

WHITE PAPER

„Rychlé srdce ohrožuje mozek“

Fibrilace srdečních síní (FiS) jako rizikový faktor cévní mozkové příhody (CMP)

Úvod

Tento dokument popisuje pohled pacientů a odborníků na diagnostiku a léčbu fibrilace srdečních síní, která způsobuje až 20% všech případů cévní mozkové příhody (mrtvice). Cílem je popsat situaci v České republice, potřeby českých pacientů a navrhnout opatření ke zlepšení.

Tento dokument byl vypracován pacienty, lékaři, a zástupci pacientských organizací činných v oblasti prevence mrtvice a je součástí širšího projektu „Fibrilace síní, častá, ale neznámá“, který se věnuje zvyšování povědomí o fibrilaci síní.

Fibrilace síní je druh srdeční arytmie, která sama o sobě není život ohrožující, avšak jejím důsledkem může být cévní mozková příhoda. Pacientská organizace ICTUS se tomuto propojení mezi nemocí srdce a mozku věnuje již od roku 2013. Kontinuálně se snaží zvyšovat povědomí o nemoci, upozorňovat na potřeby pacientů, a to i na ty, které nejsou dosud naplňovány. Pacientská organizace ICTUS se nyní spojila s Průvodcem pacienta, z.ú. a pacientskou organizací Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách z.s.. Spolu s pomocí lékařů a dalších odborníků vytvořili projekt „Fibrilace síní – častá, ale neznámá“. Odborným garantem projektu i tohoto dokumentu je Česká kardiologická společnost, z.s.(ČKS).

Obsah

1. Fakta o nemoci	2
2. Fibrilace síní jako rizikový faktor cévní mozkové příhody (CMP a TIA)	3
3. Diagnostika FiS	4
4. Léčba fibrilace síní jako prevence CMP	4
5. Bariéry v antikoagulační léčbě	6
6. CMP a její zdravotní a celospolečenské dopady	6
7. Potřeby pacientů v ČR a výzva ke změně	6



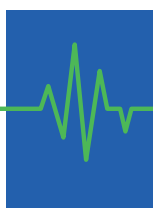
1. Fakta o nemoci

Fibrilace síní (FiS) je jednou z nejčastějších poruch srdečního rytmu (arytmie). Ke vzniku této nemoci přispívají např. zánětlivé změny, hormonální vlivy nebo nemoci srdečního svalu. Asi 30 – 40% nemocných s FiS nemá žádnou zjistitelnou příčinu arytmie. Nemoc, která se projeví zejména v mladším věku, bývá silně geneticky podmíněná. FiS má řadu klinických typů. Větší výskyt nemoci je u starších osob, u pacientů s přidruženými onemocněními jako je vysoký krevní tlak (hypertenze), srdeční selhání, ischemická choroba srdeční, chlopenní vady, chronické onemocnění ledvin, ale také cukrovka či obezita. Zvýšení výskytu FiS v dnešní době jde ruku v ruce se stárnutím populace, ale má na něj také vliv zlepšující se diagnostika. Přesto řada pacientů – mezinárodní studie uvádějí až 40% (1) není diagnostikována, a to zejména proto, že nemají žádné příznaky (tzv. němá FiS). Data z ČR navíc ukazují, že více než 20% pacientů s diagnózou fibrilace síní a jiných srdečních arytmií není v současné chvíli léčeno vůbec (2). Výskyt nemoci z hlediska pohlaví je u žen nižší než u mužů, naopak ženy s FiS mohou pociťovat více příznaků než muži a typicky bývají starší (3). Mezi hlavní příznaky nemoci patří nepravidelné, rychlé bušení srdce, svíravý pocit na hrudi, který může být provázen dušností, a to hlavně při námaze, stejně tak jako problémy se spánkem či úzkost a stres. Nemoc tedy výrazně zhoršuje kvalitu života pacientů.



