

# 2012 FOCUSED UPDATE OF THE ESC GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ATRIAL FIBRILLATION

<http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/atrial-fibrillation.aspx>

Eur Heart J 33 (2012): 2719-2747

## Kvalitetsutvalget har innhentet felles uttalelse fra:

Avdelingssjef, dr.med. Arnljot Tveit, Avdeling for medisinsk forskning, Vestre Viken HF

Overlege dr.med. Peter Schuster, Hjereteavdelingen, Haukeland universitetssykehus

### **Deres vurdering for norske forhold gjengis (noe forkortet av KU):**

Det aktuelle dokument er en fokusert oppdatering av **2010 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation**, i hovedsak motivert av at nye orale antikoagulantia og antiarytmika er kommet på markedet.

### Vurdering av risiko for hjerneslag

Oppdateringen innebærer en endring fra 2010-retningslinjene ved at en nå går rett på CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAsC-score for risikostratifisering av pasienter med atrieflimmer, istedenfor «grovscreening» med CHADS<sub>2</sub>-score. CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAsC-score er godt validert i flere store kohorter de siste årene og skiller bedre ved moderat og lav risiko for hjerneslag.

Nytt er også en presisering av at kvinner < 65 år uten andre tilleggsrisikofaktorer (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAsC score 1 på grunn av kjønn alene) skal anses som «true low risk» og ikke trenger oral antikoagulasjon. Det er belegg for dette i nylig publiserte studier.

### Nye orale antikoagulantia

Tre nye orale antikoagulantia (den direkte trombinhemmeren dabigatran og faktor Xa-hemmerne rivaroxaban og apixaban) beskrives i detalj i dokumentet. Det gis konkrete råd om dosering og forsiktighetsregler ved bruk av dabigatran og rivaroxaban ved atrieflimmer. Det er videre presentert en algoritme for håndtering av blødninger ved de nye orale antikoagulantia.

### Anbefalinger når det gjelder antitrombotisk behandling

Ved CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAsC-score på 0 anbefales ingen antitrombotisk behandling (klasse I-anbefaling, evidensnivå B)

Ved CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAsC-score 1 foreslås at man vurderer oral antikoagulasjon, men tar hensyn til blødningsrisiko og pasientens preferanser (IIa, B)

Ved CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAsC-score på 2 anbefales oral antikoagulasjon (IIa, A)

Når det er indikasjon for oral antikoagulasjon, foreslås at man for de fleste pasienter med ikke-valvulær atrieflimmer vurderer et av de nye orale antikoagulantia fremfor warfarin (IIa, A)

Acetylsalisylsyre anbefales nå kun til pasienter som ikke kan eller ikke vil bruke oral antikoagulasjon (IIa, B)

Dabigatran er tatt med som alternativ til warfarin i forbindelse med elektrokonvertering av atrieflimmer med > 48 timers varighet eller ukjent varighet, i minst 3 uker før og minst 4 uker etter prosedyren (I, B)

### Perkutan lukking av venstre atriums aurikkel

Perkutan lukking av venstre atriums aurikkel kan overveies hos pasienter med høy

slagrisiko og kontraindikasjoner mot oral antikoagulasjon (IIb, B)

### Konvertering med medikamenter

Vernakalant, godkjent for konvertering av atrieflimmer med varighet  $\leq 7$  dager (eller  $\leq 3$  dager etter hjertekirurgi), likestilles med flekainid, propafenon og ibutilid som klasse I-anbefaling (evidensnivå A) for pasienter uten eller med minimal strukturell hjertesykdom. Kontraindikasjonene er hypotensjon, akutt koronarsyndrom de siste 30 dager, hjertesvikt (NYHA III og IV), alvorlig aortastenose og forlenget QT-tid ( $> 440$  ms ukorrigert). Forsiktighet bør utvises ved hjertesvikt (NYHA 1-2) og EF  $\leq 35$  %.

Flytskjema - strukturell hjertesykdom er i forhold til tidligere flytskjema (ja-nei) delt inn i uttalt (amiodaron iv), moderat (ibutilid, vernakalant, amiodaron iv) og ingen (flekainid, ibutilid, vernakalant, amiodaron, propafenon iv)

### Orale antiarytmika

Det er ingen gode bevis for at angiotensinreseptorblokkerere (ARB) eller flerumettede fettsyrer forebygger forekomsten av atrieflimmer, men ACE-hemmere eller ARB sammen med antiarytmika etter konvertering kan muligens fortsatt forsvares ('may still be justified').

