

POZNÁMKY KE KLASIFIKACI FIBRILACE SÍNÍ A JEJÍ TERMINOLOGII

MUDr. Jan Galuszka, prof. MUDr. Jan Lukl, CSc.

I. interní klinika FN LF UP Olomouc

Fibrilace síní je intenzivně zkoumána již od konce 19. století. Rozsáhlé písemnictví zabývající se touto arytmií často ztrácí na přehlednosti v důsledku rozdílné terminologie užívané při jejím popisu. Následující přehled shrnuje nomenklaturu týkající se fibrilace síní s uvedením aktuální terminologie vycházející z doporučených postupů odborných společností.

Klíčová slova: fibrilace síní, klasifikace, terminologie.

REMARKS ON ATRIAL FIBRILLATION CLASSIFICATION AND NOMENCLATURE

Atrial fibrillation is intensively investigated arrhythmia already from the end of the 19th century. Ample literature concerning this rhythm disturbance can lose intelligibility in certain extent due to different terminologies applied to its descriptions through the years. Following review summarizes nomenclature concerning atrial fibrillation and mentions actual terminology based on guidelines reported by international professional societies.

Key words: atrial fibrillation, classification, terminology.

Fibrilace síní (FS) je nejčastější klinicky významnou poruchou srdečního rytmu v praxi. Není proto překvapující, že je v popředí intenzivního lékařského zájmu již více než sto let. Množství informací o této arytmií se stalo podkladem nejedné monografie, přesto stále není konečné. Při retrospektivním pohledu do písemnictví se v souvislosti s FS setkáváme v různých pramenech a klinických studiích s rozdílnou terminologií a klasifikací, vyjadřující různé klinické projevy FS. V kontextu klasifikace se odrážel rozvoj poznatků o podstatě této arytmiie. Smyslem následujícího příspěvku je zachytit vývoj zásadních termínů spojených s fibrilací síní.

V nejstarších písemnostech z počátku minulého století se v odborné literatuře o fibrilaci síní pojednávalo pod rozdílným označením, jako například: arrhythmia perpetua, arrhythmia absoluta, completa, totalis, pulsus irregularis perpetuus, delirium cordis, pulsová ataxie, vorhofflimmern, flimmerarhythmie, fibrillation auriculaire, auricular fibrillation, v domácí literatuře pak tetelení či mihání předsíní, než se nakonec ustálil pojem fibrilace síní (10).

Nejjednodušším dělením FS je dělení podle vztahu k revmatické chlopenní vadě na revmatickou a nereumatickou FS. Podobně jednoduché je rozdělení na základě morfologie na povrchovém elektrokardiogramu (EKG) na hrubovlnnou a jemnovlnnou FS, naznačující míru organizace arytmiie.

Charakter FS lze definovat vyjádřením počtu arytmiických epizod, jejich trvání, frekvence, způsobu vzniku FS a možných spouštěcích faktorů, nebo způsobu ukončení a odpovědi na terapii. Jednoduchým rozbořením anamnézy můžeme FS označit jako symptomatickou nebo asymptomatickou, zpravidla náhodně zjištěnou. Obě zmíněné formy se mohou vyskytovat u téhož pacienta.

Dělení FS se vyznačovalo ještě v osmdesátých letech minulého století běžným užíváním termínů jako tranzientní – přechodná, paroxysmální, perzistentní, chronická FS, které si však jednotliví autoři definovali po svém.

Camm (6) navrhoval pro charakteristiku první ataky FS jedno ze „3S“: short, storm, sustained. Pro chronickou FS pak navrhoval rozdělení podle „3P“: paroxysmální, perzistentní, permanentní. Systém „tři P“ hodnotí jak trvání, tak způsob ukončení FS. Paroxysmální FS končí spontánně, obvykle do 48 hodin. Perzistentní FS nekončí spontánně, ale může být

vertována elektricky nebo medikamentózně. Permanentní FS nekončí spontánně a je refrakterní ke kardioverzi.

Kottkamp a spol. (6) rozdělil FS na dvě formy akutní a dvě chronické.

Akutní – tranzientní FS jako následek spouštěcího faktoru (alkohol, infekce, elektrolytová a hormonální dysbalance). Termín akutní – intermitentní vyjadřoval první incidenti spontánně končící FS jako následek subklinického nebo klinického kardiovaskulárního onemocnění nebo pokročilého věku (nad 65 let). Chronická paroxysmální FS označovala rekurentní FS spontánně končící po různých dlouhých časových periodách. Označení chronická perzistentní FS znamenalo setrvalou FS bez spontánního ukončení.