Obr. Nahoře fibrilace síní, dole normální rytmus srdce (4)

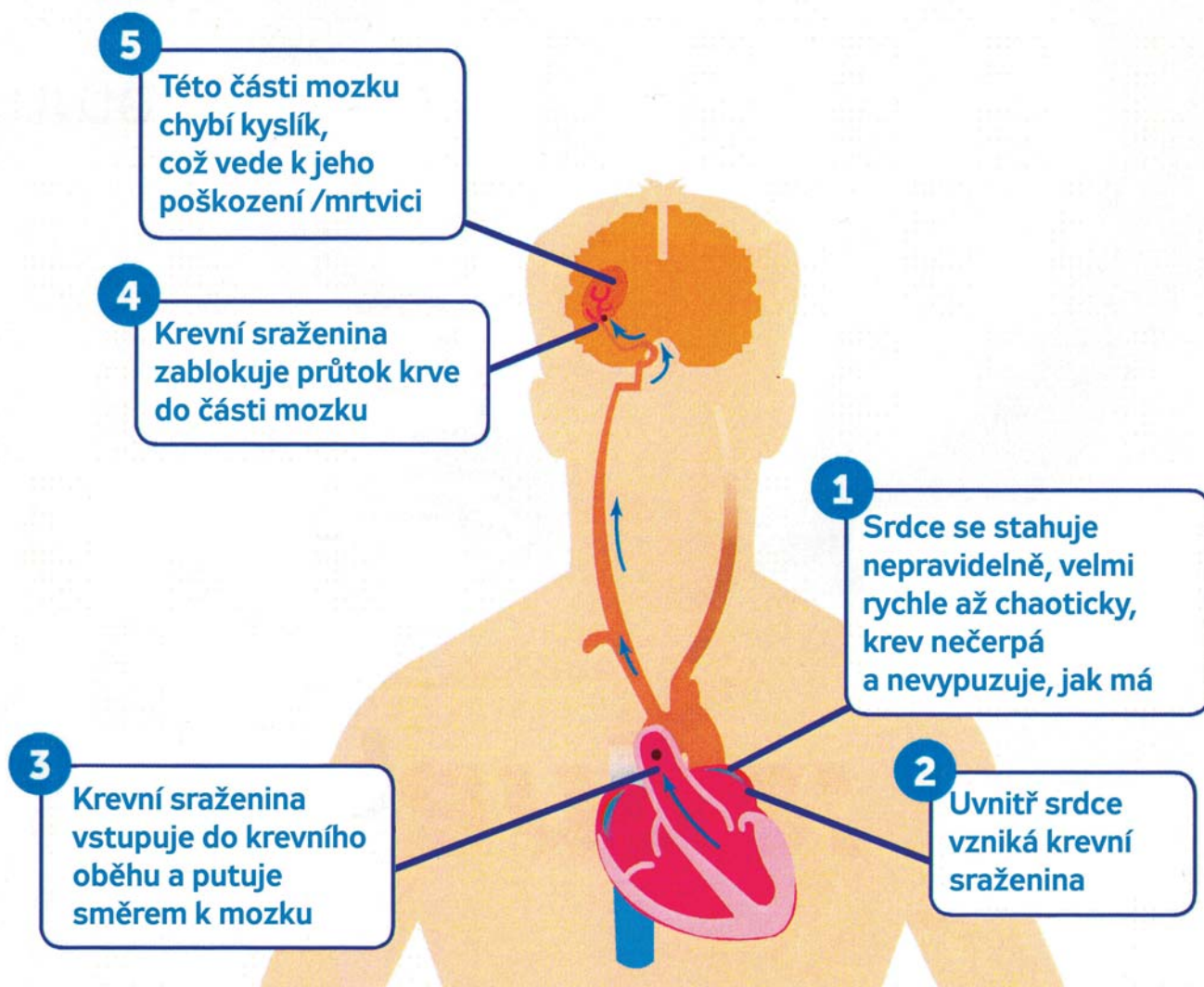
- * **Předpokládá se, že počet pacientů s AF v Evropě vzroste z 8.8mil. v roce 2010 až na 17.9mil. v roce 2060.**
- * **Fibrilace síní se objeví u každého čtvrtého člověka, výskyt se zvyšuje s věkem.**
- * **Fibrilace síní je druhým nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro vznik mrtvice.**
- * **U pacientů s fibrilací síní je až 5x vyšší riziko cévní mozkové příhody (mrtvice).**
- * **U řady pacientů se diagnostikuje FiS až při cévní mozkové příhodě.**
- * **Počet pacientů s fibrilací síní nad 55 let se do roku 2060 až zdvojnásobí.**
- * **Až 90% případů mrtvice lze předejít správnou léčbou.**
- * **Pouze 75% - 80% pacientů se stanovenou diagnózou FiS je léčeno.(5)**



