

A PITVARFIBRILLÁCIÓ (PF) KEZELÉSE

„Az évezred új járványában” szenvedő európaiak milliói maradhatnak ki az életmentő kezelésemből

MI A PF?

A pitvarfibrilláció (PF) a szív két felső üregének (a pitvarok összehangolatlan összehúzódásából eredő szabálytalan és gyakran szopora szívverés)¹



11 millió ember
érintett Európa-szerte²



A PF növeli a más,
potenciálisan halálos betegségek kockázatát³



5x
nagyobb
a szívelégtelenség
kockázata



2.4x
nagyobb
a sztrók kockázata



2x
nagyobb
a kardiovaszkuláris
mortalitás kockázata

A PF súlyosságát végzetesen félreértelmezik:

45%-a
A BETEGEKNEK

tévesen gondolja hogy a PF nem életveszélyes állapot⁴

A legújabb irányelvek integrált kezelési stratégiát javasolnak:^{5,6}



A mortalitás csökkentése



A gondozás testreszabása igazodni a beteg igényeihez



A hospitalizáció csökkentése

KEZELÉS

A terápia célja a szabálytalan szívritmus kezelése, a tünetek enyhítése és a szövődmények csökkentése, valamint a várható élettartam növelése és az életminőség javítása.⁵

A betegeknek fontos szerepet kell kapniuk a gondozásukat illető döntések meghozatalában miután tájékoztatják őket a multidiszciplináris megközelítést kidolgozó orvosok:⁵



kardiológusok



elektrofiziológusok



más egészségügyi szakemberek:
családorvos, szakápoló stb.



társszakmák képviselői:
dietetikus, orvostechnológus stb.

A KEZELÉS MENETE⁵



A kardiovaszkuláris rizikófaktorok és a stroke kockázatának kezelése a várható élettartam növelése és az életminőség javítása érdekében



Gyógyászati eljárások (pl. elektromos vagy gyógyszeres kardioverzió), amelyek visszaállítják a normál szívritmust, ha a betegnél PF lép fel



Pulzusszabályozó terápiák a szívritmus kontrollálására



Ritmusszabályozó terápiák, például antiaritmiasz gyógyszerek és katéteres abláció a normál szinuszritmus hosszútávú fenntartására

FÓKUSZBAN

Ritmusszabályozó terápiák – a PF hosszútávú kezelése



GYÓGYSZERES KEZELÉS (AADS)

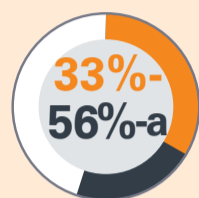
Az antiaritmiás szerek megakadályozzák a szívritmuszavart kiváltó rendellenes elektromos jelek keletkezését vagy elnyomják azok átvitelét. Példák: nátriumcsatorna-gátlók (dizopiramid, kinidin, flekainid, propafenon) és káliumcsatorna-gátlók (amiodaron, dronedaron, dofetilid, sotalol)⁵



KATÉTERES ABLÁCIÓ

Műtéti beavatkozás, amelynek során elroncsolják a szabálytalan ingereket adó gócot vagy meggátolják a szabálytalan inger tovaterjedését.⁵⁻⁶

HATÁSOSÁG



a betegeknek **NORMÁL SZINUSZRITMUSOS** 1 ÉVVEL A BEAVATKOZÁS UTÁN⁷



AKÁR **94%-a** a betegeknek **NEM TAPASZTAL VISSZATÉRŐ SZÍVRITMUSZAVART** 1 ÉVVEL A BEAVATKOZÁS UTÁN⁸⁻¹⁷

NORMALIZÁLÓDIK a mortalitás és a sztrók **ARÁNYA** valamint a demencia aránya is **VISSZATÉR A NORMÁL POPULÁCIÓBAN TAPASZTALT SZINTRE**¹⁸

ÉLETMINŐSÉG



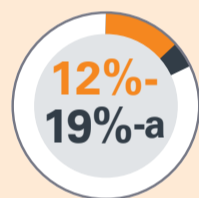
a betegeknek **JAVULÓ ÉLETMINŐSÉGET** TAPASZTAL¹⁹



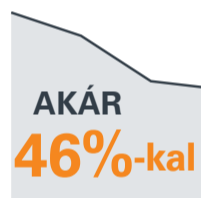
a betegeknek **JAVULÓ ÉLETMINŐSÉGET** TAPASZTAL²⁰



