

Zlepšení kvality života po ablací dlouhodobě perzistentní versus paroxysmální fibrilace síní: výsledky dvouletého sledování

V. Bulková^{1,2}, M. Fiala³, L. Haman⁴, J. Chovančík³, L. Škňouřil³, Š. Havránek¹, J. Pindor³, J. Duda⁴, J. Gorzolka³, K. Ivanová², P. Pařízek⁴

¹ II. interní klinika kardiologie a angiologie 1. lékařské fakulty UK a VFN Praha, přednosta prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.

² Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty UP Olomouc, přednostka doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

³ Oddělení kardiologie Nemocnice Podlesí, a.s., Třinec, přednosta prim. MUDr. Marian Branny

⁴ I. interní klinika Lékařské fakulty UK a FN Hradec Králové, přednosta prof. MUDr. Jan Vojáček, DrSc.

Souhrn: *Cíl:* Cílem práce bylo zhodnocení kvality života a socioekonomických parametrů u pacientů po ablací paroxysmální versus dlouhodobě perzistentní fibrilace síní (FS). *Metodika:* Do studie bylo zahrnuto 89 pacientů s paroxysmální FS a 56 pacientů s dlouhodobě perzistentní FS, kteří podstoupili ablací v průběhu 1 roku a následně byli 2 roky prospektivně sledováni. Kvalita života byla hodnocena dotazníkem EQ-5D před výkonem a každých 6 měsíců po výkonu. *Výsledky:* Objektivní i subjektivní kvalita života na vstupu byla nižší u pacientů s dlouhodobě perzistentní FS (67 ± 16 vs 71 ± 10 ; $p = 0,01$, resp. 64 ± 12 vs 67 ± 16 ; $p = 0,07$), po dvou letech byla naopak u těchto pacientů vyšší než u pacientů s paroxysmální FS (80 ± 17 vs 75 ± 18 ; $p = 0,03$; resp. 73 ± 13 vs 70 ± 17 ; $p = 0,18$). Rozdíl ve zlepšení oproti výchozímu stavu byl po 2 letech u pacientů s dlouhodobě perzistentní FS vyšší v objektivní ($p = 0,001$) i subjektivní ($p = 0,05$) složce. Obě skupiny pacientů zaznamenaly signifikantní pokles hospitalizačních dnů a dnů pracovní neschopnosti. *Závěr:* Pacienti s dlouhodobě perzistentní FS mají horší vstupní kvalitu života než pacienti s paroxysmální FS a zlepšení kvality života po ablací je u nich vyšší.

Klíčová slova: fibrilace síní – paroxysmální fibrilace síní – perzistentní fibrilace síní – kvalita života

Improvement of quality of life after ablation of longstanding persistent versus paroxysmal atrial fibrillation: results of 2-year follow-up

Summary: *Aims:* The purpose of the study was to assess quality of life and socio-economic parameters in patients after ablation of paroxysmal versus longstanding persistent atrial fibrillation (AF). *Methods:* The study included 89 patients with paroxysmal AF and 56 patients with longstanding persistent AF who underwent ablation within 1 year, and were afterwards prospectively followed up for 2 years. Quality of life was evaluated by the EQ-5D questionnaire before and every 6 months after ablation. *Results:* Objective, respectively subjective quality of life at baseline was lower in patients with longstanding persistent AF (67 ± 16 vs 71 ± 10 ; $p = 0,01$, resp. 64 ± 12 vs 67 ± 16 ; $p = 0,07$); however, after 2 years, it exceeded that of the patients with paroxysmal AF (80 ± 17 vs 75 ± 18 ; $p = 0,03$; resp. 73 ± 13 vs 70 ± 17 ; $p = 0,18$). The baseline-2 year difference in improvement was higher in patients with longstanding persistent AF in both objective ($p = 0,001$) and subjective component ($p = 0,05$). Both groups displayed significant decrease in the days of hospitalization, and the days of working incapacity. *Conclusion:* Patients with longstanding persistent AF exhibit worse baseline quality of life than the patients with paroxysmal AF, and higher quality of life improvement after ablation.

Key words: atrial fibrillation – paroxysmal atrial fibrillation – persistent atrial fibrillation – quality of life

Úvod

Pacienti s dlouhodobě perzistentní (chronickou) fibrilací síní (FS) jsou často mylně považováni za málo symptomatické či asymptomatické, ačkoli opak je pravdou. Podobně se u nich klinický užitek z katetrové ablace považuje za horší než u paroxysmální FS. Hodnocení kvality života je zásadní pro vyjádření klinického i ekonomického benefitu léčebné metody [1,2].

Cílem práce je 2leté zhodnocení kvality života a dalších zdravotních a socioekonomických dat u pacientů, kteří

v průběhu jednoho roku podstoupili katetrovou ablací paroxysmální nebo dlouhodobě perzistentní FS.

