

NCS – KVALITETSUTVALGET

2020 ESC GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ATRIAL FIBRILLATION DEVELOPED IN COLLABORATION WITH THE EUROPEAN ASSOCIATION OF CARDIO- THORACIC SURGERY (EACTS)

Arnljot Tveit, professor og avdelingssjef,
Institutt for Klinisk medisin, Universitetet i
Oslo og Avdeling for Medisinsk forskning,
Bærum Sykehus, Vestre Viken HF

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

De europeiske retningslinjene for atrieflimmer oppdateres hvert fjerde år. Årets utgave ble presentert og publisert i forbindelse med den digitale ESC-konferansen i august. Igjen har vi fått et omfattende dokument

som presenterer dagens kunnskapsnivå og anbefalinger for behandling, med særlig vekt på studier som er nye siden forrige versjon i 2016. I tillegg til fulltekst-dokumentet er det publisert både en kortversjon både i pocket-format og app-versjon.

De største nyhetene er en ny didaktisk tilnærming og bedre illustrasjoner. I årets retningslinjer plasseres pasienten i sentrum for en tverrfaglig oppfølging der kardiologen deler ansvar med fastlege, atrieflimmersykepleier og pasientens egen

familie/omsorgspersoner, mens elektrofy- siologen har en mer perifer rolle og behand- ler selekterte pasienter. Det legges vekt på involvering av pasienten selv i behand- lingen. Både alle de ulike faggruppene og pasientene selv har vært representert i skriveprosessen, og målet er at dokumentet skal være forståelig og lesbart for alle.

Bedret didaktikk innebærer nye «huskereglene» som «CC to ABC» (Confirm AF, Characterize AF), «The 4S-AF-scheme» (Stroke risk, Symptom severity, Symptom burden, Substrate severity) og «Treat AF: The ABC pathway» (Anticoagulation/ Avoid stroke, Better symptom control, Comorbidities/Cardiovascular risk factor management).

Vi presenterer i det følgende noen av de emnene vi finner mest relevante. Listen er ikke komplett, så vi anbefaler interesserte lesere å gå til full tekst-dokumentet.

Diagnostikk og screening

- Diagnosen «klinisk atrieflimmer» hviler på påvist atrieflimmer enten i en 30-sek- unders rytmeregistrering (for eksempel Holter eller én-avlednings-EKG) eller 12-kanalers-EKG (10 s). Man diskutere også betydningen av «subklinisk atrieflimmer» (atrial high rate episodes (AHRE) registrert i implanterte pace- makere og ICD-er eller arytmi-suspekte registreringer fra «wearables» (smart- klokke, pulsbelter eller annen ikke- medisinsk elektronikk)). Hovedregelen er at subklinisk atrieflimmer bør verifiseres med EKG.
- 2016-retningslinjene anbefalte «opportu- nistisk screening hos personer > 65 år», dvs. pulspalpasjon eller EKG når pasien- ten likevel har legekontakt. Dette opp- rettholdes (I, B), men årets retningslinjer anbefaler også systematisk å følge opp AHRE i pacemakere og andre implanterte enheter (I, B), og man kan vurdere syste- matisk screening (hele befolkningsgrup- per ut fra alder > 75 år eller antatt økt risiko av annen årsak (IIa, B)). «Weara- bles» kan åpenbart gi mye informasjon, men vi har foreløpig ikke nok kunnskap til at det gis noen anbefaling om bruk av disse. Ved screening for atrieflim- mer anbefales det at a) personene som

gjennomgår screening blir informert om betydningen av og behandlingssimpli- kasjonene ved å oppdage atrieflimmer, b) en strukturert henvisningsplattform finnes for screen-positive tilfeller, slik at disse blir fulgt opp av lege med tanke på klinisk evaluering, bekrefte eller avkrefte diagnosen og eventuelt iverksette opti- mal behandling og c) definitiv diagnose av atrieflimmer i screening-positive tilfel- ler blir etablert først etter at legen har bekreftet atrieflimmer i EKG-opptaket med én avledning ≥ 30 s eller 12-avled- nings-EKG (I, B).