2. Fibrilace síní jako rizikový faktor cévní mozkové příhody (CMP) či Transitorní ischemické ataky (TIA)

Fibrilace síní je příčinou nepravidelného srdečního rytmu, jakéhosi „švezení“ srdečních síní, kdy se srdeční síň nedostatečně smršťuje. Kvůli tvaru srdečních komor může toto „švezení“ při dlouhodobém působení způsobit hromadění krve v srdeční komoře a vznik sraženiny (trombu) v srdci. Taková krevní sraženina se obvykle po dosažení určité velikosti „utrhne“, uvolní se do krevního řečiště a artérií doputuje do mozku. V mozku vytvoří překážku v průtoku krve a dojde k cévní mozkové příhodě nebo k TIA (náhlá krátkodobá funkční porucha mozku, způsobená oddělením některé z jeho částí od přísunu krve).

Jak může vést fibrilace síní k mrtvici:



3. Diagnostika FiS

Podle doporučených diagnostických a terapeutických postupů pro všeobecné praktické lékaře (7) by měl být pro potvrzení či vyvrácení FiS proveden kompletní rozbor osobní anamnézy pacienta a pacient by měl podstoupit klinické vyšetření zahrnující podrobné posouzení dalších nemocí, EKG a odhad rizika ischemické CMP. Tento odhad se provádí na základě hodnocení klinických faktorů a tedy rizika CMP. Tato škála je označována písmeny CHA₂DS₂VASc. Zavedení tohoto skóre vedlo u pacientů ke zjednodušení rozhodování ohledně nasazení antikoagulační léčby.

Zásadním vyšetřením je však elektrokardiogram (EKG) a platí, že čím déle je měření prováděno, tím je větší pravděpodobnost odhalení nemoci. Dlouhodobé monitoraci v návaznosti na odhalení nemoci se věnovala řada studií (8). Za prokazatelné určení FiS se považuje výskyt FiS na EKG křivce trvající déle než 30 sec. Prodloužená monitorace EKG se doporučuje u všech pacientů, kteří prodělali CMP, a nebyla u nich dosud jasně prokázána FiS. (9)

V domácím prostředí se jeví jako užitečné, levné a snadné sledování pulsu samotným pacientem. (10) Ukázat na FiS mohou také biochemické markery při vyšetření krve či ECHO vyšetření srdce.

4. Léčba fibrilace síní jako prevence CMP

U osob trpících fibrilací síní je riziko mrtvice pětkrát vyšší než u osob s pravidelným srdečním rytmem. Toto riziko je však možné snížit zhruba o dvě třetiny, pokud pacienti podstoupí správnou léčbu (11).

Léčba by vždy měla být, v souladu s doporučenými postupy České kardiologické společnosti, integrovaná – tedy vyžadující spolupráci mezi lékaři primární péče (praktickými lékaři) a ambulantními specialisty jako jsou kardiologové, arytmologové, neurologové apod. Tato léčba také znamená definování role pacienta a jeho vtažení do společného rozhodování o léčbě. Pacient musí být zejména od lékaře dobře poučen o povaze nemoci, rizicích s ní spojených a principech léčby. Díky tomu lze předpokládat lepší pochopení léčby ze strany pacienta a tím také její dodržování. To je zásadní pro lepší kvalitu života pacienta, snížení rizika komplikací, včetně CMP a prodloužení jeho přežití.

