

Fibrilace síní aneb můj pacient má 1. epizodu fibrilace síní

Markéta Segeťová

12.5. 2019, XXVII. VÝROČNÍ SJEZD ČKS



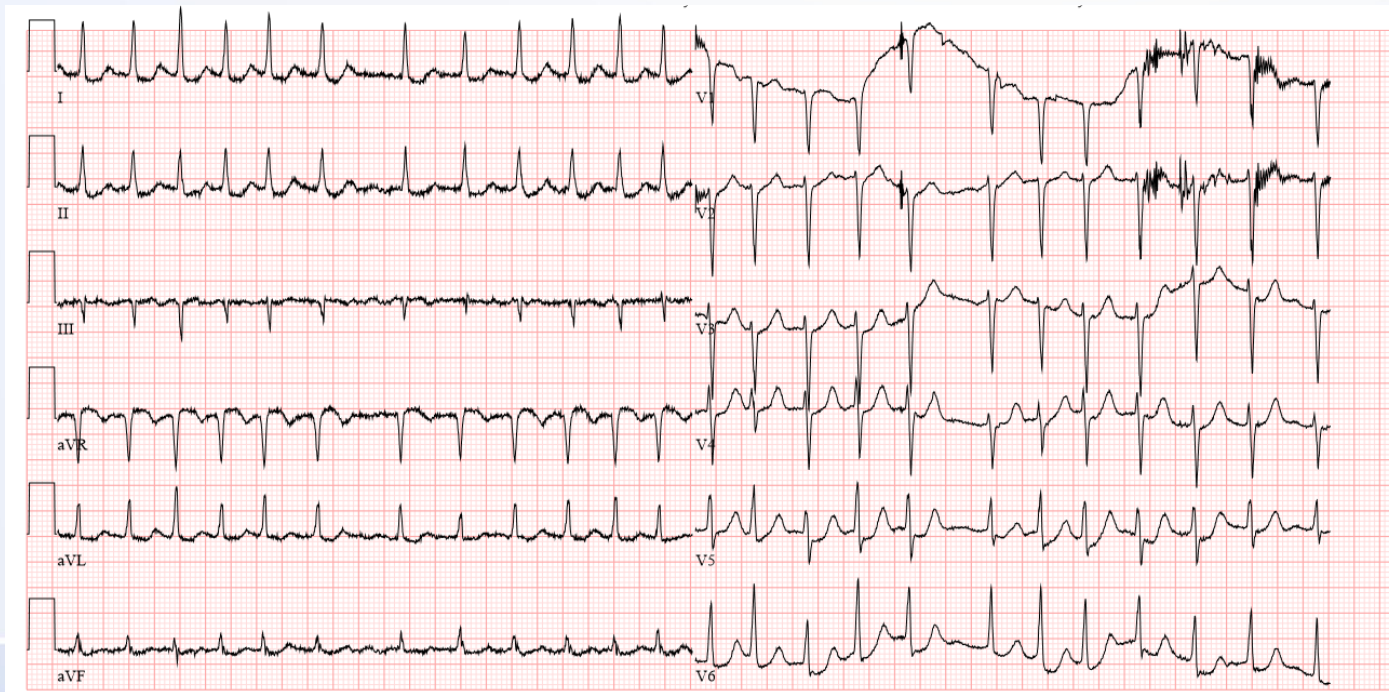
Kazuistika 1

83 letá nemocná DCH

OA : arteriální hypertenze
hypercholesterolemie

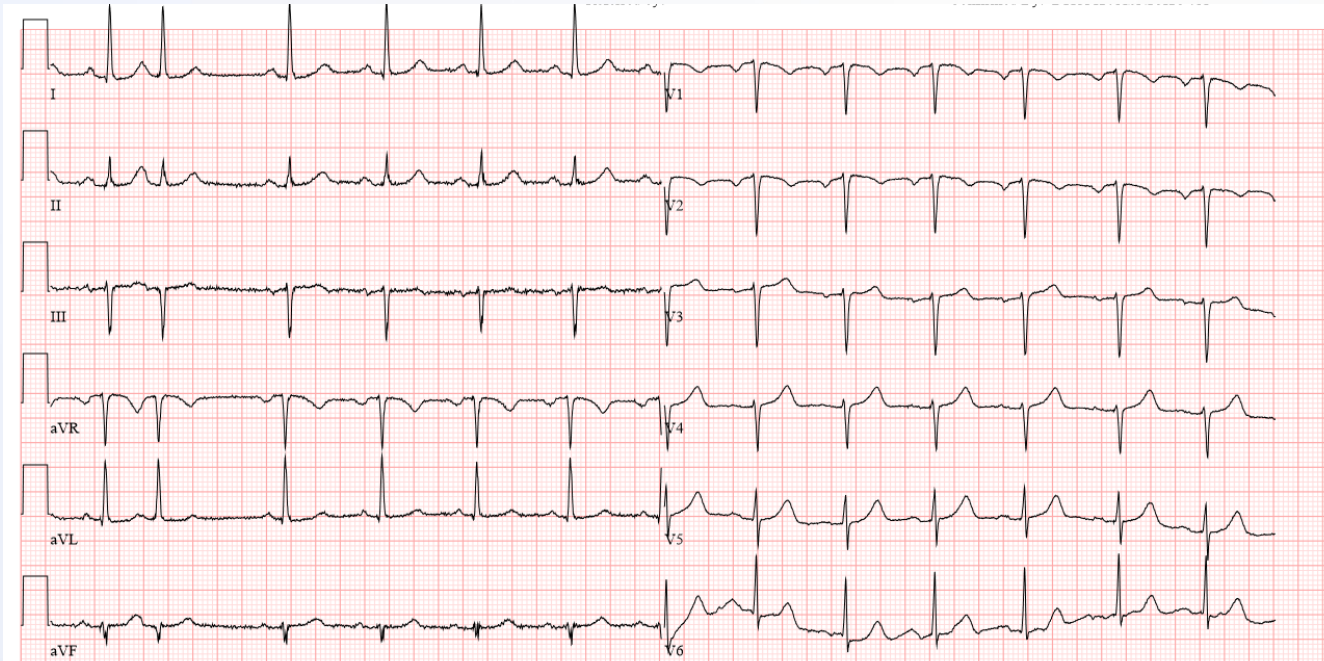
NO : přivezena RZP pro bolest na hrudi, dušnost, slabost, palpitace

FA : Inhibace, Indap, Tulip, Helicid