Vurdering: Disse presiseringene synes riktige og nyttige i en tid der både nytten av screening ved hjelp av én-avlednings- EKG og «wearables» undersøkes i mange forskningsprosjekter internasjonalt.

Strukturert helhetlig tilnærming og pasientmedvirkning

- Som nevnt innledningsvis bør alle pasi- enter med atrieflimmer gjennomgå en strukturert utredning og karakterisering som inkluderer risiko for hjerneslag, grad av symptomer (EHRA-skår, livskvalitet), atrieflimmer-byrde (hvor ofte og/eller hvor lenge) og kartlegging av underlig- gende substrat eller komorbiditet (IIa, C).
- Vekttap anbefales til overvektige, særlig hos pasienter som skal til ablasjon, for å redusere flimmerbyrde og øke sjansen for gunstig resultat av behandlingen (I, B).
- God blodtrykkskontroll er viktig for alle pasienter med hypertensjon, for å redu- sere atrieflimmer-tilbakefall og risiko for hjerneslag og blødninger (I, B).
- Fysisk aktivitet kan medvirke til å redu- sere forekomst av atrieflimmer (IIa, C), men overdrevet utholdenhetstrening kan ha motsatt effekt.
- Behandling av obstruktiv søvnapné for å redusere risiko for atrieflimmer er ned- gradert fra 2016 (IIa, C) til 2020 (IIb, C). Dette er i tråd med nøytrale forsknings- resultater publisert av blant andre Traaen og medarbeidere i samarbeidsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus og St. Olavs hospital i Trondheim.

- Det anbefales å registrere pasientrapporterte resultater/utfall («patient reported outcomes, PRO's») i klinisk rutine for å måle suksess og forbedre pasientbehandling (I, C).

Vurdering: En helhetlig og tverrfaglig tilnærming til pasientene med atrieflimmer er både tidsriktig og godt vitenskapelig begrunnet. Man har nå støtte i randomiserte studier og registerstudier for at tiltak mot livsstilsfaktorer og underliggende sykdomstilstander kan redusere forekomsten av atrieflimmer (RACE 3, Cardio-Fit).

Det presiseres at begrepene «lone fibillation» og «valvular/non-valvular atrieflimmer» er uklare og ikke bør brukes. «Kronisk atrieflimmer» er også et uklart uttrykk som bør utgå fordi det kan ha forskjellige betydninger. Permanent atrieflimmer betegner pasienter som har atrieflimmer hele tiden og hvor man ikke har noen intensjon om å få tilbake sinusrytme. Den norske ICD-10 diagnose-klassifikasjonen bruker «I48.2 Kronisk atrieflimmer» om det som tilsvarer permanent atrieflimmer.

Forebygging av hjerneslag

- Hovedlinjene for antikoagulasjonsbehandling er uendret fra tidligere.
- Risiko for blødning og hjerneslag bør re-evalueres med jevne mellomrom (I, B). Hos pasienter med lav initial risiko bør første re-evaluering skje etter 4-6 måneder (IIa, B).
- For å vurdere blødningsrisiko anbefales det å bruke en strukturert risikoskår for å påvise både modifiserbare og ikke-modifiserbare risikofaktorer (I, B). HAS-BLED-skår kan være en hjelp for å behandle modifiserbare risikofaktorer og identifisere pasienter som har behov for intensivt oppfølging (IIa, B), men økt blødningsrisiko bør ikke i seg selv utelukke antikoagulasjonsbehandling.
- Langtids antikoagulasjonsbehandling bør vurderes ved atrieflimmer som oppstår i forløpet av ikke-kardial kirurgi (IIa, B) og kan vurderes ved atrieflimmer som oppstår i forløpet av hjertekirurgi (IIb, B).
- Hos pasienter som har gjennomgått intrakraniell blødning, men som har høy risiko for hjerneslag, bør man, i samråd med nevrolog/hjerneslagsspesialist og etter nøye vurdering av risiko og nytte, vurdere gjenoppstart av oral antikoagulasjon (IIa, C).