Léčba cílí jednak na úpravu srdeční frekvence a také na prevenci trombembolických příhod. Pokud jde o úpravu frekvence srdeční činnosti, může být jak farmakologická (užívání léků), tak také nefarmakologická (např. kardioverze, katetrizační ablace apod.). Jako prevence vzniku trombů - tedy zabránění vytvoření krevních sraženin v krevním řečišti je předepisovaná tzv. antikoagulační léčba, která brání srážení krve v srdeční komoře. Snižují tak riziko, že se vytvoří sraženina, která by doputovala do mozku a způsobila cévní mozkovou příhodu. Antikoagulancia užívaná za účelem prevence cévní mozkové příhody spojené s fibrilací síní se běžně rozdělují na dvě základní skupiny.

První skupinou jsou tzv. antagonisté vitamínu K, (tzv. antivitaminy K, nebo také VKA), jejichž nejznámějším zástupcem je warfarin. Antivitaminy K se pacienti léčí již téměř 70 let a dlouhou dobu byly nevhodnější volbou a zlatým standardem antikoagulační léčby. Léčba warfarinem s sebou ale přináší i četná úskalí, a to zejména nutnost pravidelného laboratorního sledování „správného naředění krve“, kdy pacient musí chodit na odběry krve na tzv. Quickův test (také INR) minimálně 1x měsíčně. Nezanedbatelné je riziko krvácení (např. krvácení do kůže, kde se tvoří modřiny, či do zažívacího traktu). Dávkování warfarinu je velmi individuální, navíc je třeba mít na mysli četné lékové a dietní interakce. Pacient je proto vystaven řadě omezení, pokud jde o nápoje či potraviny, a je ohrožen také řadou lékových interakcí (situace, kdy jiné léky ovlivňují účinky warfarinu). Nízká dávka léku může vést k CMP, zatímco vysoké dávky ke krvácení. Nevýhodou je také pomalejší nástup účinku léku,

tak také odeznění antikoagulačního účinku. Typicky je problém při nutnosti urgentního operativního zákroku či jen vytržení zubu, kdy hrozí zvýšené krvácení. Pro stanovení rizika krvácení (zejména pro pacienty užívající antivitaminu K) existují klinická skóre rizika krvácení a podle nich lékař také volí dávkování léků.

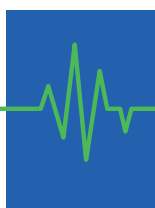
Druhou skupinou užívaných léků za účelem prevence cévní mozkové příhody spojené s fibrilací síní jsou tzv. nová orální antikoagulantia (NOAC), která jsou pacientům k dispozici od roku 2010. Tato nová skupina léků byla vyvinuta jako bezpečnější antikoagulační léčba v porovnání s antivitaminou K. V řadě studií tyto léky vykazují méně nežádoucích účinků v podobě krvácivých stavů či rizika embolizace. (12) Pro pacienta to také znamená, že nemusí pravidelně docházet do ordinace lékaře k odběrům krve. Uvádí se, že léčba NOAC je oproti antagonistům vitamínu K bezpečnější i účinnější (13)

Zvýšená opatrnost při léčbě musí být vždy věnována některým skupinám pacientů – typicky například křehkým seniorům, pacientům s dalšími chronickými nemocemi apod.

Fibrilace síní se může léčit u pacientů s významnými symptomy, u kterých potíže přetrvávají i přes užívání léků k normalizaci rytmu, také dalšími léčebnými metodami jako je např. katetrizační ablace. Jde o poměrně novou metodu léčby poruch srdečního rytmu, umožňující zničení (tj. ablaci) té tkáně v srdci, která zodpovídá za vznik arytmií. Děje se tak nechirurgickou cestou (tj. bez nutnosti operace srdce), a to pomocí speciálních tenkých a ohebných elektrod (katétrů). Při výkonu se místním znecitlivěním zavede pacientovi katétr přes žílu nebo tepnu v třísle do srdce a jeho hrot se umístí co nejbližší místa vzniku poruchy srdečního rytmu. Díky průchodu vysokofrekvenčního proudu z hrotu katétru se toto místo zahřeje na teplotu okolo 60°-70°C a tak dojde k jeho „spálení“. Délka hospitalizace při takovém výkonu je průměrně 2 – 3 dny a je při něm poměrně nízké procento komplikací. (14) Někdy je však nutno výkon opakovat.

