

Terapie fibrilace síní u pacientů se srdečním selháním

Jakub Honěk

Kardiologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

FiS a srdeční selhání – proč je to důležité?

Způsobuje

TIKMP – HF je částečně
nebo plně reverzibilní

Zhoršuje

Progrese symptomů,
hemodynamický dopad

Marker prognózy

Kontroly rytmu nelze
dosáhnout / neovlivní průběh

Obousměrný vztah FiS ↔ HF

Platí pro celé spektrum: HF_rEF (TIKMP, AF-CM) i HF_pEF (atriální kardiomyopatie)

Klíčová otázka: je FiS příčina, nebo důsledek srdečního selhání?

ESC 2024 – doporučení pro ablaci FiS u HF

HFrEF

Třída I / B

Ablace u FiS + HFrEF s vysokou pravděpodobností TIKMP k reverzi dysfunkce LK

Třída IIa / B

Ablace u selektovaných pacientů s FiS + HFrEF ke snížení hospitalizací a zlepšení přežití

HFpEF

Žádné specifické doporučení

Guidelines nerozlišují HFpEF specificky

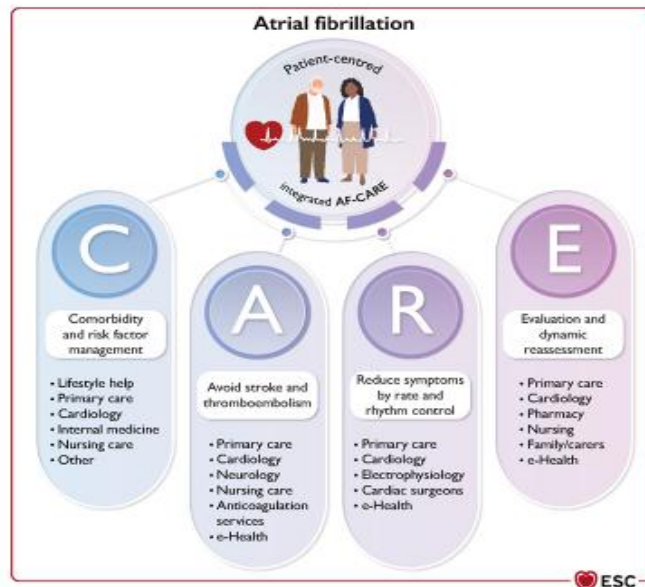
Obecné indikace ablace FiS:

Symptomatická FiS refrakterní na AA nebo preference pacienta (I/A)

Subanalýzy EAST-AFNET4 a CABANA podporují přínos kontroly rytmu

Integrovaný management FiS – AF-CARE

Figure 2
Multidisciplinary approach to atrial fibrillation management



2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation
(European Heart Journal; 2024 – doi:10.1093/eurheartj/ehae176)

CASTLE-AF – zlomová studie pro HFrEF

38 %

RRR mortality +
HF hospitalizace

Design

363 pac. s FiS + HFrEF (EF LK \leq 35 %), ICD/CRT-D
Ablace vs. farmakoterapie (rate/rhythm control)

Klíčové výsledky

HR 0,62 (95% CI 0,43–0,87) pro prim. endpoint

Zlepšení EF LK: +8 % v ablační větvi

Snížení mortality (HR 0,53) i HF hospitalizací

Limitace

Malá studie, selektovaná populace (ICD), jen 1 z 13 pac. v praxi by splnil kritéria

RAFT-AF a meta-analýzy

RAFT-AF (Circulation 2022)

411 pac., NYHA II–III, high-burden FiS
56 % pac. s EF \geq 50 % (mix HFrEF/HFpEF)

HR 0,71 (95% CI 0,49–1,03); p = 0,066

Ukončena předčasně pro futilitu

Ale: zlepšení EF LK, 6MWD, QoL v ablační větvi

Meta-analýza (9 RCT)

48 % RRR mortality
u HFrEF

RR 0,52 (95% CI 0,35–0,76; p = 0,0009)

Benefit tažen dominantně CASTLE-AF

U pac. bez HF: NS (RR 0,67; p = 0,47)

Ablace snižuje mortalitu specificky u HFrEF

HFpEF a FiS – specifika

Častý problém

40–60 % prevalence FiS u HFpEF; křehčí, starší, více komorbidit

Patofyziologická souvislost

Obousměrný vztah FiS ↔ HFpEF (atriální kardiomyopatie)

