

Migotanie przedsionków – jak wygląda życie z chorobą?

SPONSOR PUBLIKACJI: 



FACEBOOK

TWITTER

Szacuje się, że z migotaniem przedsionków żyje ok. 700 tys. Polaków. Diagnoza zmienia wiele w życiu pacjenta i nierzadko oznacza reorganizację funkcjonowania całej rodziny. Tylko stosując się do zaleceń terapeutycznych, chory może uniknąć powikłań zakrzepowo-zatorowych, przede wszystkim udaru mózgu, i nadal prowadzić życie, jakie kocha.

Ryzyko rośnie z wiekiem

Migotanie przedsionków (AF – Atrial Fibrillation) to najpowszechniejszy typ zaburzeń rytmu serca (arytmii) i jedna z głównych przyczyn udarów mózgu. Częstość jej występowania rośnie z wiekiem. Co dziesiąta osoba powyżej 80. r.ż. ma rozpoznane AF, ale spotykane jest ono w każdym wieku. Szacuje się, że w Polsce z migotaniem przedsionków żyje ok. 700 tys. osób. Wiele z nich nawet o tym nie wie.

Zazwyczaj migotanie przedsionków występuje u pacjentów, u których doszło do uszkodzenia mięśnia sercowego w przebiegu chorób przewlekłych, takich jak: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca, cukrzyca, wady zastawkowe czy otyłość. Wymienione choroby z biegiem lat uszkadzają komórki odpowiedzialne za generowanie i przewodzenie impulsów elektrycznych w sercu, co sprzyja powstawaniu arytmii.

Napad migotania przedsionków może być również spowodowany zaburzeniami elektrolitowymi (obniżeniem stężenia potasu i/lub magnezu we krwi), epizodem niedokrwienia mięśnia sercowego, a także zaburzeniami niezwiązanymi bezpośrednio z układem sercowo-naczyniowym, np. nadczynnością tarczycy czy przewlekłą chorobą nerek.

Co więcej, migotanie przedsionków może pojawić się u osób palących papierosy, nadużywających stymulantów, takich jak alkohol, kofeina, środki pobudzające, narkotyki, czy uprawiających dyscypliny wytrzymałościowe. Nic dziwnego, że najwięcej napadów AF jest w weekendy. Istnieją też badania wskazujące na większe ryzyko występowania

zaburzenia u osób pracujących powyżej 55 godzin tygodniowo i na nocnych zmianach.

Klasyfikacyjnie wyróżniamy 5 postaci migotania przedsionków na podstawie kryterium czasowego, do których należą:

1. migotanie przedsionków rozpoznane po raz pierwszy – nie było rozpoznane wcześniej, niezależnie od czasu trwania i nasilenia objawów,
2. napadowe AF – ustępuje samoistnie lub pod wpływem interwencji w ciągu 7 dni,
3. przetrwałe AF – utrzymuje się > 7 dni,
4. przetrwałe długo trwające AF – rozpoznaje się, gdy AF utrzymuje się > 1 roku i została podjęta decyzja o kontroli rytmu serca,
5. utrwalone AF – zaakceptowane przez lekarza i pacjenta, nie podejmuje się próby przywrócenia rytmu zatokowego serca.