Metodika

Soubor pacientů

Do studie bylo zahrnuto 160 konsektivních pacientů s FS starších 18 let, kteří byli od 1. ledna 2007 do 31. prosince 2007 léčeni katetrovou ablací na oddělení kardiologie Nemocnice Podlesí, a.s., v Třinci a na I. interní klinice FN Hradec Králové a kteří vyjádřili tzv. informovaný souhlas se vstupem

do studie. Do srovnání bylo zařazeno 89 pacientů s paroxysmální FS a 56 pacientů s dlouhodobě perzistentní FS. Následně byli tito pacienti prospektivně sledováni po dobu 2 let.

Definice

Paroxysmální FS byla definována jako FS, která se objevuje v opakovaných epizodách a při dané léčbě spontánně končí, typicky do 24 hod od vzniku, přičemž trvání jednotlivých epizod nepřevyšuje 7 dnů.

Dlouhodobě perzistentní FS byla definována jako FS, která trvá bez spontánního přerušení sinusovým rytmem více než 12 měsíců [3]. FS byla rezistentní k elektrické kardioverzi nebo po ní časně recidivovala, a to do 7 dnů. Většina těchto pacientů dříve užívala amiodaron, bez léčebných účinků.

Sběr dat

Sledovaly se demografické, zdravotní, sociální a socioekonomické údaje, které byly získány z anamnézy, laboratorních a paraklinických vyšetření při vstupní hospitalizaci a následných pravidelných kontrolách. Tyto údaje byly zaneseny do dotazníku a uloženy na internetový portál pod osobní kód pacienta.

Zjišťování kvality života

Za účelem zhodnocení kvality života byly pacientům položeny jak 2 jednoduché otázky na subjektivní posouzení momentálního individuálního zdravotního stavu a jeho vývoje v čase, tak standardizovaný dotazník EQ-5D. Pacienti tento dotazník vyplňovali samostatně, bez pomoci či nápodědy zdravotnického pracovníka, v prvních 2 dnech hospitalizace a pak po 6, 12, 18 a 24 měsících, kdy jim byly dotazníky zasílány poštou domů. Všichni pacienti ukončili periodu 24 měsíců sledování.

Dotazník EQ-5D hodnotí objektivní i subjektivní ukazatele kvality života. Objektivní ukazatele zahrnují 5 základních parametrů: pohyblivost, sebeobsluhu, obvyklou činnost, bolest/obtíže a úzkost/deprese. Otázky umožňují odpovědět ve třech stupních a existuje 243 možných kombinací zdravotního stavu. Subjektivní hodnocení kvality života se hodnotí pomocí tzv. teploměru se škálou 0–100%, na kterém pacient přesně zaškrtně, na kolik procent se cítí. Výstupem dotazníku je index, který nabývá hodnot 0–100 (0 = nejhorší zdravotní stav, 100 = nejlepší zdravotní stav).

Statistické zpracování

Statistické zpracování dat bylo provedeno v softwarové aplikaci STA-

Tab. 1. Základní charakteristiky pacientů.

	Paroxysmální FS (n = 89)	Dlouhodobě perzistentní FS (n = 56)	p
věk (roky)	58 ± 10	59 ± 10	0,18
pracující	34 (38 %)	19 (34 %)	0,85
invalidní důchodci	7 (8 %)	4 (7 %)	1,0
starobní důchodci	48 (54 %)	33 (59 %)	0,86
body mass index	29 ± 4	29 ± 4	0,8
doba trvání FS (měsíce)	57 ± 46	56 ± 47	0,13
sTK vstupní (mm Hg)	132 ± 18	131 ± 15	0,9
dTK vstupní (mm Hg)	83 ± 11	82 ± 11	0,3
TF vstupní (n/min)	81 ± 20	87 ± 17	0,005
hypertenze	46 (51 %)	28 (50 %)	1,0
diabetes mellitus	8 (9 %)	11 (20 %)	0,17
hypertyreóza	5 (6 %)	5 (9 %)	0,7
hypotyreóza	9 (10 %)	6 (11 %)	1,0
CMP/TIA	7 (7 %)	4 (7 %)	1,0
kardiomyopatie	3 (3 %)	9 (16 %)	0,03
myokarditis	1 (1 %)	2 (4 %)	0,7
perikarditis	1 (1 %)	0	1,0
ischemická nemoc srdeční	7 (8 %)	3 (5 %)	0,84
koronarografie	21 (23 %)	21 (37 %)	0,25
koronarografie negativní	18 (85 %)	18 (85 %)	1,0
po kardiochirurgické operaci	2 (2 %)	1 (2 %)	1,0
po PCI	3 (3 %)	1 (2 %)	0,97
bronchopulmonální nemoci	5 (6 %)	4 (7 %)	1,0
kardiostimulátor	1 (1 %)	2 (4 %)	0,7
ICD	0	0	

CMP/TIA – cévní mozková příhoda/transitorní ischemická ataka, ICD – implantabilní kardioverter-defibrilátor, PCI – perkutánní koronární intervence, TF – tepová frekvence, dTK – diastolický krevní tlak, sTK – systolický krevní tlak

Tab. 2. Srovnání symptomů.

