

ATRIEFLIMMER VED EN HJERTEMEDISINSK AVDELING

Christine Høyvik¹, Catriona Pelly¹, Jan Pål Loennechen².
¹NTNU, ²Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital.

Atrieflimmer er den hyppigste vedvarende arytmien med en prevalens på 1-2 % (1-2). De siste tiårene har behandlingen av atrieflimmer endret seg fra en relativt avventende til en systematisk aktiv tilnærming, sterkt støttet av internasjonale retningslinjer (3-4). Dette skyldes økt forståelse av risikoen ved atrieflimmer, spesielt for emboliske hjerneslag, og utviklingen av mer effektiv ablasjonsbehandling. Atrieflimmer er en residiverende og i stor grad progredierende sykdom slik at en må ta stilling til frekvensregulering, rytmebehandling og antitrombotisk behandling både på kort og lang sikt. Moderne behandling av atrieflimmer har derfor blitt kompleks og krever oppdatert kunnskap og mye ressurser.

For å få bedre oversikt over forekomst og behandling av atrieflimmer i vår klinikk valgte vi å kartlegge alle pasienter med atrieflimmer innlagt i løpet av ett år.

Metode

Alle pasienter som ble innlagt ved Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital i 2008 med diagnosen I 48, atrieflimmer og atrieflutter (AF), ble inkludert. Kliniske opplysninger ble hentet fra det elektroniske journalsystemet Doculive. For å vurdere andelen med manglende diagnosekoding av AF, ble alle innleggelsene ved avdelingen i februar 2008 gjennomgått.

Resultater

Alder, kjønn, hoveddiagnoser og liggetid

Av 6295 innleggelser ved Klinikk for hjertemedisin i 2008, hadde 1436 (23 %) diagnosen AF. Totalt var 1052 pasienter innlagt med diagnosen. Av disse var 63 % menn med median alder på 69 år, mens kvinnenes medianalder var 80 år. Pasienten

med flest innleggelser var innlagt 12 ganger i 2008, og 22 % av pasientene var innlagt 2 ganger eller mer. AF var hoveddiagnosen ved 52 % av innleggelsene og bidiagnose ved de øvrige. Hoveddiagnoser og liggetider er angitt i tabell 1. Median liggetid ved hoveddiagnose AF var 1 døgn og ved annen hoveddiagnose 3 døgn.

Validering av diagnosesetting

I februar 2008 var det 526 innleggelser uten diagnosekoden I 48. Ved 14 av disse (3 %) hadde pasienten likevel AF under oppholdet og ved 20 (4 %) var AF kjent fra tidligere innleggelser. Av 1437 opphold med diagnosekoden I 48 viste det seg at kun ett var feilaktig kodet ved at pasienten ikke hadde AF.

Slagrisiko og antitrombotisk behandling

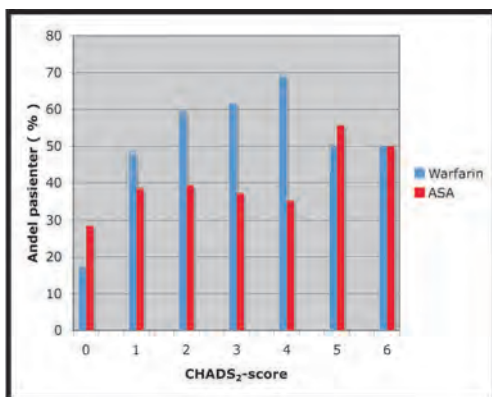
De hyppigst journalførte risikofaktorene for slag var hypertensjon (36 %), hjertesvikt (25 %), tidligere cerebral iskemisk hendelse (14 %) og diabetes mellitus (14 %). Median CHADS₂-score var 1 ved AF som hoveddiagnose og 2 ved AF som bidiagnose. I figur 1 presenteres antitrombotisk behandling ved ulike CHADS₂-score. Pasienter som i følge journal kun brukte antikoagulasjon på kort sikt grunnet planlagt eller gjennomført konvertering eller ablasjon er ekskludert.