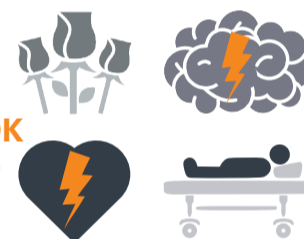
MELLÉKHATÁSOK/SZÖVŐDMÉNYEK



a betegeknek **ABBAHAGYJA A KEZELÉST MELLÉKHATÁSOK MIATT**⁷



alacsonyabb a **HALÁL, SZTRÓK, SZÍVMEGÁLLÁS ÉS A KARDIOVASZKULÁRIS OK MIATTI HOSPITALIZÁCIÓ** 7 ÉVES KÖVETÉSI ADATOK ALAPJÁN^{21,22}



KÖLTSÉGEK

ALACSONY KEZDETI de a **KUMULATÍV KÖLTSÉGEK** időben emelkedhetnek és elérhetik **AKÁR A 28%-OS ÉVES NÖVEKEDÉST** 9 ÉV ALATT²³⁻²⁶

BECSÜLT KÖLTSÉGEK 10 ÉVVEL AZ ABLÁCIÓ UTÁN

A KATÉTERES ABLÁCIÓ esetén elérhető **35% MEGTAKARÍTÁS**²⁶

A paroxizmális (intermittáló) PF **10X KISEBB VALÓSZÍNŰSÉGGEL ALAKUL ÁT PERZISZTENS PF-É, ha a beteg katéteres ablációval kezelik,** az antiaritmiás szerekkel kezelt betegekhez képest. (HR 0,11; 95%-os CI 0,025-0,483; p=0,0034²⁷)



PAROXIZMÁLIS PF



PERZISZTENS PF

A katéteres abláció klinikailag hatásosabb és költségkímélőbb a gyógyszeres terápiához képest a PF kezelésére^{7,19,28-31}

IRODALOM
1. Iaizzo PA (2015). Handbook of Cardiac Anatomy, Physiology and Devices. Springer Science and Business Media. Switzerland; 2. Global Burden of Disease Collaborative Network (2016) Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017. Accessed October 2019. Available from <https://gbd2016.healthdata.org/gbd-search/>; 3. Odutayo A et al. (2016). BMJ 354:e4482; 4. Aliot E, et al. (2010). Europace 12 (5):626-633; 5. Kirchhof P, et al. (2016) Eur Heart J 37 (38):2893-2962; 6. Calkins H, et al. (2017). Heart Rhythm 14 (10):e275-e444; 7. Lafuente-Lafuente C, et al. (2015) Cochrane Database Syst Rev (3): Cd005049; 8. Hussein A, et al. (2017). J Cardiovasc Electrophysiol 28 (9):1037-1047; 9. Taghji P, et al. (2018). JACC Clin Electrophysiol 4 (1): 99-108; 10. Philips T, et al. (2018) Europace 20 (Fl_3): f419-f427; 11. Solimene F, et al. (2019). J Interv Card Electrophysiol 54 (1):9-15; 12. Di Giovanni G, et al. (2014). J Cardiovasc Electrophysiol 25 (8):834-839; 13. Jourda F, et al. (2015). Europace 17 (2):225-231; 14. Lemes C, et al. (2016). Europace 18 (2):201-205; 15. Guhl EN, et al. (2016). J Cardiovasc Electrophysiol 27 (4):423-427; 16. Irfan G, et al. (2016). Europace 18 (7):987-993; 17. Boveda S, et al. (2018). JACC Clin Electrophysiol 4 (11):1440-1447; 18. Bunch TJ, et al. (2011). Journal of Cardiovascular Electrophysiology 22 (8):839-845; 19. Jais P, et al. (2008). Circulation 118 (24):2498-2505; 20. Mark DB, et al. (2019). JAMA. Apr 2;321(13):1275-1285; 21. Packer DL, et al. (2019). JAMA. Apr 2;321(13):1261-1274; 22. Noseworthy PA, et al. (2019). Eur Heart J 40 (16):1257-1264; 23. Bruggenjurgen B, et al. (2013). Pharmacoeconomics 31 (3):195-213; 24. Nilsson J, et al. (2013). Eur J Health Econ 14 (3):481-493; 25. Akerborg O, et al. (2012). Clin Ther 34 (8):1788-1802; 26. Weerasooriya R, et al. (2003). Pacing Clin Electrophysiol 26 (1 Pt 2):292-294; 27. Kuck KH, et al. (2019) Catheter ablation delays progression of atrial fibrillation from paroxysmal to persistent atrial fibrillation. ESC Late-breaking Science 2019. Paris, France. August 31, 2019; 28. Takigawa M, et al. (2014). Circ Arrhythm Electrophysiol 7 (2):267-273; 29. Cotte FE, et al. (2016). Europace 18 (4):501-507; 30. Freedman B, et al. (2017). Circulation 135 (19): 1851-1867; 31. Jais P, et al. (2008). Circulation 118 (24): 2498-2505.

A teljes jelentés letölthető a következő linkről:
<https://mindenapfrol.hu>