	Paroxysmální FS (n = 89)	Dlouhodobě perzistentní FS (n = 56)	p
palpitace	76 (85 %)	32 (57 %)	0,18
pocení	26 (29 %)	20 (36 %)	0,7
slabost	38 (43 %)	15 (27 %)	0,24
nevykonnost	53 (59 %)	39 (70 %)	0,66
stenokardie	18 (20 %)	8 (14 %)	0,59
dušnost	38 (43 %)	33 (59 %)	0,34
presynkopa	18 (20 %)	4 (7 %)	0,1
synkopa	7 (8 %)	2 (3 %)	0,53

Tab. 3. Charakteristiky ablačního výkonu.

	Paroxysmální FS	Dlouhodobě perzistentní FS	p
čas výkonu (min)	272 ± 82	322 ± 74	< 0,001
čas skiaskopie (min)	26 ± 22	26 ± 25	0,62
čas aplikace RF energie (min)	77 ± 46	112 ± 49	< 0,001

RF – radiofrekvenční

TISTICA vers. 6.1 software (Statsoft, Inc.). Číselné hodnoty byly vyjádřeny jako průměr $\pm$ směrodatná odchylka. Pro statistické porovnání dvou závislých spojitých proměnných byl použit párový t-test, k porovnání nezávislých spojitých proměnných byl použit parametrický nepárový t-test, neparametrický Mann-Whitney U test, respektive Kruskal-Wallis analýza. Normální a nenormální rozložení proměnných bylo testováno Shapiro-Wilks testem. Pro srovnání kategoriálních proměnných mezi skupinami pacientů byly použity χ^2 test s Yatesovou korekcí. Hodnota $P \leq 0,05$ byla považována za statisticky významnou.

Výsledky

Mortalita, dlouhodobé udržení SR a návratnost dotazníků

Ve skupině s paroxysmální FS nezemřel žádný pacient, ve skupině s dlouhodobě perzistentní FS zemřel jeden pacient na hemoragickou CMP při pokračující léčbě wafarinem po 12 měsících po ablaci.

Na konci sledování v červnu 2010 mělo stabilní SR 78 (88%) pacientů s paroxysmální FS, z toho 68 (76%) bez antiarytmik I. nebo III. třídy, a 48 (86%) pacientů s dlouhodobě perzistentní FS, z nich 40 (71%) bez antiarytmik.

Na dotazník odpovědělo po 6, 12, 18 a 24 měsících 70 (79%), 62 (70%), 75 (84%) a 69 (78%) pacientů ve skupině s paroxysmální FS a 43 (77%), 39 (70%),

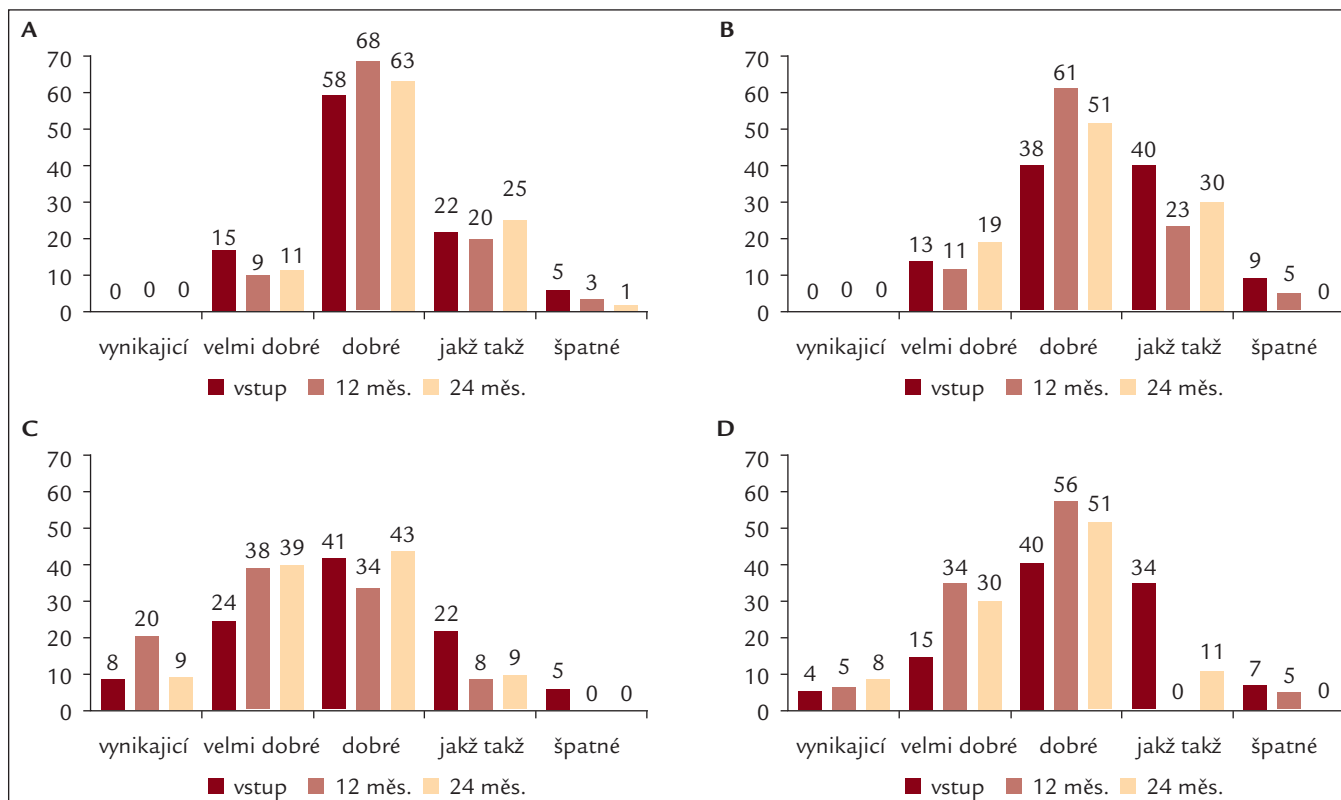
48 (86%) a 43 (77%) pacientů ve skupině s dlouhodobě perzistentní FS.