Vurdering: En påminnelse om å revurdere risiko for hjerneslag med visse intervaller og veie opp mot blødningsrisiko er nyttig og støttes.

Konvertering

- NOAK anbefales før og etter konvertering med minst like høy sikkerhet og effektivitet som warfarin (I, A).
- Effektiv antikoagulasjonsbehandling bør startes så snart som mulig før enhver konvertering av atrieflimmer eller atrieflutter (IIa, B).
- Hos pasienter med atrieflimmer-varighet > 24 timer som gjennomgår konvertering bør terapeutisk antikoagulasjon fortsette i minst 4 uker uavhengig av CHA₂DS₂-VASc-skår, også etter vellykket konvertering til sinusrytme (IIa, B). Antikoagulasjonsbehandlingen kontinueres utover 4 uker dersom CHA₂DS₂-VASc-skår tilsier det. Hos pasienter med sikker varighet av atrieflimmer < 24 timer før konvertering og svært lav risiko for hjerneslag (CHA₂DS₂-VASc skår på 0 hos menn og 1 hos kvinner) kan man avstå fra 4 uker antikoagulasjonsbehandling («OAC optional») (IIb, C).
- Transøsofagus-ekkokardiografi for å utelukke kardiaale tromber og tidlig konvertering har en relativt sterk anbefaling (I, B) som alternativ til 3 uker med antikoagulasjonsbehandling før elektrokonvertering ved atrieflimmer av > 48 timers varighet.
- Farmakologisk konvertering er aktuelt kun hos hemodynamisk stabile pasienter etter vurdering av risiko for tromboemboli (I, B). Hos pasienter med syk sinusknutesyndrom, atrieventrikulære ledningsforstyrrelser eller forlenget QTc (> 500 msec) bør farmakologisk konvertering ikke forsøkes med mindre man har gardert seg mot bradykardi og proarytmi (III, C).

Vurdering: Dette innebærer en nyansering i forhold til tidligere retningslinjer når det gjelder konvertering av atrieflimmer med 24 - 48 timers varighet, i retning av mer eksplisitt anbefaling av oppstart og fortsatt antikoagulasjonsbehandling i 4 uker. Anbefalingen hviler først og fremst på Finnish CardioVersion study (JAMA 2014; 312: 647-48).

Medikamentell antiarytmisk behandling

- Amiodaron er oppgradert fra Ila, C i 2016 til I, A i 2020 når det gjelder langtids rytmekontroll, riktignok fortsatt med en presisering av at man pga. bivirkningsprofil bør vurdere andre antiarytmika først.
- Sotalol er nedgradert fra I, A i 2016 til IIb, A i 2020 når det gjelder langtids rytmekontroll hos pasienter med normal venstre ventrikelfunksjon eller iskemisk hjertesykdom. Hvis man bruker Sotalol, er det en sterk anbefaling om monitorering av QT-intervall, serum-kalium, nyrefunksjon og andre risikofaktorer for proarytmi (I, B).
- Dronedaron og flekainid har uendrede indikasjoner og anbefalinger som tidligere (I, A med reservasjon for henholdsvis hjertesvikt (dronedaron) eller strukturell hjertesykdom/ kjent koronarsykdom (flekainid)).
- Ved bruk av flekainid for langtids rytme-kontroll anbefales samtidig bruk av AV-knuteblokkerende medikament (IIa, C).

Vurdering: Vi er betenkt dersom oppgradering av anbefalingen for amiodaron medfører lavere terskel og økt bruk av dette medikamentet med tanke på bivirkningsprofilen. Flekainid er et medikament man skal ha respekt for, men vi ser av og til overdrevet frykt for å bruke dette preparatet, basert på CAST-studien som undersøkte en helt annen pasientpopulasjon og problemstilling (ventrikulære ekstraslag hos postinfarkt-pasienter).