Dalším léčebným výkonem je elektrická kardioverze (EKV), která se provádí ambulantně, tedy bez nutnosti hospitalizace. Při výkonu je přes povrch hrudníku k srdci aplikován pomocí tzv. defibrilátoru výboj stejnosměrného proudu, který dovoluje přerušit arytmií a obnovení normálního rytmu srdce. K odstranění vnímání bolesti při výboji se kardioverze provádí za krátkodobého uspání. Pokud arytmií trvá více než 48 hodin, je nutno k snížení rizika vzniku krevní sraženiny a jejího uvolnění brát před výkonem léky proti srážení krve (obvykle 3 – 4 týdny) nebo provést echokardiografické vyšetření pomocí jícnové sondy k vyloučení přítomnosti viditelných krevních sraženin v síních. (15)

Kvalita života pacienta a prognóza onemocnění je do značné míry ovlivněna tím, do jaké míry pacient porozumí své nemoci, léčbě a riziku cévní mozkové příhody. Pokud vliv nemoci na možnost výskytu cévní mozkové příhody podceňuje, je možné, že antikoagulační léčbu neužívá správně a riziko mrtvice se zvyšuje. Včasné zahájení léčby je důležité pro optimální zvládnutí onemocnění a pro dosažení lepších léčebných výsledků jako je zvýšení míry přežití, snížené komplikace a postižení, lepší kvalita života a nižší náklady na léčbu.



5. Bariéry v antikoagulační léčbě

Prevalence FiS je uváděna na úrovni 1-2% z celkové populace, t.j. v případě ČR 100-200 tisíc pacientů. (16)

Celkem bylo v r.2015 diagnostikováno v České republice 335 tisíc pacientů s FiS, z toho jich bylo léčeno pouze 262 tisíc, což představuje 78%. Znamená to, že více jak 20% nemá žádnou léčbu, která by je chránila proti mrtvici. Zatímco absolutní počet pacientů s FiS narůstá, procento léčených pacientů je relativně stabilní. (17)

Přestože pacienti i lékaři uvítali schválení nových NOAC léků a zahájení jejich používání v ČR, jejich reálná dostupnost je českým pacientům stále velmi omezená. Důvodem je jejich vyšší cena, kvůli které postavil systém veřejného zdravotního pojištění do cesty těmto lékům k pacientům několik bariér:

- Pacientovi uhradí zdravotní pojišťovna NOAC lék, pouze pokud již předtím tento pacient užíval warfarin. Léky ze skupiny NOAC tedy mohou pacienti používat až v tzv. druhé linii. Teprve pokud léčba warfarinem nevede po dobu minimálně 2–3 měsíců k odpovídající odpovědi na léčbu a dosažení terapeutického rozmezí (INR: 2.0–3.0), může praktický lékař odeslat pacienta ke specialistovi, který může předepsat nová perorální antikoagulancia.
- NOAC lék může být českému pacientovi předepsán pouze lékařem-specialistou z oboru neurologie, kardiologie, interny, hematologie, angiologie, chirurgie či geriatric. Moderní antikoagulační léčbu nemůže předepsat praktický lékař.
- Lékaři se obávají NOAC předepisovat z důvodu zdravotními pojišťovnami limitovaného lékového rozpočtu lékaře, přičemž některé zdravotní pojišťovny hrozí lékařům pokutami za jejich případné překročení.
- Pokud pacient chce užívat NOAC a jeho lékař mu je předepíše v rozporu s výše uvedenými omezeními, pacient si lék musí hradit sám.

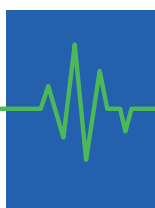
6. CMP a její zdravotní a celospolečenské dopady.

Jak fibrilace síní, tak i případná mrtvice mohou významně ovlivnit kvalitu života pacienta, a to nejen ve zdravotní, ale také sociální a pracovní oblasti.