Kazuistika 1

- Podán Betaloc 5mg i.v.

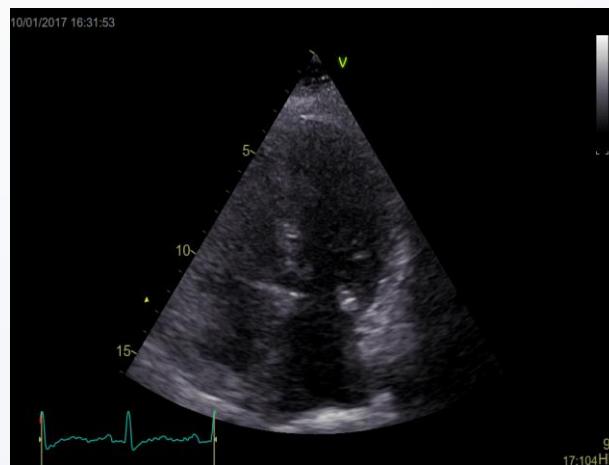
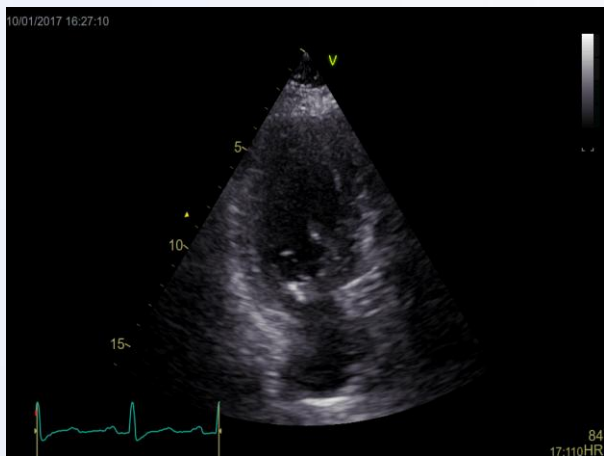


EKG: sinusový rytmus 81/min

Laboratoř: hsTnT 32.65, 103.10, 136.30

Kazuistika 1

- ECHO: LK-nedilatovaná, EDD 40 mm, s normální EF (>60%), bez hrubší klidové regionální poruchy kinetiky
- LS nedilatovaná, LAD 46 mm, LAVi 29.8cm³/cm²
- Bez významných chlopních vad

