 12%, sam kwas acetylosalicylowy u 18%. Zastosowanie OAC korelowało z młodszym wiekiem ($p < 0,0001$), z niższym ryzykiem krwawienia ($p < 0,0001$) i większym wymiarem lewego przedsionka ($p < 0,0001$). Starsi pacjenci ($p < 0,0001$) oraz chorzy z napadowym AF rzadziej otrzymywali doustną antykoagulację ($p < 0,0001$).

Częstość stosowania OAC rosła wraz ze wzrostem punktacji w skali CHA₂DS₂VASc, natomiast zmniejszała się przy punktacji ≥ 4 pkt. Chorzy nie otrzymujący OAC mieli wyższe ryzyko krwawienia wg skali HAS-BLED ($p < 0,0001$).

Szanse na wdrożenie NOAC były niższe u pacjentów starszych (OR=0,69; $p=0,04$; 95% CI 0,48-0,98), z chorobą wieńcową (OR=0,44; $p < 0,0001$; 95% CI 0,31-0,61), z niewydolnością serca (OR=0,60; $p=0,02$; 95% CI 0,38-0,92), z niedokrwistością (OR=0,60; $p=0,009$; 95% CI 0,41-0,88) oraz z punktacją w skali HAS-BLED ≥ 3 (OR=0,48; $p < 0,0001$; 95% CI 0,34-0,67).

Szanse na stosowanie tylko kwasu acetylosalicylowego w profilaktyce przeciwkrzepliwej były wyższe u pacjentów starszych (OR=1,60; $p < 0,0001$; 95% CI 1,25-2,10), z chorobą wieńcową (OR=2,50; $p < 0,0001$; 95% CI 1,92-2,30) i po przebytym zawale serca (OR=2,00; $p < 0,0001$; 95% CI 1,50-2,70), a także 5.5 razy wyższe u pacjentów z punktacją w skali HAS-BLED ≥ 3 pkt. (OR=5,50; $p < 0,0001$; 95% CI 4,10-7,40). Przyczyną stosowania kwasu acetylosalicylowego jako jedynej profilaktyki udaru niedokrwinnego mózgu były głównie warunki socjoekonomiczne.

Śmiertelność wewnątrzszpitalna w całej populacji wyniosła 2% ($n=35$). Nie było różnic w śmiertelności pod względem płci ($p=0,07$) oraz typu migotania ($p=0,8$). W wieloczynnikowej regresji logistycznej ryzyko zgonu było większe u pacjentów >75 roku życia (OR=6,26; $p=0,001$; 95% CI 2,06-19,02) i z frakcją wyrzutowa lewej komory $<35\%$ (OR=5,25; $p < 0,001$; 95% CI 2,24-12,32).

WNIOSKI:

1. Badana populacja nie różni się pod względem ryzyka udaru i krwawienia od populacji z rejestrów europejskich.
2. Leczenie przeciwkrzepliwe u chorych z AF jest ugruntowane w polskich warunkach, lecz pacjenci leczeni NOAC stanowią zdecydowaną mniejszość.
3. Występuje niekonsekwencja w wyborze leczenia przeciwkrzepliwego w kontekście ryzyka udaru i krwawienia. Pacjenci z bardzo wysokim ryzykiem udaru mózgu i jednocześnie wysoką punktacją w skali HAS-BLED nie otrzymują leczenia przeciwkrzepliwego, co jest podyktowane obawą przed krwawieniem.
4. Zbyt często leki przeciwplatekcyjne stosuje się jako jedyną profilaktykę udaru niedokrwinnego mózgu.