Snahy o sjednocení těchto termínů shrnula mezinárodní Skupina pro studium fibrilace síní v roce 1998 (8). Do té doby termín chronická vyjadřoval buď anamnézu FS, nebo trvání epizody. Termín akutní vyjadřoval FS vztahující se k akutní kurabilní příčině, ale obecně také samotnou ataku FS. Termíny jak akutní, tak chronická, nebo ustálená či permanentní vycházely z anamnézy založené na symptomech nebo EKG dokumentaci. V případě nálezů asymptomatické či oligosymptomatické FS byl zaveden termín nově vzniklá či přesněji nově zjištěná FS. Byla navržena hranice sedmi dnů k rozdělení paroxysmální (od 2 minut do 7 dnů) a chronické (více než 7 dnů) FS. Paroxysmální FS buď končila spontánně do 48 hod nebo epizoda trvala déle než 48 hodin – perzistentní forma. Při dělení FS s ohledem na její etiologii byla v řadě případů nalezena vyvolávající příčina. V případě výskytu FS v nepřítomnosti zjištěné etiologické vazby byla označena jako idiopatická (8) nebo lone atrial fibrillation (6).

Lévy a spol. vypracoval dělení paroxysmální FS podle klinického stavu (7, 8). Paroxysmální FS byla definována trváním do sedmi dnů bez ohledu na to, jak končí. Klasifikace dělí FS na tři skupiny:

I. skupina – první symptomatická ataka nebo první rozpoznání FS:

- A. končící spontánně
- B. vyžadující farmakologickou či elektrickou kardioverzi.

II. skupina – rekurentní ataky dříve neléčené FS:

- A. asymptomatické
- B. méně než jedna symptomatická ataka za tři měsíce
- C. více než jedna symptomatická ataka za tři měsíce.

III. skupina – neúspěšně léčené rekurentní ataky FS:

- A. asymptomatické
- B. méně než jedna symptomatická ataka za tři měsíce
- C. více než jedna symptomatická ataka za tři měsíce.

Také na základě elektrofyziologických studií byla vytvořena různá klasifikační schémata dělení FS založená na analýze síňového elektrogramu, která se však svou složitostí vymykají rutinnímu použití (1).

Jakýsi konsenzus předchozích klasifikací tvoří klasifikační schéma z roku 2001 doporučené v ACC / AHA / ESC guidelines vytvořené společnou americkoevropskou pracovní skupinou (4). Doporučuje se rozlišovat FS jako primární problém na rozdíl od sekundární FS v důsledku reverzibilních příčin jako například infarkt myokardu, kardiochirurgický výkon, perikarditis, myokarditis, hypertenze, plicní embolie, pneumonie či jiné akutní plicní onemocnění.

Pokud se FS nevztahuje k některé ze zmíněných reverzibilních příčin a její trvání je delší než 30 s, pak se hodnotí buď jako poprvé zjištěná epizoda FS („epizodická“), nebo rekurentní FS. Dle dalšího vývoje přechází poprvé zjištěná FS do formy rekurentní, permanentní nebo se již neopakuje. Rekurentní FS může probíhat jako paroxysmální, jež končí spontánně nejčastěji do 24 hodin a nejdéle do 7 dnů, nebo perzistentní, trvající většinou déle než 7 dní, končící buď farmakologickou, nebo elektrickou kardioverzí nebo spontánně. Obě rekurentní formy mohou vzájemně přecházet jedna do druhé nebo přejít do formy permanentní.

Termín „lone atrial fibrillation“ se doporučuje pro mladší osoby (do 60 let věku) bez prokazatelného kardiopulmonálního onemocnění nebo známého rizikového faktoru pro rozvoj FS (4, 9).

Literatura

1. Allesie MA, Konings K, Kirchhof Ch. Mapping of Atrial fibrillation. In: Olsson SB, Allesie MA, Campbell RWF, et al. Atrial Fibrillation: Mechanisms and Therapeutic Strategies. Armonk NY Futura Publishing Company Inc 1994: 40–44.
2. Bigger JT, Günter B, Brown AM, Camm AJ, Carmeliet E, Fozzard HA, Hoffman BF, Janse MJ, Lazzara R, Mugelli A, Myerburg RJ, Roden DM, Rosen MR, Schwartz PJ, Strauss HC, Woosley RL, Zaza A, Campbell RWF, Waldo AL. The Sicilian Gambit. A New Approach to the Classification of Antiarrhythmic Drugs Based on Their Actions on Arrhythmogenic Mechanisms. Task Force of the Working Group on Arrhythmias of the European Society of Cardiology. Circulation 1991; 4: 1831–1851.
3. Coumel P. The Role of the Autonomic Nervous System in Atrial Flutter and Fibrillation. Clinical Findings. In: Saoudi N, et al. Atrial Flutter and Fibrillation. From Basic to Clinical Applications. Futura Publishing Company, Inc 1998: 89–103.
4. Fuster V, Rydén LE, Asinger RW, Cannom DS, Crijns HJ, Frye RL, Halperin JL, Neal Kay G, Klein WW, Lévy S, McNamara RL, Prystowsky EN, Wann LS, Wyse DG. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines and Policy Conferences (Committee to develop guidelines for the management of patients with atrial fibrillation). European Heart Journal 2001; 22: 1852–1923.