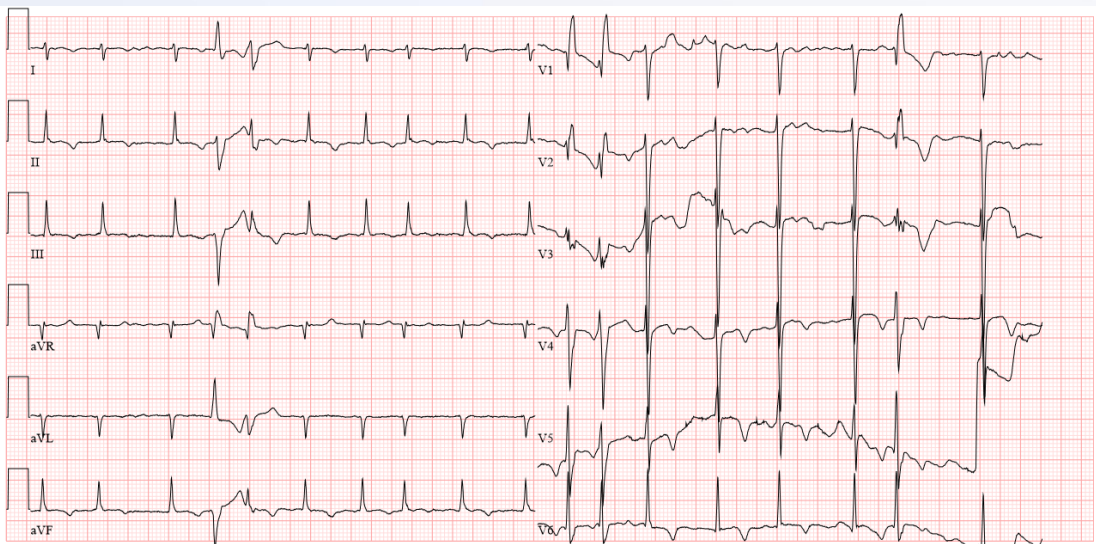


- SKG:
ACS: kmen bez zúžení. Na RIA a RC drobné fokální kalcifikace, v těchto místech nerovnosti do 20%.
ACD: drobné nerovnosti do 20%, bez významných změn. Pravotyp.

Medikace při dimisi: Warfarin, Betaloc, Tritace, Atoris, Controloc

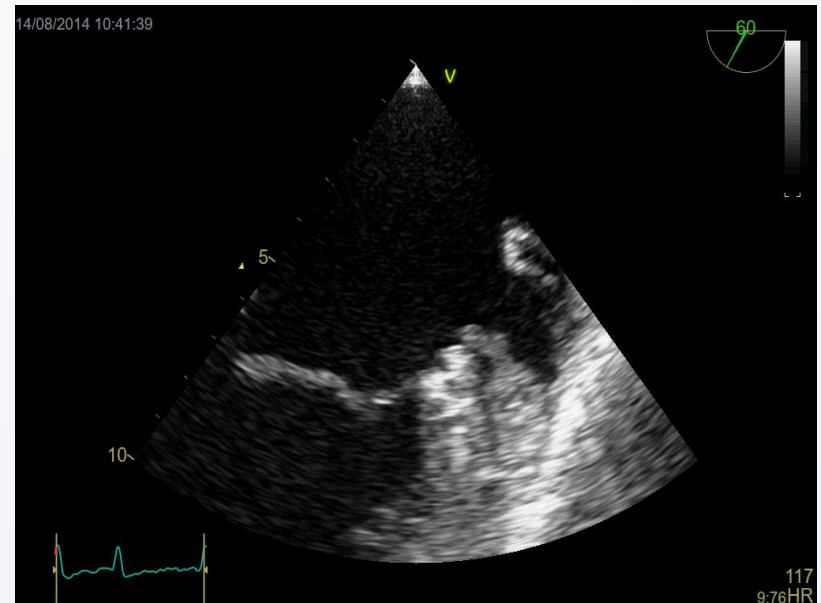
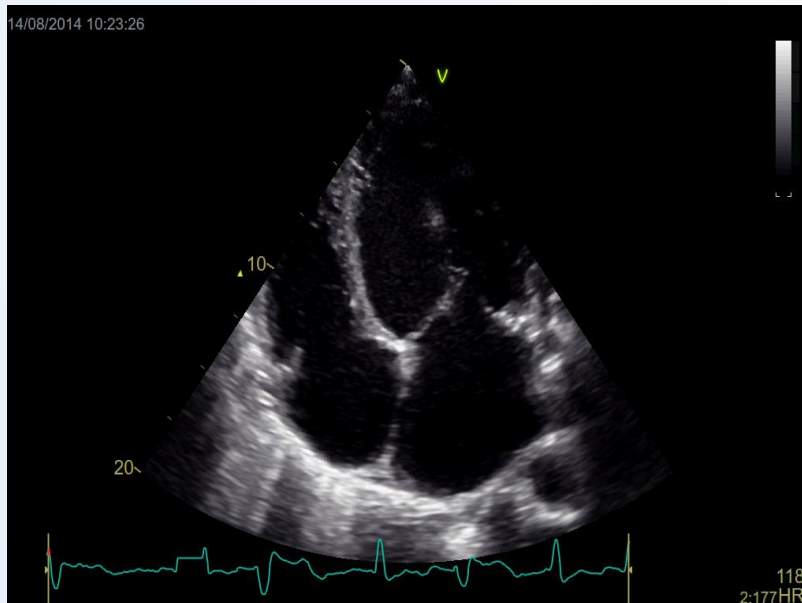
Kazuistika 2

- 30 letý pacient IP
- 8/2014 přeložen na naše pracoviště pro LSI při FiS 110/min
- primozáchyt chronicky bez antikoagul. terapie
- Symptomy – ND trvající asi měsíc
- Medikace při překladu: Betaloc ZOK 25mg 1-0-0, Furosemid i.v. 20mg 1-0-0, Fraxiparine 0,6ml á 12h
- Laboratoř : kromě K 5,19 mmol/l bez pozoruhodností vč. TSH