Základní charakteristiky pacientů

Pacienti s dlouhodobě perzistentní FS měli signifikantně vyšší tepovou frekvenci a častější obraz dilatační kardiomyopatie. V ostatních vstupních parametrech se obě skupiny nelišily (tab. 1).

Vstupní symptomy

Obě skupiny se signifikantně nelišily ve výskytu symptomů, i když byl zjevný trend k častějším palpitacím a presynkopám při paroxysmální FS a naopak spíše ke snížené výkonnosti a dušnosti u pacientů s dlouhodobě perzistentní FS (tab. 2).

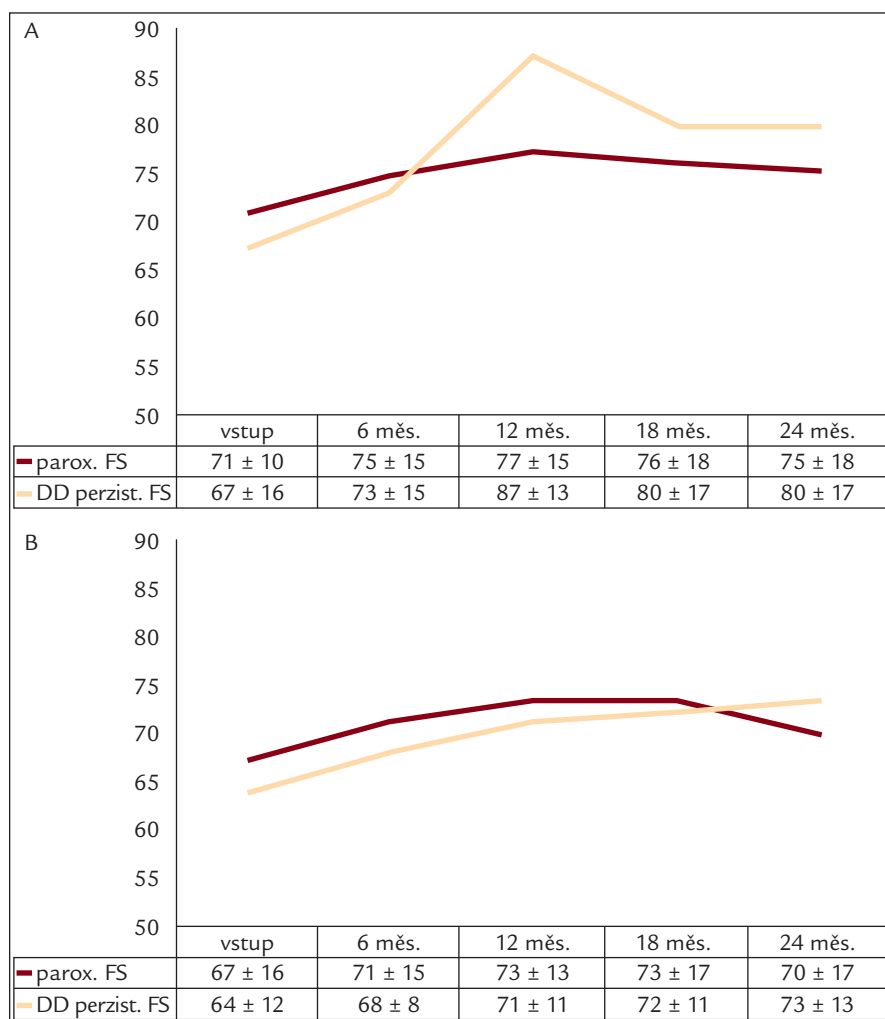


Obr. 1. Momentální pocit zdraví a vývoj pocitu zdraví. Na obrázku je znázorněno procentuální vyjádření momentálního pocitu zdraví ve skupině s paroxysmální FS (A) a dlouhodobě perzistentní FS (B) a vývoj pocitu zdraví ve srovnání se stavem před rokem ve skupině s paroxysmální FS (C) a dlouhodobě perzistentní FS (D).

Tab. 4. Srovnání echokardiografických parametrů.