Znaki ostrzegawcze

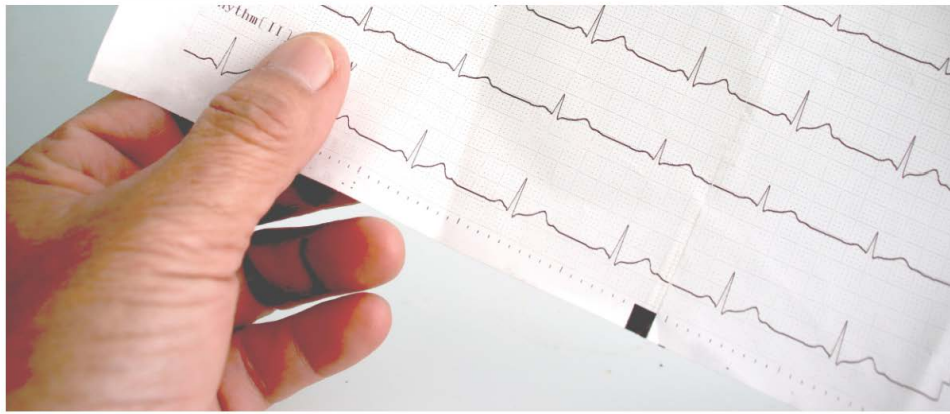
Najczęstszym objawem migotania przedsionków jest kołatanie serca, czyli uczucie przyspieszonego, nierównego bicia serca. Ponadto może wystąpić duszność, pogorszenie tolerancji wysiłku, nadmierne pocenie i uczucie braku tchu pojawiające się przy wykonywaniu czynności, które wcześniej nie sprawiały większych trudności.

Napady migotania przedsionków mogą być także przyczyną zawrotów głowy, omdleń, a czasem krótkotrwałej utraty przytomności. U części pacjentów choroba przebiega bezobjawowo. Zdarza się, że migotanie przedsionków wykrywane jest dopiero przy okazji rutynowych badań, takich jak pomiar tętna czy EKG. Niekiedy jego pierwszym objawem jest udar niedokrwienny mózgu.

– Jednym z rodzajów migotania przedsionków jest nieme migotanie przedsionków (silent AF), w którym zaburzenia rytmu serca są krótkotrwałe i nieodczuwalne przez nieświadomego chorego pacjenta. Niestety, taka postać AF, podobnie jak każda inna klinicznie objawowa, 5–7-krotnie zwiększa ryzyko udaru mózgu. U osób od szóstej dekady życia ryzyko występowania AF szacowane jest na ok. 20 proc., w tym co najmniej 20 proc. ma tzw. nieme migotanie przedsionków – wyjaśnia neurolog prof. SUM, dr hab. n. med. Anetta Lasek-Bal, Kierownik Kliniki Neurologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, lekarz kierujący Oddziałem Neurologii w Górnośląskim Centrum Medycznym im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Porwierdzają to wyniki wielośrodkowego badania NOME-**A**F („Nieinwazyjne monitorowanie w celu wczesnego wykrycia migotania przedsionków”), do którego włączono ponad 3 tys. pacjentów, a wszystkim wykonano 30-dniowe monitorowanie EKG za pomocą kamizelki kardiologicznej. Okazało się, że w grupie osób powyżej 65. r.ż. prawie co 10. pacjent ma bezobjawowe AF. Głównymi czynnikami ryzyka były: wiek > 75 lat, płeć męska, przebyty udar niedokrwienny mózgu lub przemijający atak niedokrwienia (TIA), cukrzyca, niewydolność serca, przewlekła choroba nerek oraz podwyższony poziom hormonu natriuretycznego NT-proBNP > 125 ng/ml. W grupie chorych z cukrzycą aż u 25 proc. badanych wykryto AF.

W świetle obowiązujących wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) badanie przesiewowe w kierunku rozpoznawania AF zaleca się u wszystkich pacjentów w wieku ≥ 65 lat, które polega na ocenie tętna lub rejestracji EKG podczas wykonywania innych badań. Z kolei u chorych z dużym ryzykiem sercowo-naczyniowym i w wieku ≥ 75 lat należy rozważyć regularną ocenę EKG.



Nie tylko udar

Udar niedokrwienny mózgu to najpoważniejsze i niestety najczęstsze powikłanie nieleczonego lub leczonego nieskutecznie migotania przedsionków. Jak do niego dochodzi? W przebiegu AF zakłócony zostaje prawidłowy przepływ krwi wewnątrz serca. Turbulencje sprzyjają powstawaniu zakrzepów, tzw. skrzeplin. Skrzeplina „wypchnięta” przez serce do naczyń krwionośnych staje się materiałem zatorowym (czopem), który wędruje z prądem krwi, dopóki nie natrafi na naczynie o małej średnicy. W przypadku skrzeplin powstających w uszku lewego przedsionka takim naczyniem jest tętnica w mózgu – jej zamknięcie oznacza udar.