Kateterablasjon

- Ablasjon som andrelinje-behandling (ved utilstrekkelig effekt av medikamentell antiarytmisk behandling) har fått styrket

anbefaling når det gjelder persisterende atrieflimmer. Nå vurderes disse pasientene på linje med paroksysmal atrieflimmer (I, A), mot tidligere IIa, B.

- I stedet for å skille persisterende atrieflimmer i varighet over eller under 12 måneder (anfallsvis persisterende versus langtids persisterende) deler man nå inn i persisterende atrieflimmer med eller uten risikofaktorer for tilbakefall. Disse risikofaktorene omfatter betydelig forstørret venstre atrium, høy alder, langvarig atrieflimmer, nyresvikt eller annen kardiovaskulær sykdom.
- Ablasjon som førstelinjebehandling (uten først å forsøke antiarytmisk medikasjon) får anbefaling IIa, B for paroksysmal (uendret) og IIb, C for persisterende atrieflimmer uten risikofaktorer (ny anbefaling), men anses ikke aktuell for persisterende atrieflimmer med risikofaktorer for tilbakefall.
- Ablasjonsbehandling er oppgradert for utvalgte pasienter med hjertesvikt. Ved holdepunkt for takykardibetinget hjertesvikt har ablasjonsbehandling som førstelinje-tiltak fått en sterk anbefaling (I, B) for å reversere venstre ventrikkel-dysfunksjon. Basert på studier som Castle-AF og AMICA er det også en anbefaling om ablasjonsbehandling for utvalgte pasienter med hjertesvikt (HFrEF) med mål om bedret overlevelse og reduksjon av sykehusinnleggelse (IIa, B).
- Samtidig ablasjon av cavotricuspidal isthmus og lungeveenisolasjon ved tidligere påvist atrieflutter er nedgradert fra IIa, B i 2016 til IIb, B i 2020.
- Ablasjon utover lungeveenisolasjon (eksempelvis linjer) kan vurderes, men har bare svak anbefaling (IIb, B).
- Ablasjon av atrieflimmer hos pasienter med medfødt hjertefeil kan vurderes i høyt spesialiserte sentra, men har bare en meget svak anbefaling (IIb, C).

Vurdering: De nye anbefalingene avviker i liten grad fra de henvisningene vi allerede mottar til ablasjonsbehandling. Det kan være en utfordring å skille takykardimedierte hjertesvikt fra pasienter med atrieflimmer

sekundært til hjertesvikt av andre årsaker (eks: postinfarkt eller dilatert kardio-myopati). Dette kan ha stor betydning for sannsynligheten for å kunne reetablere stabil sinusrytme. Hos alle pasienter med persisterende atrieflimmer som henvises til ablasjonsbehandling, må man på forhånd vurdere sannsynligheten for å oppnå gunstig resultat av ablasjonsbehandlingen og veie det mot risiko for prosedyrrelaterte komplikasjoner.

Andre tilstander

De nye retningslinjene inneholder også egne kapitler om atrieflimmer i forbindelse med koronarsykdom og PCI, hjerneslag, klaffe-feil, kronisk nyresvikt, svangerskap og flere andre tilstander. Anbefalingene er stort sett godt koordinert på tvers av ulike retningslinjer fra ESC.

Samlet anbefaling

Vi anbefaler leserne å benytte den store kunnskapskilden ESC har samlet i forbindelse med atrieflimmer- retningslinjene 2020, og vi mener Norsk Cardiologisk Selskap kan gi sin tilslutning til disse.

Kvalitetsutvalgets vurdering, møtedato 27.1.2021

Hovedpunktene i de nye retningslinjene for diagnose og behandling av atrieflimmer er godt oppsummert av fagekspertene ovenfor. De viktigste punktene er omtalt av våre eksperter med nødvendige kommentarer og anbefalinger. I samsvar med ekspertenes konklusjon vil kvalitetsutvalget anbefale 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.

Kvalitetsutvalget i NCS

Vernon Bonarjee
leder
(sign.)

Assami Rösner
(sign.)

Trine S. Fink
(sign.)

NCS har i styremøte 9.2.2021 gitt tilslutning til disse retningslinjer, med ovennevnte reservasjon.