	Paroxysmální FS			Dlouhodobě perzistentní FS		
	vstupní	24 měsíců	p	vstupní	24 měsíců	p
EF LK (%)	58 $\pm$ 6	56 $\pm$ 9	0,09	51 $\pm$ 11	53 $\pm$ 8	0,15
LS (mm)	43 $\pm$ 6	43 $\pm$ 5	0,34	47 $\pm$ 6	45 $\pm$ 6	0,03

EF LK – ejekční frakce levé komory, LS – příčný rozměr levé síně v parasternální projekci



Obr. 2. Vývoj kvality života podle dotazníku EQ-5D. Na obrázcích je znázorněn vývoj kvality života v % vstupně, po 6, 12, 18 a 24 měsících v objektivní složce (A) a subjektivní složce (B).

Základní charakteristiky výkonu a opakované ablace

Základní charakteristiky výkonu jsou uvedeny v tab. 3. Opakovanou ablaci podstoupilo do konce doby sledování 23 (26%) pacientů s paroxysmální FS a 19 (34%) pacientů s dlouhodobě perzistentní FS ($p = 0,55$). Dvě opakované ablace měli 2 (2%) pacienti s paroxysmální FS a 5 (9%) pacientů s dlouhodobě perzistentní FS ($p = 0,18$).

Echokardiografické parametry

Z echokardiografických parametrů byla pro konzistentní srovnání dostupná ejekční frakce levé komory (EF LK) a transversální rozměr levé síně (LS) v dlouhé parasternální projekci. Pacienti s dlouhodobě perzistentní FS měli na vstupu nižší EF LK ($p < 0,001$)

a větší transversální rozměr levé síně ($p = 0,002$). Pacienti s paroxysmální FS měli po 24 měsících tendenci ke zhoršení EF LK, zatímco pacienti s dlouhodobě perzistentní FS zaznamenali nesignifikantní zlepšení EF LK. Příčný rozměr LS se signifikantně zmenšil jen u pacientů s dlouhodobě perzistentní FS (tab. 4).

Otázky na subjektivní pocit zdraví

Při odpovědi na otázku, jak by zhodnotili svůj současný zdravotní stav, se pacienti s paroxysmální a dlouhodobě perzistentní FS nelišili při volbě kategorie „dobrý až vynikající“, a to ani při vstupu (73% vs 51%; $p = 0,28$) ani po 12 měsících (78% vs 73%; $p = 0,93$) nebo po 24 měsících (73% vs 70%; $p = 0,93$). Podobně, významný rozdíl nebyl ani při hodnocení vlastního

stavu v kategorii „jakžtakž až špatný“ (obr. 1A).

Při odpovědi na otázku, jak by zhodnotili své zdraví nyní ve srovnání se stavem před rokem, považovalo svůj stav na vstupu ve skupině s paroxysmální vs dlouhodobě perzistentní FS za lepší 32% vs 19% pacientů, naopak za horší 27% vs 41% pacientů; po 12 měsících za lepší 58% vs 40% pacientů a za horší 8% vs 5% pacientů a po 24 měsících za lepší 34% vs 38%, zatímco za horší 22% vs 11% pacientů (všechna $P = NS$). Přes nesignifikantní rozdíly je evidentní, že po 12 a zvláště po 24 měsících výrazně přibýlo pacientů s dlouhodobě perzistentní FS, kteří hodnotili svůj stav jako lepší, a dokonce méně jich hodnotilo svůj stav jako horší (obr. 1B).

Dotazník EQ-5D

Pacienti s dlouhodobě perzistentní FS měli na vstupu nižší kvalitu života v objektivní ($p = 0,01$) i subjektivní složce ($p = 0,07$), ale po ablaci se již obě skupiny významně nelišily, nebo byla naopak kvalita života u pacientů s dlouhodobě perzistentní FS vyšší (v 6.–24. měsících byly p -hodnoty 0,25; $< 0,01$; 0,04 a 0,03 v objektivní složce, resp. 0,29; 0,37; 0,48 a 0,18 v subjektivní složce) (obr. 2).

Objektivní složka

Pacienti s paroxysmální FS zaznamenali proti výchozímu stavu signifikantní zlepšení od 6. do 18. měsíce ($p = 0,05$; resp. 0,01; resp. 0,03), ve 24. měsíci byl pouze nesignifikantní trend ke zlepšení ($p = 0,13$). U pacientů s dlouhodobě perzistentní FS byl v 6. měsíci pouze trend ke zlepšení objektivní složky ($p = 0,10$), ale od 12. měsíce bylo zlepšení signifikantní ($p = 0,003$; resp. $< 0,001$; resp. 0,003). Rozdíl ve zlepšení byl oproti výchozímu stavu po 2 letech vyšší u pacientů s dlouhodobě perzistentní FS (o 12,5% vs 3,6%; $p = 0,001$) (obr. 2).

Subjektivní složka

Pacienti s paroxysmální FS nedosáhli v subjektivní složce významného zlep-

šení v žádné etapě sledování ($p = 0,37$; resp. $0,15$; resp. $0,12$; resp. $0,68$). Pacienti s dlouhodobě perzistentní FS zaznamenali trend k zlepšení ve 12. a 18. měsíci sledování (obě $p = 0,09$) a signifikantní zlepšení ve 24. měsíci sledování ($p = 0,01$). Rozdíl ve zlepšení byl oproti výchozímu stavu po 2 letech vyšší u pacientů s dlouhodobě perzistentní FS (o $9,4\%$ vs $2,5\%$; $p = 0,05$) (obr. 2). Pacienti s dlouhodobě perzistentní FS tedy profitovali z katetriizační ablace více než pacienti s paroxysmální FS.