Každoročně se v EU vyskytuje až 1,8 milionu nových případů mozkové mrtvice. (18) Každý případ je osobní tragédie a společně s tím i obrovským zatížením veřejných rozpočtů v případě invalidity i nákladů na zdravotní péči. EU vynakládá 38 miliard EUR ročně na léčbu mrtvice. (19) Připočítat se ale musí také nepřímé náklady na nemoc (ztráta produktivity, sociální služby, invalidní důchody, sociální dávky či neformální péče), které jsou obrovské.

7. Potřeby pacientů v ČR a výzva ke změně

Se znepokojením vnímají pacientské organizace zastupující pacienty s CMP, jak malý důraz klade česká společnost a kompetentní orgány odpovědné za zdravotnictví, včetně zdravotních pojišťoven, na prevenci a následný management chronických onemocnění vedoucích k CMP. Proto se chceme zaměřit na vyhledávání, diagnostiku a účinnou léčbu hlavních rizikových faktorů pro vznik CMP, jako je FiS, vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu a další. Protože jednou z nejčastějších příčin je právě fibrilace síní, snaží se pacienti a jejich organizace již více než pět let zvyšovat povědomí o této časté příčině CMP, stejně jako hovořit s politiky a dalšími osobami s rozhodovacími pravomocemi



o nutnosti změn ve vyhledávání, diagnostikování a léčbě pacientů s fibrilací síní. Dalším předpokladem je pak poskytnutí vhodně podaných informací pacientům tak, aby mohli kompetentně vzít odpovědnost za své zdraví do vlastních rukou a spolurozhodovat o své léčbě.

Společným cílem pacientů a jejich lékařů je:

1. Navázat úzkou spoluprací mezi patientskými organizacemi, odbornými společnostmi, výzkumnými ústavami, ale i plátcí a regulátory péče s cílem nastavení optimální péče o pacienty v riziku CMP i po CMP.
2. Vypracovat ucelenou národní strategii prevence CMP, zaměřenou také na problematiku fibrilace síní, a to ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR a odbornými společnostmi.
3. Zvýšit povědomí o fibrilaci srdečních síní a jejích rizicích a tím zajistit motivaci pacientů k diagnostice a spolupráci v léčbě. V této souvislosti je nezbytné věnovat se v rámci osvěty také dalším rizikovým faktorům, jako je kouření, vysoký krevní tlak, špatná strava a fyzická nečinnost.
4. Zajistit dostupnost komplexní hrazené péče pro pacienty v riziku CMP dle doporučených postupů a poznatků vědy a plné zachování možnosti výběru té nejvhodnější léčby pro konkrétního pacienta, s důrazem na informované a sdílené rozhodování o léčbě.
5. Odstranit současné bariéry (zejména preskripčních omezení) v dostupnosti léčby.

Použité zdroje:

- (1) Zdroj: The Route Map for Change
- (2) Zdroj: OAKS Consulting s.r.o., Analýza léčby pacientů s fibrilací síní, 2018
- (3) Zdroj: Česká kardiologická společnost (ČKS), odborná doporučení, 2016
- (4) Zdroj: ČKS, odborná doporučení, 2016
- (5) Zdroje: The Burden of Stroke in Europe, The Route Map for Change, The Value of Treatment for Brain Disorders, Global Stroke Prevention Policies, Risk Management and Healthcare Policy 2018
- (6) Zdroj: The Route Map for Change
- (7) Zdroj: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2017
- (8) Zdroj: např. Sanno 2014, Higgins 2013
- (9) Zdroj: ČKS, Doporučení 2017
- (10) Zdroj: Kalmünzer 2014
- (11) Zdroj: The Road Map for Change
- (12) Zdroj: např. Aristotle, RE-LY a další
- (13) Zdroj: Ruff at al., 2014, metaanalýzy a zdravotní dokumentace ČKS, 2016
- (14) Zdroj: www.ikem.cz/cs/katetrizacni-ablace-arytmii
- (15) Zdroj: www.ikem.cz/cs/elektricka-kardioverze
- (16) Zdroj: Čihák et al., 2011
- (17) Zdroj: OAKS Consulting s.r.o., Analýza léčby pacientů s fibrilací síní, 2018
- (18) Zdroj: The Road Map for Change
- (19) Zdroj: The Road Map for Change