Ved 593 innleggelser hvor det var klar indikasjon for antikoagulasjon med

Tabell 1. Hoveddiagnoser ved innleggelse (n=1436)

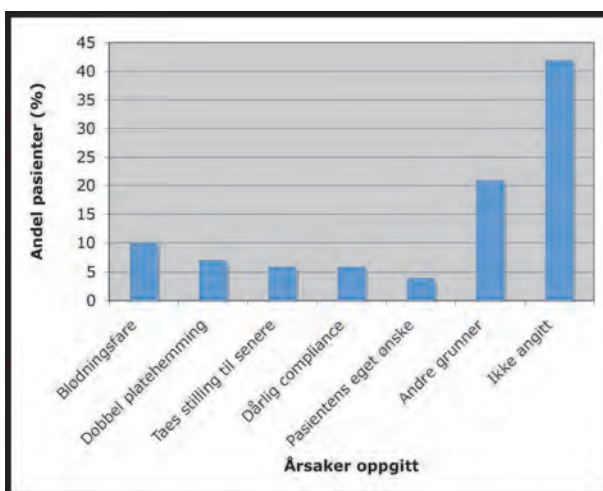
Hoveddiagnose	Antall (%)	Liggetid, dager
Atrieflimmer eller atrieflutter	745 (52)	1 (0-7)
Hjertesvikt	134 (9)	5 (1-23)
Koronarsykdom	226 (16)	4 (1-16)
Klaffefeil	35 (2)	6 (1-23)
Andre kardiale diagnoser	55 (4)	3 (0-28)
Andre ikke-kardiale diagnoser	239 (17)	3 (0-15)

Liggetid er angitt som median (5-95 persentil).



Figur 1: Antitrombotisk behandling med ASA og warfarin hos pasienter med ulik CHADS₂-score. Pasienter på dokumentert korttidsbehandling med warfarin er ekskludert.

CHADS₂-score ≥ 2 , ble det ved 213 (36 %) ikke brukt warfarin ved utreise. De hyppigst oppgitte årsakene til dette er angitt i figur 2. Av andre årsaker ikke spesifisert i figur var falltendens, vanskelig regulerbar INR, alvorlig komorbiditet og planlagt/nettopp utført operasjon. Ved 93 (16 %) av innleggelsene med CHADS₂-score ≥ 2 var årsak til manglende antikoagulasjon ikke oppgitt i journal. Det vil si at 18 % av pasientene med CHADS₂-score ≥ 2 ikke hadde journalført grunn til manglende antikoagulasjonsbehandling. Dette fordelte seg likt mellom kvinner og menn.



Figur 2. Journalførte årsaker til fravær av antikoagulasjonsbehandling ved CHADS₂-score ≥ 2 .

Andelen pasienter med risiko for hjerneslag basert på CHADS₂- og CHA₂DS₂-VASc-score er presentert i figur 3. CHADS₂-score og CHA₂DS₂-VASc-score var ≥ 2 ved henholdsvis 44 % og 75 % av innleggelsene, og ≥ 1 ved 75 % og 88 % av innleggelsene.

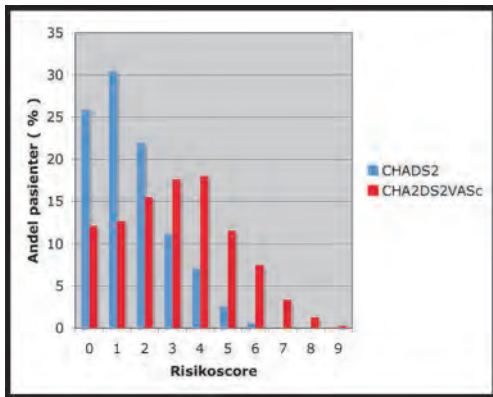
Diskusjon/aktuelle problemstillinger

I stedet for en tradisjonell diskusjon har vi valgt å fokusere på tre problemstillinger som ble belyst av studien.