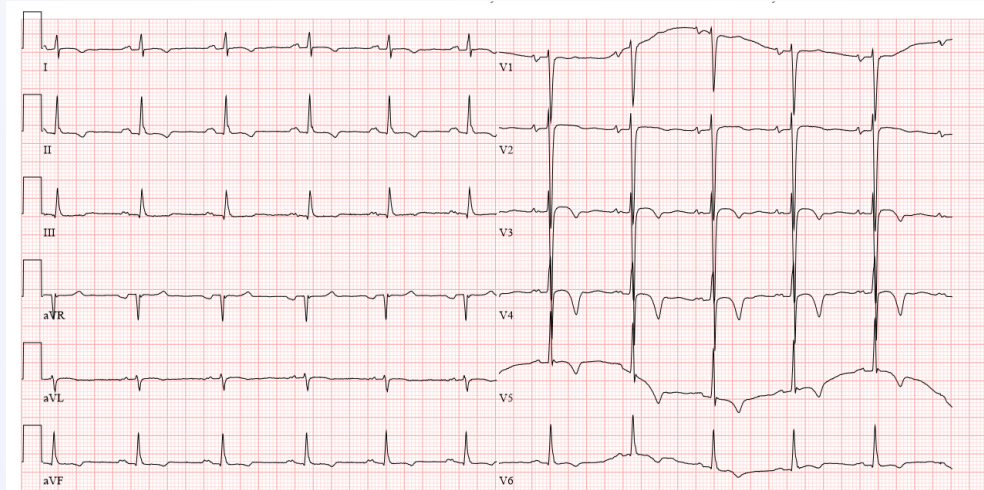
Kazuistika 2

- TTE- dilatace LS LAVi 80,9cm³/m², těžce omezená systol. funkce dilatované LK, EFLK 20%
- TEE- čerstvý trombus v levém oušku !



Kazuistika 2

- Titrována léčba SS a rate control terapie FiS, nastavena antikoagul. léčba warfarinem, dimise. Elektivně naplánována EKV
- Za 1 měsíc kontrola TEE - bez trombů, provedena EKV na SR 67/min

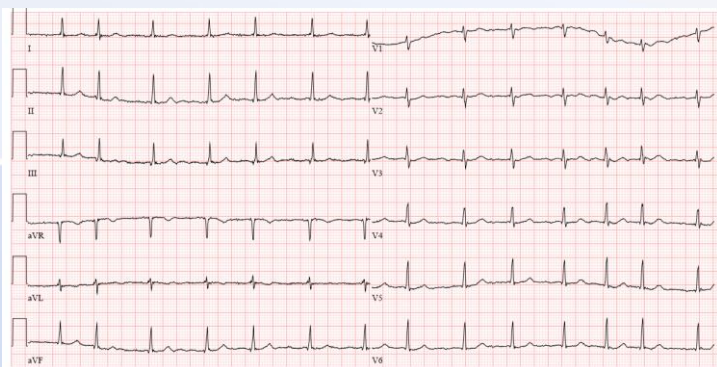


- Terapie SS (ACEI, BB , diuretika) + warfarin
- Následně zlepšení EF LK na 55%, levá komora nedilatovaná (EDD 52 mm)
- RFA persitující FiS – izolace plicních žil