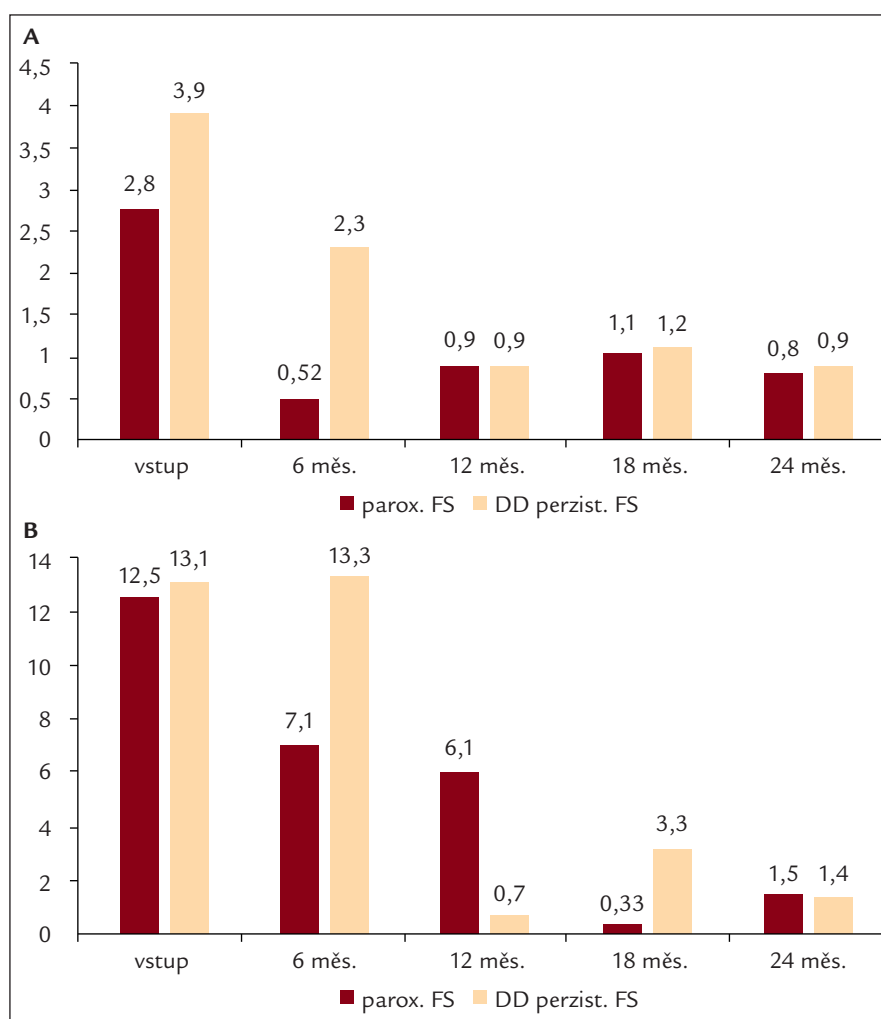
Socioekonomické ukazatele

U pacientů s paroxysmální FS se od 6. měsíce signifikantně snížil počet elektrických kardioverzí ($1,3$ vs $0,04$ vs $0,18$ vs $0,27$ vs 0 ; všechna $p < 0,001$) v porovnání s hodnotami na vstupu. U pacientů s dlouhodobě perzistentní FS, kteří měli na vstupu elektrických kardioverzí méně, se jejich počet v 6. měsíci dokonce zvýšil, aby se následně snížil, především ve 12. měsíci ($0,8$ vs $1,15$ vs $0,35$ vs $0,69$ vs $0,52$). Pokles na konci sledování oproti výchozímu stavu byl statisticky významný ($p = 0,02$).

V obou skupinách pacientů došlo k signifikantnímu snížení hospitalizačních dnů i počtu dnů pracovní neschopnosti (u pacientů s dlouhodobě perzistentní FS od 12. měsíce po ablaci) ($p < 0,001$) (obr. 3). Počet ambulantních kontrol se signifikantně nesnížil v žádné skupině (na vstupu $6,3$ vs $6,2$; po 24 měsících 4 vs $5,5$).

Diskuze

Údaje o zlepšení kvality života po ablaci FS, ve srovnání s konvenční léčbou, byly publikovány již dříve [3–5], ale srovnání pro paroxysmální a perzistentní FS nebylo známo. V této práci byla provedena analýza zdravotních, sociálních, socioekonomických ukazatelů a kvality života u pacientů, kteří podstoupili katetrovou ablaci pro paroxysmální FS, u nichž je ablace zavedenou a ověřenou metodou, a u pacientů s dlouhodobě perzistentní (neboli chronickou) FS, rezistentní ke všem konvenčním možnos-



Obr. 3. Vývoj počtu dnů hospitalizace a pracovní neschopnosti. Na obrázcích je znázorněn vývoj hospitalizačních dnů (A) a dnů pracovní neschopnosti (B).

tem léčby, u nichž se používají složitější ablační strategie a úspěšnost ablace je všeobecně nižší.