Termínem nevalvulární FS se označují arytmie vyskytující se v nepřítomnosti revmatické mitrální chlopenní vady nebo umělé srdeční chlopně.

Neurogenní FS označuje situaci, kdy triggerem arytmií je autonomní nervový systém. Tuto skupinu FS rozdělil Coumel (3) na vagovou a adrenergní formu. Vagově zprostředkovaná FS je charakteristická čtyři až pětkrát vyšší prevalencí u mužů, průměrný věk v době manifestace je mezi 40 až 50 lety, často je spojena s lone atrial fibrillation, má malou tendenci k progresi do permanentní formy, objevuje se v noci, v klidu, po jídle nebo požití alkoholu, arytmií předchází progresivní bradykardie. Protože srdeční frekvence při FS je relativně pomalejší, symptomy tvoří spíše pocity nepravidelné srdeční akce než dušnost, závratě nebo synkopa. Léčba digitalisem a betablokátory může zvýšit frekvenci paroxysmů.

Adrenergní FS je méně častá, vyskytuje se většinou rovněž u nemocných kolem 50 let věku a bez strukturálního onemocnění srdce, postihující obě pohlaví bez rozdílu. Začíná převážně v průběhu dne vyvolávána zátěží nebo duševním stresem, často je provázána polyurií. Její začátek bývá spojený se specifickou sinusovou frekvencí každého pacienta. Betablokátory bývají lékem volby (4).

S rozvojem elektrofyziologických poznatků v posledním desetiletí, zejména pracovní skupinou vedenou Haissaguerrou (5), byla pak definována fokální FS spouštěná aktivitou ektopického ložiska, nejčastěji lokalizovaného v plicních žilách. Zde můžeme podle mechanismu, který je v pozadí arytmií, hovořit o FS fokálně spouštěné a FS fokálně udržované, při které je trvání aktivity ektopického ložiska podmínkou trvání FS.

Z uvedeného přehledu je patrné, že fibrilace síní představuje ve své podstatě složitou arytmií, jejíž exaktní charakteristika uchopitelná do výstižného vyjádření v lékařské dokumentaci prošla zákonitým vývojem. Poněvadž každá klasifikace má svá omezení, je možné, že se v budoucnu dočkáme dalších přívlastků, například v duchu Sicilského gambitu (2) dle citlivosti FS k intervenci na sodíkovém či draslíkovém kanálu.

5. Haissaguerre M, Jaïs P, Shah DC, Takahashi A, Hocini M, Quiniou G, Garrigue S, Le Mouroux A, Le Métayer P, Clémenty J. Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating in the pulmonary veins. New England Journal of Medicine 1998; 339: 659–666.
6. Kottkamp H, Hindricks G, Breithardt G. Atrial Fibrillation: Epidemiology, Etiology and Symptoms. In: Saoudi N, et al. Atrial Flutter and Fibrillation. From Basic to Clinical Applications. Futura Publishing Company, Inc. 1998: 135–149.
7. Lévy S. Atrial Fibrillation. Old and New Classifications. In: Saoudi N et al. Atrial Flutter and Fibrillation. From Basic to Clinical Applications. Futura Publishing Company Inc 1998: 108–112.
8. Lévy S, Breithardt G, Campbell RW, Camm AJ, Daubert J-C, Allesie M, Aliot E, Capucci A, Cosio F, Crijns H, Jordaens L, Hauer RNW, Lombardi F, Lüderitz B. Atrial fibrillation: current knowledge and recommendations for management. European Heart Journal 1998; 19: 1295–1296.
9. Waldo AL, Van Wagoner DR. Atrial Fibrillation. In: Foundations of Cardiac Arrhythmias. Basic concepts and clinical approaches, edited by PM Spooner, MR Rosen. Marcel Dekker Inc 2001.
10. Weber K. Arytmie. Pathologie a klinika poruch rytmu srdečního. Nákladem České akademie věd a umění Praha 1926: 315–340.