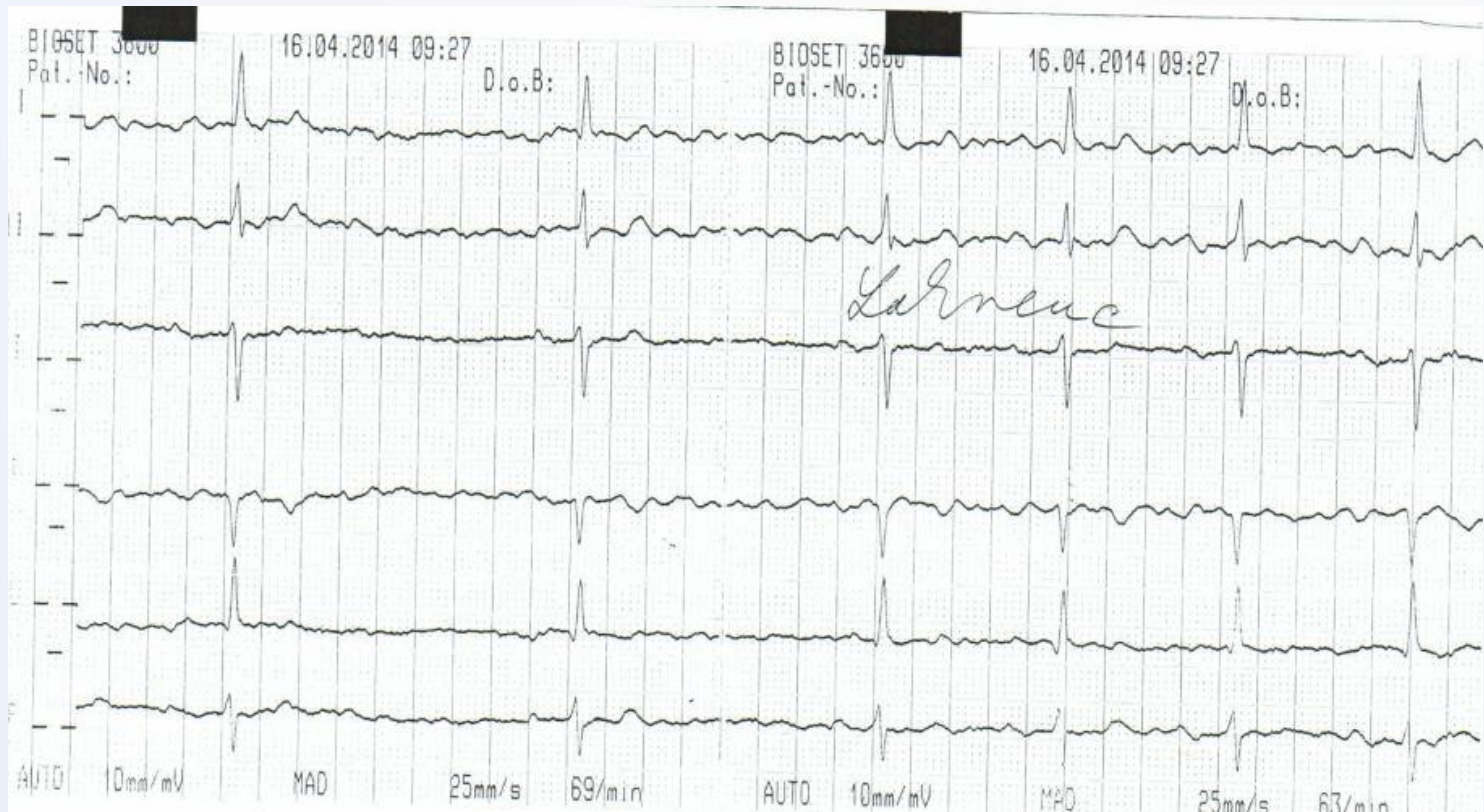
Kazuistika 3

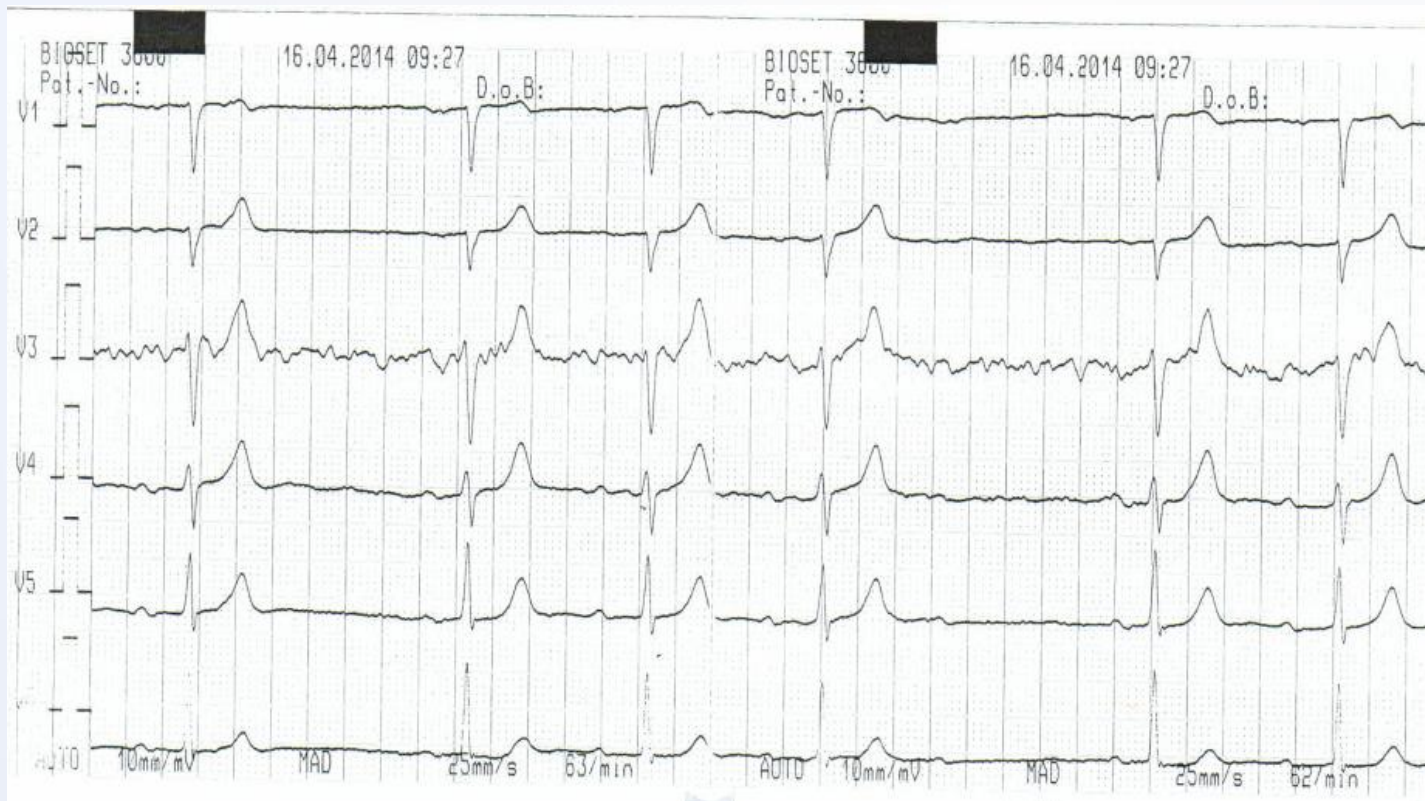
- 67 letá nemocná LS
- OA: arteriální hypertenze, VAS
- NO: jaro /2018 RHB, ND, EKG fibrilace síní, CHADS VASC 3 nasazen NOAK, následně EKG Holter: SR a 9h paroxysmus FiS 110-130/min, do medikace amiodaron.
- 9/2018 kontrola - EKG : SR 73/min
- Pacientka si stěžuje na svědění kůže, amiodaron vysazen, do medikace propafenon + BB, následně výrazné průjmy a zvracení
- Propafenon vysazen
- 3/2019 kontrola –EKG FiS 84/min
- Nemocná indikována k RFA