Hlavní výsledky této práce jsou následující:

1. Pacienti indikovaní k ablaci pro dlouhodobě perzistentní FS mají jinou skladbu symptomů, hodnota jejich vstupní kvality života je však nižší než u paroxysmální FS.
2. Za cenu nesignifikantně vyššího počtu opakovaných ablací a složitějších ablačních strategií vede ablace po 2 letech k signifikantně většímu zlepšení kvality života u pacientů s dlouhodobě perzistentní FS než těch s paroxysmální FS.
3. Kvalita života pacientů po ablaci se v obou skupinách vyrovnává a přesahuje očekávanou kvalitu ži-

vota běžné populace v dané věkové kategorii.

4. Ablace obou forem FS přináší významný socioekonomický benefit ve formě signifikantní redukce hospitalizačních dnů a pracovní neschopnosti.

Základní zdravotní charakteristiky a vstupní symptomy

Základní charakteristiky obou skupin se lišily pouze ve výskytu arytmií indukované kardiomyopatie s nižší hodnotou EF LK ($51,2\%$ vs $58,1\%$) u pacientů s dlouhodobě perzistentní FS [6,7]. Příčinná souvislost systolické dysfunkce LK u pacientů s dlouhodobě perzistentní FS byla dále podpořena zlepšením EF LK po ablaci perzistentní FS, zatímco u pacientů s paroxysmální FS EF LK po 2 letech po ablaci lehce poklesla.

Studie potvrdila, že na rozdíl od běžného povědomí jsou ve skutečnosti pacienti s perzistentními formami FS symptomatictější než pacienti s paroxysmální FS. Příčinou neadekvátního klinického hodnocení je rozdílná skladba symptomů a zužování arytmiické symptomatologie na palpitace, které již pacienti s perzistentní FS vnímají mnohem méně, zatímco více trpí dušností a sníženou výkonností. Palpitace dominovaly u 85 % pacientů s paroxysmální FS, ale u 70 %, resp. 59 % pacientů s dlouhodobě perzistentní FS převažovaly snížená výkonnost a dušnost. Podobné rozložení symptomů bylo pozorováno např. ve studii ALFA, kde u pacientů s paroxysmální FS dominovaly palpitace u 79 % pacientů, zatímco dušností trpělo 23 % pacientů. Naopak u pacientů s chronickou FS převažovala dušnost, kterou trpělo 49 % pacientů, kdežto palpitace se vyskytovaly jen u 45 % pacientů [7]. Význam snížené výkonnosti a dušnosti je pak v kontextu s relativně zachovanou EF LK u pacientů s perzistentní FS často podceňován a sami pacienti, kteří se limitujícím podmínkám přizpůsobili, již nedokážou svůj stav při sinusovém rytmu a arytmií porovnat. Odráží se to i v nepřesné interpretaci potíží z FS, a to v případech, kdy se u pacientů s FS často několikrát a zbytečně opakuje koronarografie s negativním výsledkem, aniž by její indikace byla podložena principy Bayesova teorému pravděpodobnosti [8]. Svědčí to i o tom, že se dosud ignoruje FS jako nemoc s vlastní etiopatogenezí.

Kvalita života

Srovnání kvality života a jejího vývoje po ablaci odhalilo lepší výsledek u pacientů s dlouhodobě perzistentní FS. Nárůst o 13 % v objektivní složce a o 9 % v subjektivní složce výrazně předčil zlepšení o 4 %, resp. o 1 % u pacientů po ablaci paroxysmální FS. Ačkoliv hodnota vstupní kvality života byla v obou kategoriích horší u pa-

cientů s dlouhodobě perzistentní FS, byla nakonec její absolutní hodnota po 2 letech sledování vyšší než u pacientů s paroxysmální FS. Odpovědi na 2 otázky na kvalitu života korespondovaly s výsledky hodnocení pomocí dotazníku EQ-5D.

Nabízí se několik interpretací tohoto nálezu. Pacienti s paroxysmální FS mají hodnotu vstupní kvality života v obou složkách vyšší asi o 3–4 %, což může být dáno tím, že se po většinu času cítí dobře a jejich jinak normální zdravotní stav je narušován jen epizodicky a hlavně palpitacemi. Proto případné recidivy FS, nebo jen např. extrasystolie nebo sinusové tachykardie, mají větší psychický dopad a navozují snadněji pocit neúspěchu léčby, třebaže arytmiická zátěž je po ablaci výrazně redukována. Na druhé straně, pacienti s perzistentní FS, jejíž hlavními symptomy jsou trvale snížená výkonnost a dušnost, zaznamenávají zlepšení tolerance zátěže a výrazné subjektivní zlepšení i navzdory epizodickému návratu arytmií. Navíc se arytmií indukovaná nebo zhoršená kardiopatie, častější u perzistentní FS, většinou po úspěšné ablaci upraví ad integrum. Skutečnost, že se výsledná kvalita života po ablaci v obou skupinách vyrovnává, dále potvrzuje, že pacienti s dlouhodobě perzistentní FS jsou ve skutečnosti před ablací více symptomatictí. Výraznější zlepšení rok po ablaci perzistentní FS mohlo souviset s tím, že v této době obvykle kulminuje benefit prvního, případně prvního opakovaného výkonu a současně ještě přetrvává účinek čerstvě vysazovaného amiodaronu zvyšujícího klinický efekt ablace, který se teprve následně opět zhoršuje pozdními recidivami arytmií.