Organisering av atrieflimmerbehandlingen

I løpet av 2008 hadde 23 % av pasientene innlagt ved Klinikk for hjertemedisin diagnosen AF. Dersom en i tillegg korrigerer for mangelfull diagnosesetting, gjelder det nesten en tredjedel av innleggelsene. Over en femtedel av pasientene med AF var innlagt flere ganger, med 12 innleggelser på det meste.

Funnene i studien viser at vurdering og behandling av atrieflimmerpasienter utgjør en stor del av både vakt- og hverdagsarbeidet i avdelingen. Internasjonale retningslinjer gir relativt klare anbefalinger om behandling (3-4), men disse er omfattende, og det kreves bred individuell vurdering av hver pasient. Atrieflimmer er i de fleste tilfellene en residiverende og progredierende sykdom, slik at en før utreise også må planlegge langtidsbehandlingen. Da forløpet ikke kan forutsies for den enkelte, er det utfordrende å formidle videre oppfølging både til pasient, fastlege og egen poliklinikk. Blant annet som et resultat av studien gjennomfører vi ved vår klinikk nå en full gjennomgang av pasientforløpet ved AF. Etter vår mening er det viktig å ikke overspesialisere atrieflimmerbehandlingen. Det er vesentlig å involvere allmennleger, andre sykehusleger og kardiologer i behandlingkjeden. Hovedmålet må være å unngå feilbehandling og frustrerte pasienter som har fått ulike beskjeder fra sine leger.



Figur 3. Fordeling av CHADS₂ og CHA₂DS₂VASc-score ved innleggelse for atrieflimmer i 2008.

Underbehandling med antikoagulantia ved atrieflimmer

Ved 36 % av utskrivelsen i studien var pasientene ikke antikoagulert med warfarin til tross for indikasjon for dette. Hos 18 % av pasientene med klar indikasjon for antikoagulasjon var grunn til manglende behandling ikke anført. Dette stemmer godt overens med internasjonale studier hvor andelen uten antikoagulasjon i de fleste studier er større (5). Da beslutningen om antikoagulasjon er en sammensatt klinisk beslutning, var det ikke mulig å overprøve vurderingene ut fra journalopplysningene. Likevel var det klart at manglende antikoagulasjon hos disse pasientene medførte en betydelig slagrisiko. Gruppen med CHADS₂-score \geq 2 uten antikoagulasjon hadde en median CHADS₂-score på 3 med estimert slagrisiko 5,9 % / år (6). Dette tilsvarer 11 slag per år. Ser en kun på pasientene hvor grunn til manglende antikoagulasjon ikke var angitt, er tilsvarende tall 5 slag per år. Ut fra relativt robuste studier kan en anslå at over 60 % av disse kunne ha vært unngått med antikoagulasjonsbehandling (7). Selv om dette er estimater med klare begrensninger, gir det en pekepinn om konsekvensene av manglende antikoagulasjon. Etter vår mening bør indikasjon for antikoagulasjon ved AF vurderes ved hver pasientkontakt. Konklusjonen bør journalføres, eventuelt kan en henvisse til tidligere vurderinger. Det er mulig innføringen av de nye antikoagulantia vil øke andelen med atrieflimmerpasienter som får antikoagulasjon i henhold til retningslinjene.

Retningslinjer for antikoagulasjon ved atrieflimmer

Til tross for et godt vitenskapelig grunnlagsmateriale er anbefalingene for antikoagulasjon ved atrieflimmer ulike i de internasjonale retningslinjene (3-4). Den største forskjellen ligger i om retningslinjene støtter seg til CHADS₂-score eller CHA₂DS₂VASc-score som beslutningsverktøy for antikoagulasjon. Mens CHADS₂-baserte retningslinjer legger terskelen for antikoagulasjon ved en estimert slagrisiko på rundt 4 %/år, legges den ved omtrent 2 %/år ved CHA₂DS₂VASc-baserte retningslinjer. Basert på de CHA₂DS₂VASc-baserte europeiske retningslinjene fra 2010 ville antikoagulasjon vært foretrukket behandling ved 88 % av innleggelsene i studien. Det tilsvarende tallet er kun 44 % basert på de CHADS₂-baserte amerikanske retningslinjene, dersom en ikke velger antikoagulasjon av pasienter med CHADS₂-score på 1.