ECHO: levá komora nedilatovaná (EDD 46 mm), s normální ejekční frakcí (>60%), LS lehce dilatovaná , LAVi 41.4 cm³/m²



Záludnosti primozáchytu





Primozáchyt fibrilace síní

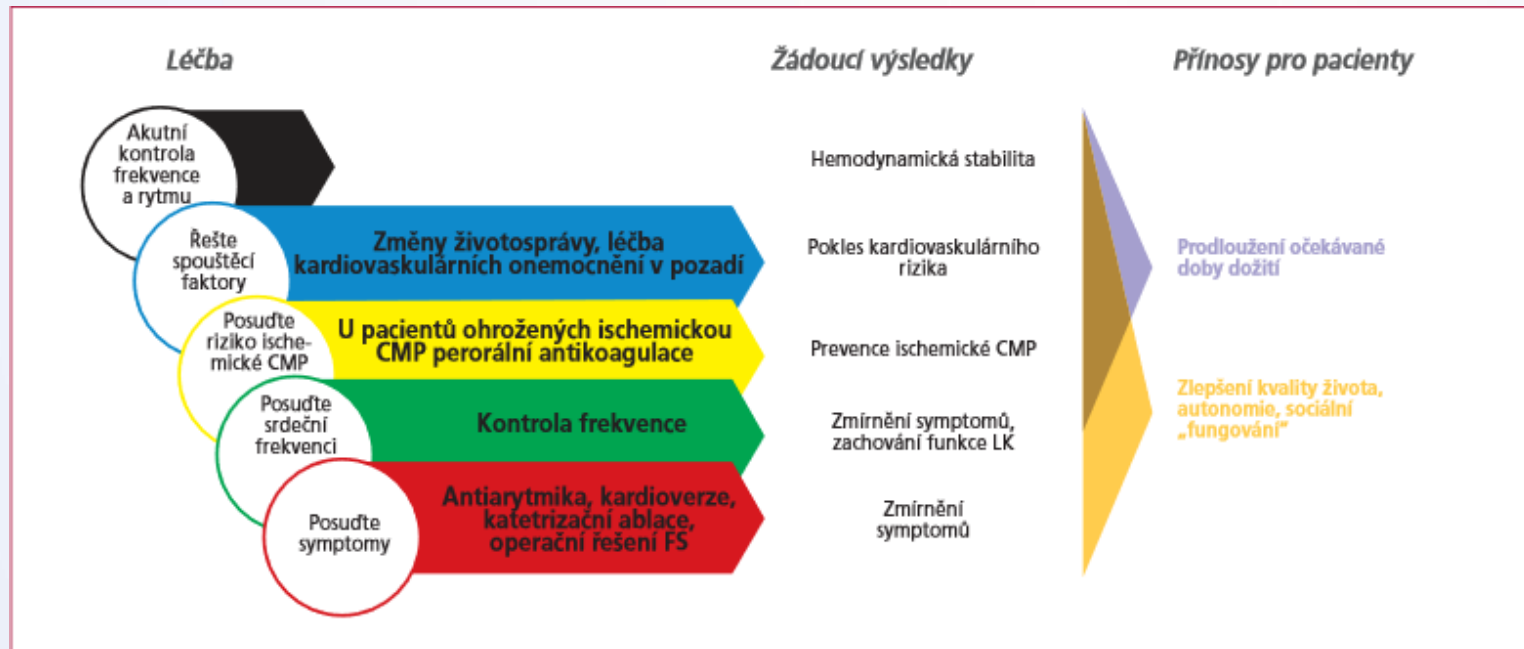
- Rozbor osobní anamnézy a klinické zhodnocení zahrnující posouzení souběžných onemocnění
- Stanovení typu FS
- Odhad rizika CMP a tromboembolie dle CHADSVASC skóre
- Zhodnocení příznaků souvisejících s FS
- Odběry: hormony štítné žlázy, renální funkce, jaterní funkce, sérové elektrolyty, krevní obraz
- Pátráme po příčinách arytmiie: infekce, endokrinní poruchy, anemie, PE