Socioekonomické ukazatele

Pacienti s dlouhodobě perzistentní FS měli před ablací méně elektrických kardioverzí, v prvních 6 měsících po ablaci u nich počet kardioverzí ještě mírně narostl a následný pokles nebyl

tak výrazný jako ve skupině s paroxysmální FS. Je tedy zjevné, že u mnoha pacientů s dlouhodobě perzistentní FS se před ablací na pokusy o obnovení sinusového rytmu často již rezignovalo. Naopak relativně vyšší počet kardioverzí po ablaci souvisí s procesem hojení, reverzní remodelací substrátu a charakterem recidivujících arytmií (častých organizovaných síňových tachykardií), které mohou vyhasnout s delším časovým odstupem, ale které v prvních měsících po ablaci vyžadují častější kardioverze. Také pozdější recidivy, které se mohou objevovat izolovaně, mívají převážně perzistentní charakter a musí se obvykle ukončit kardioverzí. Nebyl zaznamenán významný pokles ambulantních kontrol v žádné skupině, což ani nelze v prvních 2 letech po ablaci očekávat vzhledem k běžné praxi v péči o tyto pacienty. V obou skupinách došlo k významnému snížení počtu hospitalizačních dnů a dnů pracovní neschopnosti se všemi potenciálními důsledky na redukcí ušlého zisku, případně následné invalidizace a související sociální výdaje. Vzhledem k produktivnímu věku léčených pacientů nabízí katetrová ablace socioekonomický benefit, který není dosažitelný jinými drahými léčebnými metodami v kardiologii intervenujícími převážně u starší a v principu nevléčitelné populace.

Literatura

1. Wokhlu A, Monahan KH, Hodge DO et al. Long-term quality of life after ablation of atrial fibrillation: the impact of recurrence, symptom relief, and placebo effect. *J Am Coll Cardiol* 2010; 55: 2309–2316.
2. Chan PS, Vijan S, Morady F et al. Cost-effectiveness of radiofrequency catheter ablation for atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 2006; 47: 2513–2520.
3. Wazni OM, Marrouche NF, Martin DO et al. Radiofrequency ablation vs. Antiarrhythmic drugs as first-line treatment of symptomatic atrial fibrillation: a randomized trial. *JAMA* 2005; 293: 2634–2640.
4. Jaïs P, Cauchemez B, Macle L et al. Catheter ablation versus antiarrhythmic drugs

for atrial fibrillation: the A4 study. Circulation 2008; 118: 2498–2505.

5. Wilber DJ, Pappone C, Neuzil P et al. Comparison of antiarrhythmic drug therapy and radiofrequency catheter ablation in patients with paroxysmal atrial fibrillation: A randomized controlled trial. JAMA 2010; 303: 333–340.

6. Packer DL, Bardy GH, Worley SJ et al. Tachycardia-induced cardiomyopathy: a re-

versible form of left ventricular dysfunction. Am J Cardiol 1986; 57: 563–570.

7. Lévy S, Maarek M, Coumel P et al. Characterization of different subsets of atrial fibrillation in general practice in France: the ALFA study. The College of French Cardiologists. Circulation 1999; 99: 3028–3035.

8. Diamond GA, Forrester JS. Analysis of probability as an aid in the clinical dia-

gnosis of coronary-artery disease. N Eng J Med 1979; 300: 1350–1358.

Mgr. Veronika Bulková
int2.lf1.cuni.cz

e-mail: veronika.bulkova@gmail.com

Doručeno do redakce: 16. 11. 2010

Přijato po recenzi: 13. 12. 2010

Lékařská fakulta Masarykovy univerzity ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství ČLS J. E. Purkyně, se Sdružením praktických lékařů, s Českou asociací sester, s Českou lékařskou komorou a s Odborem zdraví Magistrátu města Brna pod záštitou děkana Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, prof. MUDr. Jiřího Mayera, CSc., a hejtmana Jihomoravského kraje Mgr. Michala Haška pořádá

XIX. BRNĚNSKÉ DNY PRAKTICKÉHO LÉKAŘSTVÍ

Praktický lékař a onkologická onemocnění

30. 9.–1. 10. 2011

Masarykova univerzita, AULA Univerzitního kampusu Bohunice, Kamenice 5, 625 00 Brno

Přihlašování na konferenci:

Stránky LF Obchodní centrum <http://is.muni.cz/obchod/fakulta/med/>

Koordinátor:

prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc., hkubes@med.muni.cz

Organizátor:

MUDr. Josef Holík, akubis@med.muni.cz