– Objawy udaru mózgu bywają różne, w zależności od części mózgu, której udar dotyczy. Najczęściej są to zaburzenia mowy z towarzyszącym opadniętym kąciem ust i osłabieniem siły mięśniowej kończyn po stronie opadniętego kącika ust. Zaburzenia mowy mogą mieć różny charakter – od nierozumienia mowy po zaburzenia ekspresji mowy czy też połączenie tych dwóch modeli uszkodzenia. Inne objawy udaru mózgu to niedowład tylko jednej kończyny lub też trzech czy czterech, zaburzenia świadomości, śpiączka, zaburzenia widzenia, zaburzenia polykania, zawroty głowy, wymioty. Objawy udaru mózgu najczęściej pojawiają się nagle, w jednej trzeciej przypadków choroba ma przebieg bardzo dynamiczny i w ciągu pierwszej doby dochodzi do eskalacji objawów. Nagłość objawów, zwłaszcza zaburzeń mowy, osłabienie siły mięśniowej kończyn, asymetria twarzy z całą pewnością powinny spowodować szybki kontakt z ochroną zdrowia – komentuje prof. Lasek-Bal.

Szacuje się, że niemal 30 proc. udarów niedokrwiennych jest efektem nieleczonego AF. Jego przebieg, w tym ryzyko zgonu i stopień trwałego upośledzenia pewnych funkcji (niedowład, zaburzenia mowy), jest również cięższy u pacjentów z migotaniem przedsionków. Połowa osób, u których dochodzi do udaru będącego powikłaniem migotania przedsionków, umiera w pierwszym roku od jego wystąpienia. Z kolei u tych, którzy przeżyją, występuje trzykrotnie większe ryzyko powtórnego udaru i większe prawdopodobieństwo niepełnosprawności.

Jak podkreśla prof. Lasek-Bal, konsekwencje udaru mózgu w przebiegu migotania przedsionków są wielopłaszczyznowe.

– Udar może doprowadzić do trwałego inwalidztwa, ale również oznacza reorganizację życia całej rodziny. Jeśli pozostawi jakikolwiek deficyt neurologiczny, zmienia rodziną, społeczną i zawodową aktywność pacjenta. Nierzadko są to konsekwencje trwałe, do końca życia.

Poza udarem mózgu do powikłań AF należą także inne powikłania zakrzepowo-zatorowe, w tym przejściowe niedokrwienie mózgu, zator tętnic obwodowych, zator tętnicy śledzionowej i zator tętnic kręgowych (ostre niedokrwienie jelit). Najpowszechniejszy typ arytmii może prowadzić również do niewydolności serca spowodowanej nadmierną pracą mięśnia sercowego.



Życie po diagnozie

Na szczęście AF można kontrolować i skutecznie leczyć, odsuwając od siebie widmo powikłań. Stąd tak ważne jest wczesne rozpoznanie.

Podstawowym narzędziem diagnostycznym służącym do rozpoznawania migotania przedsionków jest badanie EKG

(elektrokardiografia), które pozwala stwierdzić rodzaj i charakter zaburzeń rytmu serca. Ponadto lekarz może zlecić badanie holterowskie, czyli monitorowanie zapisu EKG przez 24 godziny lub dłużej, nawet przez kilka dni. Badanie to polega na ciągłym zapisie pracy serca na niewielkim urządzeniu przyklejonym do pasa i podłączonym elektrodami do klatki piersiowej. Monitorowanie metodą Holtera jest pomocne w przypadku pacjentów z napadowym AF, u których objawy nie występują przez cały czas.

Inne badania dodatkowe, które może zlecić lekarz, to elektrokardiograficzna próba wysiłkowa, echokardiografia czy badania laboratoryjne w celu wykrycia potencjalnych przyczyn migotania przedsionków, takich jak nadczynność tarczycy lub zaburzenia elektrolitowe.