| Typ FS | Definice |
|----------------------------|--|
| Poprvé diagnostikovaná FS | FS dosud nikdy nediagnostikovaná, nezávisle na době trvání arytmiie nebo na přítomnosti a závažnosti s ní souvisejících symptomů. |
| Paroxysmální FS | Spontánně končící, většinou do 48 h. Některé paroxysmy FS mohou trvat až 7 dnů. ^a Epizody FS ukončené kardioverzí do 7 dnů by měly být pokládány za paroxysmální. ^a |
| Perzistující FS | FS trvající déle než 7 dnů, včetně epizod ukončených kardioverzí, ať už farmakologickou, nebo elektrickou, po nejméně 7 dnech. |
| Dlouhodobě perzistující FS | Kontinuální FS trvající ≥ 1 rok, při zvolené strategii kontroly rytmu. |
| Permanentní FS | FS akceptovaná pacientem (i lékařem). Z definice vyplývá, že u pacientů s permanentní FS se nepokoušíme o intervence směřující ke kontrole rytmu. Kdybychom se pro strategii kontroly rytmu rozhodli, byla by arytmiie překlasifikována na „dlouhodobě perzistující FS“. |

| Rizikový faktor podle CHA ₂ DS ₂ -VASc | Body |
|---|------|
| Městnavé srdeční selhání Známky/symptomy srdečního selhání nebo objektivní důkazy pro pokles ejekční frakce levé komory | +1 |
| Hypertenze Klidový krevní tlak > 140/90 mm Hg naměřený nejméně při dvou příležitostech nebo aktuální užívání antihypertenziva | +1 |
| Věk 75 let nebo vyšší | +2 |
| Diabetes mellitus Glykemie nalačno > 125 mg/dl (7 mmol/l) nebo léčba perorálním antidiabetikem a/nebo inzulinem | +1 |
| Předchozí ischemická CMP, transitorní ischemická ataka nebo projev tromboembolismu | +2 |
| Cévní onemocnění Předchozí infarkt myokardu, ischemická choroba (dolních) končetin nebo aortální plát | +1 |
| Věk 65–74 let | +1 |
| Kategorie pohlaví (ženské) | +1 |



Nově diagnostikovaná FiS

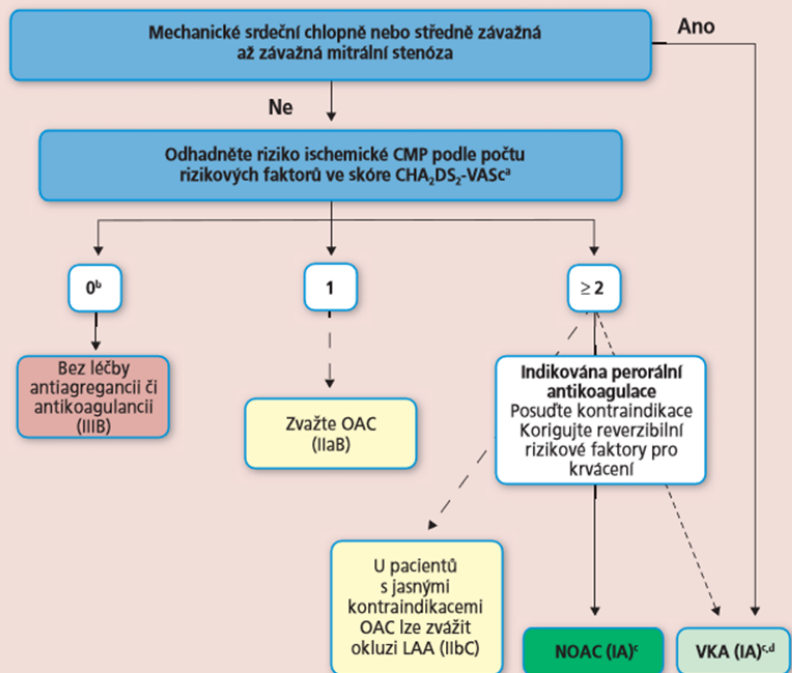


Včasná diagnostika a zahájení antikoagulační terapie snižuje výskyt CMP i mortalitu pacientů s FS.