Etter konvertering for persisterende atrieflimmer anbefales det  $> 4$  uker antiarytmisk medikasjon. Mindre enn 4 uker kan vurderes hvis det er påvist medikamentbivirkninger eller sjeldne tilbakefall ('safety is more important than efficacy')

Dronedaron - oppdatering: Dronedaron er anbefalt som IA-medikament med moderat effekt ved paroksysmal AF og anbefales ikke ved permanent AF (IIIB). Kontroll av leverprøver er fortsatt anbefalt. Dronedaron skal ikke gis til pasienter med moderat eller alvorlig hjertesvikt (NYHA III-IV). Ved hjertesvikt NYHA klasse I-II er dronedaron et andrehåndvalg hvis man anser alternativene som enda sterkere kontraindisert

Flytskjema - forskjellen til tidligere er at dronedaron er fjernet for hjertesviktpasienter (også NYHA I og II)

### Kateterablasjon for atrieflimmer

Nytt fra forrige retningslinjer er at kateterablasjon er rimelig (reasonable) å anbefale som førstevalgs rytmekontroll for selekterte pasienter: Paroksysmal atrieflimmer og lav risikoprofil for prosedyrerelaterte komplikasjoner. Kateterablasjon oppfattes som effektiv, men det fremheves en fortsatt ikke ubetydelig komplikasjonsrate (ca. 5 %: vaskulære komplikasjoner, tamponade, hjerneslag, perikarditt).

For pasienter med hjertesvikt er det bare amiodaron igjen som antiarytmisk medikament. For ablasjon i denne pasientgruppen blir det fremhevet mindre sannsynlighet for suksess og noe høyere komplikasjonsrater, men i erfarne sentre kan suksessrik ablasjon forbedre venstre ventrikkels funksjon.

Antikoagulasjonsterapi (vitamin K-antagonister) blir anbefalt ikke å stoppe før ablasjon, heller legge INR i et lavt terapeutisk område (2-2,5)

Flytskjema - i forhold til tidligere flytskjema er det nå tatt med pasientens valg (patient choice) for alle former atrieflimmer.

### Anbefaling

Oppdateringen er først og fremst begrunnet i at man har fått flere nye medikamenter på markedet, samt at det er kommet ny kunnskap om etablerte medikamenter. Det er også tatt hensyn til ny kunnskap om risiko for hjerneslag.

### Kvalitetsutvalgets vurdering (møte 25.1.2013):

Kvalitetsutvalget oppfatter de oppdaterte atrieflimmer-retningslinjene som en presisering i retning av de forbehold vi tok i 2010 når det gjelder indikasjon for antikoagulasjon og medikamentell antiarytmisk behandling. De nye antikoagulantia gis en viss preferanse fremfor warfarin for en stor andel av pasientene med nonvalvulær atrieflimmer når det brukes på linje med publiserte studier (klasse IIa, evidensnivå A). Men det presiseres at man må holde seg strengt til godkjente indikasjoner, og det anbefales nøye overvåking i forhold til evt. nye bivirkninger. Kvalitetsutvalget bemerker

at det fortsatt er sparsomme data når det gjelder de nye antikoagulantia i forbindelse med radiofrekvensablasjon med lungeveinisolasjon, som i seg selv innebærer risiko for prosedyrerelatert tromboemboli. For dabigatran er det i skrivende stund tre studier med litt sprikende resultater, mens rivaroksaban og apixaban totalt mangler studier på denne populasjonen. På den annen side har man i Norge relativt god erfaring med Marevanbehandling generelt, og i forbindelse med kateterablasjon spesielt – med gjennomføring av prosedyre med INR i (nedre del av) terapeutisk intervall.

Indikasjonen for radiofrekvensablasjon av atrieflimmer er styrket fra IIa (evidensnivå A) i 2010 til klasse I (A) ved medikamentrefraktær paroksysmal atrieflimmer, forutsatt behandling på senter med stor erfaring. Ved anfallsvis persisterende og langvarig persisterende atrieflimmer er anbefalingen ikke endret (hvh. IIa (B) og IIb (C)). Indikasjonen for RF-ablasjon som førstelinjebehandling (før antiarytmika) ved paroksysmal atrieflimmer er også styrket fra IIb (B) til IIa (B). Kvalitetsutvalget mener

imidlertid fortsatt at det som hovedregel bør være forsøkt minst ett spesifikt antiarytmikum (utover vanlig betablokker) før invasive tiltak vurderes. Vi begrunner dette med signifikant forekomst av komplikasjoner også i de studier som anbefalingen bygger på og mener man ikke skal underverdere prosedyrerisiko selv på sentra med høyt volum.

Med disse presiseringer anbefaler vi at NCS gir sin tilslutning til de oppdaterte retningslinjene.

### **Kvalitetsutvalget presiserer:**

#### **Retningslinjer er råd, ikke regler**

Disse retningslinjer er ment som en støtte for legers kliniske beslutninger angående utredning og behandling. De beskriver flere mulige fremgangsmåter, som vil være passende for de fleste pasienter under de fleste omstendigheter. Bedømmelse og behandling av den enkelte pasient må gjøres av legen og pasienten i lys av den aktuelle pasients spesielle situasjon. Det vil dermed finnes situasjoner der det er akseptabelt å fravike retningslinjene.

Oslo den 25.1.2013

Ole-Gunnar Anfinsen  
leder  
(sign)

Tonje Amb Aksnes  
(sign)

Vernon Bonarjee  
(sign)

**NCS har i styremøte den 12.2.2013 gitt tilslutning til disse retningslinjer, med ovennevnte reservasjon.**