proLékaře.cz | 9.5.2024

doi: 10.14735/amcsnn2018607

Stanovisko Výboru Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti ČLS JEP k dlouhodobému holterovskému EKG monitoringu u pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou

Fibrilace síní (FS) je jednou z nejčastějších příčin ischemické CMP (iCMP) [1–6]. Nedetekovaná paroxysmální forma této arytmie se považuje za nejčastější příčinu iCMP u pacientů s kryptogenní iCMP, a to zejména u pacientů s klinickými a radiologickými charakteristikami svědčícími pro embolizační mechanizmus vzniku iCMP (embolic stroke of undetermined source) nebo u pacientů s laboratorními či echokardiografickými charakteristikami sdruženými s existencí FS [7–12].

Včasné zjištění paroxysmální FS po prodělané iCMP má zcela zásadní význam pro efektivní sekundární prevenci, a to v důsledku velmi vysokého rizika recidivy iktu v souvislosti s touto arytmií [13–15].

Výsledky velkých mezinárodních randomizovaných klinických studií prokázaly významně vyšší záchyt paroxysmální FS při použití dlouhodobého holterovského monitoringu ve srovnání s krátkodobým 24h monitoringem [15–16].

Výbor Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti doporučuje v souladu s platnými mezinárodními doporučeními [17,18] provedení dlouhodobého (až 30denního) holterovského EKG monitoringu u pacientů s nezjištěnou příčinou iCMP, zejména v případě klinických a radiologických charakteristik, které mohou svědčit pro embolizační mechanizmus vzniku iCMP, nebo u pacientů s laboratorními či echokardiografickými charakteristikami sdruženými s existencí FS, na základě negativního výsledku 24h EKG monitoringu nebo telemetrického monitoringu pacienta během hospitalizace pro iCMP.

Literatura

1. Friberg L, Rosenqvist M, Lindgren A et al. High prevalence of atrial fibrillation among patients with ischemic stroke. Stroke 2014; 45(9): 2599–2605. doi: 10.1161/STROKEAHA.114.006070.

2. Fauchier L, Clementy N, Pelade C et al. Patients with ischemic stroke and incident atrial fibrillation: a nationwide cohort study. Stroke 2015; 46(9): 2432–2437. doi: 10.1161/STROKEAHA.115.010270.

3. Perera KS, Vanassche T, Bosch J et al. Global survey of the frequency of atrial fibrillation-associated stroke. Stroke 2016; 47(9): 2197–2202. doi: 10.1161/STROKEAHA.116.013378.

4. Go AS, Mozzaffarian D, Roger VL et al. Heart disease and stroke statistics: 2014 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2014; 129(3): e28–e292. doi: 10.1161/01.cir.0000441139.02102.80.

5. Wachter R, Weber-Krüger M, Seegers J et al. Age-dependent yield of screening for undetected atrial fibrillation in stroke patients: the Find-AF study. J Neurol 2013; 260(8): 2042–2045. doi: 10.1007/s00415-013-6935-x.

6. Král M, Šaňák D, Školoudík D et al. Kardioembolizace je nejčastější příčinou akutní ischemické cévní mozkové příhody u pacientů přijatých do komplexního cerebrovaskulárního centra do 12 hodin od začátku příznaků – výsledky studie HISTORY. Cesk Slov Neurol N 2016; 79/112(1): 61– 67. doi: 10.14735/amcsnn201661.

7. Hart RG, Diener HC, Coutts SB et al. Embolic strokes of undetermined source: the case for a new clinical construct. Lancet Neurol 2014; 13(4): 429–438. doi: 10.1016/S1474-4422(13)70310-7.

8. Ntaios G, Papavasileiou V, Milionis H et al. Embolic strokes of undetermined source in the Athens stroke registry: a descriptive analysis. Stroke 2015; 46(1): 176–181. doi: 10.1161/STROKEAHA.114.007240.

9. Ntaios G, Papavasileiou V, Lip GY et al. Embolic stroke of undetermined source and detection of atrial fibrillation on follow-up: how much causality is there? J Stroke Cerebrovasc Dis 2016; 25(12): 2975–2980. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.08.015.

10. Patton KK, Heckbert SR, Alonso A et al. N-terminal pro-B-type natriuretic peptide as a predictor of incident atrial fibrillation in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis: the effects of age, sex and ethnicity. Heart 2013; 99(24): 1832–1836. doi: 10.1136/heartjnl-2013-304724.

11. Král M, Šaňák D, Veverka T et al. Troponin T in acute ischemic stroke. Am J Cardiol 2013; 112(1): 117–121. doi: 10.1016/j.amjcard.2013.02.067.

12. Favilla CG, Ingala E, Jara J et al. Predictors of finding occult atrial fibrillation after cryptogenic stroke. Stroke 2015; 46(5): 1210–1215. doi: 10.1161/STROKEAHA.114.007763.

13. Potpara TS, Lip GY. Ischemic stroke and atrial fibrillation – a deadly serious combination. Cerebrovasc Dis 2011; 32(5): 461–462. doi: 10.1159/000332030.

14. Wolf PA. Awareness of the role of atrial fibrillation as a cause of ischemic stroke. Stroke 2014; 45(2): e19–e21. doi: 10.1161/STROKEAHA.113.003282.

15. Gladstone DJ, Spring M, Dorian P et al. Atrial fibrillation in patients with cryptogenic stroke. N Engl J Med 2014; 370(26): 2467–2477. doi: 10.1056/NEJMoa1311376.

16. Sanna T, Diener HC, Passman RS et al. Cryptogenic stroke and underlying atrial fibrillation. N Engl J Med 2014; 370(26): 2478–2486. doi: 10.1056/NEJMoa1313600.

17. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T et al. 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2018; 49(3): e46–e110. doi: 10.1161/STR.0000000000000158.

18. Wein T, Lindsay MP, Coté R et al. Canadian stroke best practice recommendations: secondary prevention of stroke, sixth edition practice guidelines, update 2017. Int J Stroke 2018; 13(4): 420–443. doi: 10.1177/1747493017743062.

D. Šaňák, A. Tomek, M. Bar, R. Herzig, R. Mikulík, J. Neumann, O. Škoda, D. Školoudík, D. Václavík

Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti ČLS JEP