Kvalitetsutvalget i Norsk Cardiologisk Selskap (NCS) har vurdert de europeiske retningslinjene for atrieflimmerbehandling og mener at: "CHADSVASC-score gir nyttig tilleggsinformasjon til den enklere CHADS₂-scoren når det gjelder å gradere risiko for tromboemboliske komplikasjoner. Som våre eksperter antyder kan det dog diskuteres om det er belegg for en så stor utvidelse av indikasjonen for antikoagulasjonsbehandlingen som retningslinjene gir rom for. Man må være bevisst på individuell indikasjonsstilling, og i mange tilfeller kan det fungere bedre å bruke CHADSVASCscore =2 heller enn score =1 som tiltaksgrense for antikoagulasjon." (8). Praksisen ved Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs Hospital, følger i stor grad disse anbefalingene fra European Society of Cardiology modifisert av NCS. Dette gjelder derimot ikke ved Slagenheten, St Olavs Hospital hvor en følger de CHADS₂-baserte Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag fra 2010 (9). Dette medfører at ved 31 % av innleggelsene i studien ville pasientene ha fått antikoagulasjon ved Klinikk for hjertemedisin, mens de ikke ville ha fått det ved Slagenheten etter rådende praksis. Samme pasienten kan altså få vidt forskjellig behandling basert på hvilke retningslinjer legen velger å følge. Det er behov for felles enighet om antiko-

gulasjon ved atrieflimmer på nasjonalt nivå. Dokumentasjon av de nye antikoagulantia i store randomiserte studier har gitt behov for revisjon av både nasjonale og internasjonale retningslinjer for antikoagulasjon ved AF (10-12). En bør benytte anledningen til å utforme en nasjonal konsensus med støtte i de berørte fagmiljøene. Vi oppfordrer NCS til å ta en del av ansvaret for at dette skjer.

Konklusjon

Den systematiske gjennomgangen av innleggelsene med AF ved Klinikk for hjertemedisin har gitt nyttig informasjon om omfanget av tilstanden og et innblikk i kvaliteten på den behandlingen som gis. Studien har bidratt til en full gjennomgang av pasientforløpet ved AF ved klinikken og vil forhåpentligvis føre til en bedre og mer rasjonell behandlingsskjede. I tillegg belyser studien det praktiske omfanget av de endrede og til dels sprikende retningslinjene for antikoagulasjon ved AF.

Referanser

1. Stewart S, et al. Population prevalence, incidence, and predictors of atrial fibrillation in the Renfrew/Paisley study. *Heart* 2001;86:516-521.
2. Lip GY, et al. A survey of atrial fibrillation in general practice: the West Birmingham Atrial Fibrillation Project. *Br J Gen Pract*. 1997;47:285-9.
3. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2010;31:2369-429.
4. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2006;27:1979-2030.
5. Ogilvie IM, et al. Underuse of oral anticoagulants in atrial fibrillation: a systematic review. *Am J Med*. 2010;123:638-45.
6. Gage BF, et al. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *JAMA* 2001;285:2864-2870.
7. Hart RG, et al. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 2007;146:857-867.
8. NCS-kvalitetsutvalget. *Hjerteforum* 2011;2:9-13
9. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Nasjonale retningslinjer. Helsedirektoratet. IS-1688
10. Connolly SJ, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009;361:1139-1151.
11. Patel MR, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011;365:883-891
12. Granger CB, et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011;365:981-992