Klíčový význam síňové kontrakce u HFpEF → kontrola rytmu

Diagnostický overlap

FiS může napodobovat HFpEF symptomy (městnání, elevace BNP)

Odlišení: anamnéza, echo, biomarkery za SR, skórovací systémy

FiS + HFpEF nebo jen FiS? → Správná diagnóza = správná léčba

HFpEF – evidence pro kontrolu rytmu

EAST-AFNET4 subanalýza

798 HF pacientů, 56 % HFpEF

Časná kontrola rytmu vs. běžná léčba

26 % RRR kompozitního endpointu

Dominantně AA (jen 17 % katetrizační léčba do 2 let)

CABANA subanalýza (HF)

778 pac. NYHA II+, 79 % HFpEF

36 % RRR primárního endpointu (ITT)

Rekurence FiS 12M: 37 % vs. 58 %

AF burden HFpEF 12M: 7 % vs. 18 %

Ale: negativní studie (ITT)!, jen 73 % známá EF LK, crossover

Koho ablovat? Praktický pohled

3 klíčové otázky

1 Způsobuje/agravuje FiS symptomy?

2 Je katetrizační léčba bezpečná?

3 Rozumná šance na udržení SR?

Bordeaux pacient

Mladý, zdravý

Paroxyzmální FiS

PVI

Cíl: symptomy

HF pacient

Starší, nemocný

Perzistující forma

AA + ablace

Cíl: symptomy,
rehospitalizace,
remodelace, prognóza

Dva pohledy na kontrolu rytmu u HF

Přístup optimisty

Patofyziologický přístup

- Kontrola rytmu zlepší hemodynamiku a symptomy
- Navození reverzní remodelace síně = zpomalení progresu obou onemocnění
- **Včasná intervence včetně katetrizační léčby!**

Přístup pesimisty

Terapeutický nihilismus

- Společným jmenovatelem je atriální kardiomyopatie
- Nízká úspěšnost katetrizační léčby
- Progresi onemocnění nelze kontrolou rytmu ovlivnit

PFA – nová éra ablace u HF?

Výhody PFA u HF pacientů

- Kratší výkon (77 vs. 166 min u akutního HF)
- Větší efektivita i u perzistující formy?

ATHENA registr (Europace 2026)

Data z PFA registru u FiS + HF (HFrEF i HFpEF)

Malý počet HF pacientů, dobrá efektivita abalce i u HF

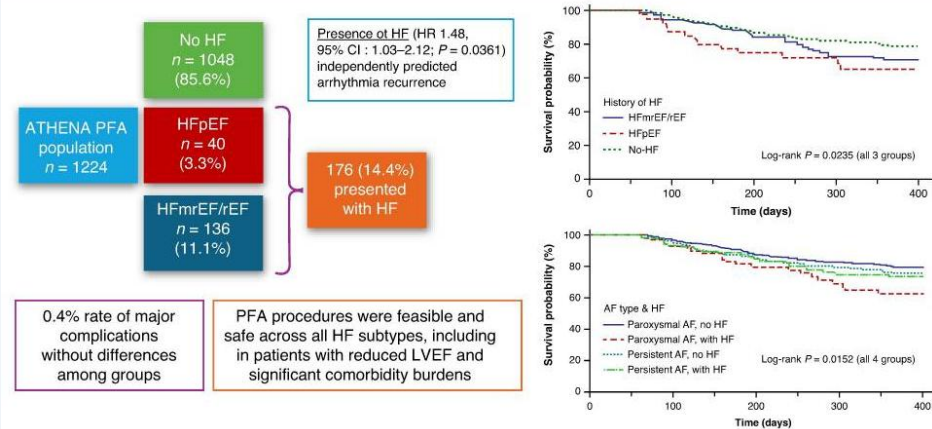
AVANT-GUARD (NEJM 2026)

RCT – PFA vs- AAD u perzistující FiS jako první volba

Superiorita PFA

Graphical abstract

Pulsed field ablation for atrial fibrillation in patients with heart failure: insight from the ATHENA registry





Závěr

FiS a HF jsou úzce provázány napříč celým spektrem EF LK

HFrEF: evidence
pro ablaci (CASTLE-AF),
zejm. u TIKMP

HFpEF: slibná data
(EAST-AFNET4, CABANA),
chybí dedikované studie

Selekce pacientů
je klíčová:
AF-CARE přístup

Chybí data z éry
PFA technologie