

## **Wpływ rodzaju migotania przedsionków na śmiertelność ogólną, powikłania zatorowe oraz ryzyko krwawienia – przegląd systematyczny z metaanalizą**

Na podstawie: Anand N. Ganesan i wsp. The impact of atrial fibrillation type on the risk of thromboembolism, mortality, and bleeding: a systematic review and meta-analysis. *European Heart Journal* (2016) 37, 1591–1602.

Dr n. med. Michał M. Farkowski<sup>®</sup>  
Instytut Kardiologii w Warszawie

Niniejszą metaanalizę przeprowadzono celem oceny, czy rodzaj migotania przedsionków (AF) – napadowe (PAF) vs. nienapadowe (NPAF), wpływa na ryzyko wystąpienia ważnych klinicznie powikłań tej arytmii: zgonu, powikłań zakrzepowych oraz krwawienia.

Do przeglądu systematycznego włączono wszystkie badania prospektywne: badania randomizowane, kohortowe i serie przypadków opublikowane przed 24 listopada 2014 r., które raportowały dane nt.: śmiertelności ogólnej, epizodów zakrzepowo-zatorowych oraz krwawień z podziałem na rodzaj AF: PAF vs. NPAF. Ze względu na zróżnicowaną terminologię stosowaną w badaniach pierwotnych, do grupy PAF włączono pacjentów z napadowym lub „nawracającym” AF, a do NPAF – pozostałych: przetrwałe, utrwalone, „stałe” AF.

Spośród 6252 tytułów badań do ostatecznej analizy włączono 12: 10 badań RCT i dwa badania kohortowe. W przypadku 64 badań teoretycznie kwalifikujących się do przeglądu nie udało się wyekstrahować danych z podziałem na rodzaj AF, stąd nie zostały one włączone do analizy. Badania pierwotne obejmowały 99 996 pacjentów (zakres w badaniu 409 - 21 109), okres obserwacji wahał się pomiędzy 1-2.8 lat, średni wiek 62-73 lata, odsetek kobiet 27%-43%.

Roczna śmiertelność w grupie NPAF wyniosła 3.89% (95% CI: 3.04–4.74%) i była większa niż w grupie PAF 2.79% (95% CI: 2.11–3.47%). Ryzyko względne zgonu w NPAF było istotnie większe niż w PAF: RR 1.462 (95% CI: 1.255–1.703,  $P < 0.001$ ,  $I^2 = 39.4\%$ ).

Roczny odsetek powikłań zakrzepowo-zatorowych w grupie NPAF wyniósł 2.17% (95% CI: 1.81–2.53%) i ponownie był większy niż w grupie PAF 1.50% (95% CI: 1.23–1.76%). Ryzyko względne wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych w NPAF było istotnie większe niż w PAF: RR 1.355 (95% CI: 1.169–1.571,  $P < 0.001$ ,  $I^2 = 57.8\%$ ). Na podstawie trzech badań randomizowanych wyliczono, że ryzyko wystąpienia tego punktu końcowego było większe w grupie NPAF zarówno wśród pacjentów nie przyjmujących leczenia przeciwkrzepliwego – RR 1.689 (95% CI: 1.151–2.480,  $P = 0.007$ ), jak i przyjmujących takie leki – RR 1.274 (95% CI: 1.149–1.414,  $P < 0.001$ , pięć badań). Dodatkowa metaanaliza 10 badań retrospektywnych (wyłączonych z głównej analizy) wskazała na podobnie większe ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych w grupie NPAF – RR 1.456 (95% CI: 1.137–1.865,  $P = 0.003$ ,  $I^2 = 72.4\%$ ).

Roczne ryzyko dużego krwawienia było porównywalne w obu grupach AF – RR 0.986 (95% CI: 0.917–1.060,  $P = 0.700$ ,  $I^2 = 3.6\%$ ).



Ograniczenia przeglądu: autorzy wskazują na brak możliwości porównania pacjentów z przetrwałym i utrwalonym AF oraz brak możliwości wskazania wpływu typu AF na ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych na poszczególnych poziomach skal CHA2DS2/CHA2DS2-VASc.

Podsumowując, niniejsza metaanaliza danych niemal 100 tys. pacjentów wskazuje, że rodzaj migotania przedsionków wpływa na ryzyko zgonu, jak i powikłań zakrzepowo-zatorowych, a u pacjentów z nienapadowym migotaniem przedsionków prognoza jest istotnie gorsza niż w napadowej formie arytmii. Obserwacja ta dotyczy zarówno grupy przyjmującej, jak i nie stosującej leczenia przeciwkrzepliwego. Autorzy sugerują, że rodzaj migotania przedsionków powinien być brany pod uwagę podczas podejmowania decyzji o włączeniu leczenia przeciwkrzepliwego, przynajmniej w sytuacjach niejednoznacznych. Ponadto, jest to kolejny głos w dyskusji nt. potrzeby zapobiegania utrwalonym formom migotania przedsionków.

Finansowanie: brak danych.

#### **KOMENTARZ: Maria Trusz-Gluza**

W wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) z 2010 r. znajdowała się rekomendacja: wybór leczenia przeciwkrzepliwego u chorych z AF należy rozpatrywać używając identycznych kryteriów niezależnie od postaci AF (tj. napadowe, przetrwałe lub utrwalone) – klasa zaleceń IIa, poziom dowodów A (!). Autorzy wykorzystali informacje uzyskane w rejestrze szwedzkim, wskazujące na podobne ryzyko udaru niedokrwiennego mózgu u chorych z napadowym i utrwalonym AF. Podobne były sugestie z wtórnej analizy badania ACTIVE.

Dlatego omówiona metaanaliza Ganesana i wsp. zasługuje na zainteresowanie. Wykazała ona dość jednoznacznie, że nienapadowe AF w porównaniu z napadowym AF wiąże się z większym ryzykiem zakrzepowo-zatorowym i większą śmiertelnością.

Jak zawsze można mieć pewne wątpliwości do tego typu analiz. Warto jednak zwrócić uwagę, że autorzy wykorzystali dane pochodzące z bardzo znanych, wielokierunkowo analizowanych badań wieloośrodkowych i prospektywnych, takich jak: RE-LY, ROCKET-AF, ARISTOTLE, ENGAGE, GISSI-AF, AVERROES, SPORTIF i inne. Podobne rezultaty opublikowali ostatnio badacze japońscy z Fushimi AF Registry i SAMURAI Study.

Czy uzyskane informacje powinny wpływać na decyzje terapeutyczne? Na razie autorzy najnowszych wytycznych ESC poświęconych AF nie ustosunkowali się do tego problemu.