Kontrola rytmu a frekvence zmírňují symptomy a zajistí zachování srdeční funkce.

Medikace při primozáchytu

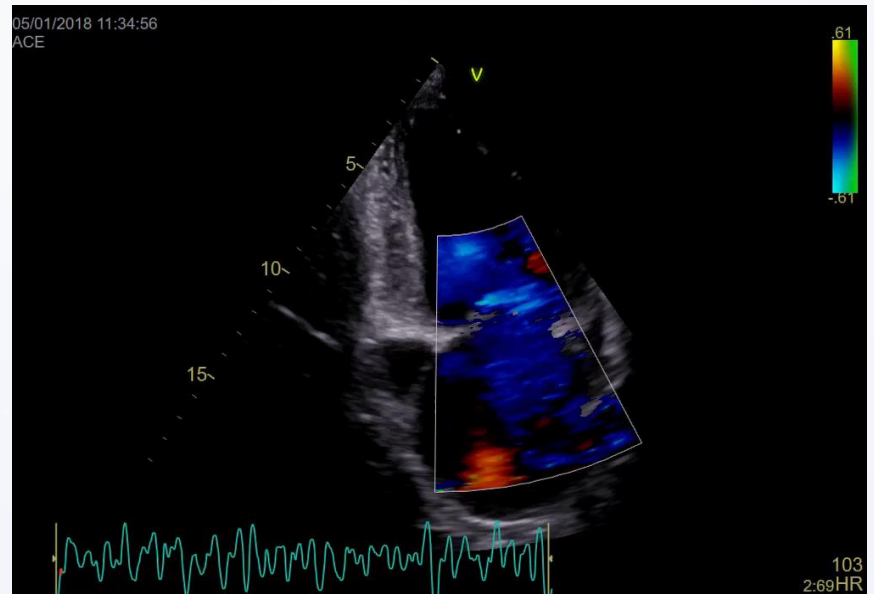
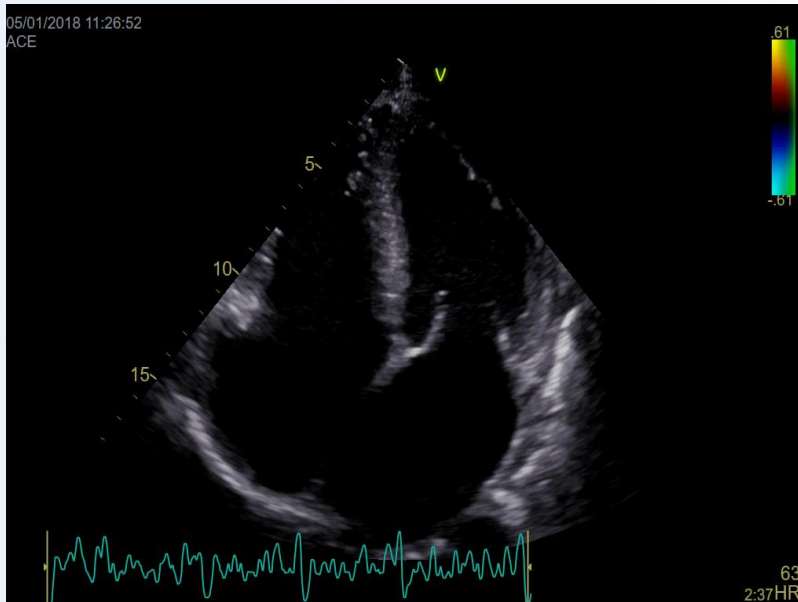
- Akutní kontrola **tepové frekvence**: **Beta-blokátory**, **diltiazem/verapamil** (rychlý nástup účinku, snižují vysoký tonus sympatiku), event. digoxin
- Cílová tepová frekvence < 110 tepů /min
- **Antikoagulační léčba**



Verapamil a diltiazem nepodáváme u HFrEF - negativní inotropní efekt

Transthorakální echokardiografie

- velikost LS, velikost a funkce LK, chlopenní vady, pravostranné oddíly



Naplánování EKV

- Antikoagulace minim. 3 týdny nebo do 48h od vzniku arytmie
- Bradykardizující léčba pokud je třeba
- **Cave** AA medikace po 3 týdnech účinné antikoagul. léčby
- Terapie amiodaronem pouze u dysfunkce LK, monitorace nežádoucích účinků
- **Cave** – nevhodné podávat amiodaron jako lék 1.volby při dobré fci LK

Nutnost urgentní specializované léčby

- Hemodynamická nestabilita
- Nekontrolovatelná tepová frekvence
- Symptomatická bradykardie neřešitelná snížením dávek bradykardizujících léčiv
- Těžká angína pectoris
- TIA nebo CMP



Děkuji Vám za pozornost