Przywracanie prawidłowego rytmu serca, przez lekarzy definiowanego jako „rytm zatokowy”, nazywa się „kardiowersją”. Zabieg można przeprowadzić za pomocą leków (kardiowersja farmakologiczna) lub odpowiednio zsynchronizowanych z zapisem EKG pacjenta impulsów elektrycznych (kardiowersja elektryczna). W niektórych przypadkach stosuje się leczenie inwazyjne, czyli ablację, która polega na zniszczeniu komórek generujących nieprawidłowy rytm serca lub nieprawidłowego połączenia przewodzącego impulsy.

Ze względu na ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych niemal większość pacjentów z migotaniem przedsionków wymaga przewlekłego stosowania leków przeciwkrzepliwych (antykoagulantów). Pozwalają one zapobiegać powstawaniu skrzeplin w sercu i zmniejszają ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych arytmii.

– Aktualnie pacjenci mają do dyspozycji dwa rodzaje antykoagulantów: starszej generacji oraz antykoagulanty niebędące antagonistami witaminy K, czyli tzw. nowa generacja antykoagulantów (tzw. NOAC). Są one co najmniej tak samo skuteczne jak klasyczne doustne leki przeciwkrzepliwie, przy czym nie wymagają częstego monitorowania parametrów krzepnięcia krwi i dostosowania dawki leku do wartości INR. Są więc wygodniejsze w stosowaniu dla pacjenta i dodatkowo mają większy stopień bezpieczeństwa. One realnie zmniejszają ryzyko udaru mózgu u chorych z migotaniem przedsionków. Ponadto, jak się okazuje, nawet jeśli dojdzie do udaru u pacjentów, którzy stosują takie leczenie, zakres uszkodzenia tkanki nerwowej jest mniejszy. Łatwiej jest nam także przeprowadzić leczenie reperfuzyjne, czyli trombektomię – dodaje prof. Lasek-Bal.

Oprócz przestrzegania zaleceń lekarza dotyczących przyjmowania leków przeciwkrzepliwych pacjenci z migotaniem przedsionków powinni zmienić styl życia. Biorąc pod uwagę, że otyłość zwiększa ryzyko udaru niedokrwiennego mózgu, incydentów zakrzepowo-zatorowych i zgonu u pacjentów z migotaniem przedsionków, najważniejszym zaleceniem jest dążenie do osiągnięcia prawidłowej masy ciała. Z diety warto wykluczyć żywność przetworzoną, sól i cukier. Polecany model żywienia to dieta

śródziemnomorska lub dieta DASH.

Pacjenci z migotaniem przedsionków powinni ograniczyć również spożycie alkoholu i rzucić palenie tytoniu, które może prowadzić do uszkodzenia naczyń krwionośnych i podnosić ciśnienie krwi.

Biorąc pod uwagę, że w licznych badaniach wykazano korzystny wpływ aktywności fizycznej na zdrowie sercowo-naczyniowe, pacjentów z migotaniem przedsionków należy zachęcać do wykonywania ćwiczeń o umiarkowanej intensywności. Najlepszym wyborem będą spacer, nordic walking czy pływanie. Długotrwałe, nadmierne ćwiczenia wytrzymałościowe (maratony, triathlony długodystansowe) nie są wskazane, zwłaszcza w wieku >50 lat.

Warto również unikać stresu i zadbać o zdrowy sen – co najmniej 6 godzin dziennie.

Jeśli chcesz dowiedzieć się więcej, zapoznaj się z podcastami na temat migotania przedsionków: [kliknij tutaj](#).

Bibliografia:

<https://podyplomie.pl/kardiologia/16463,nieme-migotanie-przedsionkow-wazny-problem-kliniczny> (dostęp: 07.2022 r.).

Wytyczne ESC 2020 dotyczące diagnostyki i leczenia migotania przedsionków opracowane we współpracy z European Association of Cardio Thoracic Surgery (EACTS).

Migotanie przedsionków | Choroby układu krążenia - mp.pl (dostęp: 07. 2022 r.).

Numer akceptacji: PP-ELI-POL-1740
