

ESC guidelines förmaksflimmer 2020

I samband med årets ESC-kongress publicerades nya guidelines för förmaksflimmer. Dessa ersätter guidelines från 2016 och årets version innehåller en hel del intressanta nyheter.

Diagnostik och screening

Diagnosen förmaksflimmer måste bekräftas med EKG-registrering eller rytmremsa av god kvalitet där flimmer påvisas under minst 30s. För screening är rekommendationerna oförändrade, opportunistisk screening rekommenderas för alla över 65 år. Opportunistisk screening rekommenderas också bland hypertoniker och kan övervägas för patienter med sömnapné.

Integrerat omhändertagande

Integrerat omhändertagande syftar till att patienten ska få optimal behandling och full information om de behandlingsmöjligheter som finns, psykosocialt omhändertagande, livsstilsfaktorer och följsamhet till behandlingen. För detta krävs strukturerat och multidisciplinärt omhändertagande med flimmersköterska, kardiolog och primärvårdsläkare. Förstås patienten i centrum.

4S

Strukturerat karakteriserande av patientens förmaksflimmer hjälper till att ge en individuellt optimerad behandling. Värdera enligt 4S.

Stroke risk-CHA₂DS₂-VASc används för att värdera strokerisken.

Symptom severity-symptomvärdering med hjälp av EHRA-skalan.

Severity of AF burden-vilken typ av flimmer har patienten (paroxysmalt, persisterande, long-standing persisterande eller permanent) och hur ofta och hur långa episoder.

Substrate severity-kardiovaskulära riskfaktorer och förmaksutseende och funktion.

ABC

Användande av ABC har visats påverka hårda end points som död och säkerställer att flimmerpatienten får adekvat omhändertagande på olika nivåer inom sjukvården.

Anticoagulation/avoid stroke

CHA₂DS₂-VASc rekommenderas fortsatt för att värdera strokerisken. En nyhet är att HAS-BLED åter finns med i rekommendationerna efter att ha tagits bort 2016. Det trycks dock på att en score på ≥ 3 inte ska användas som en anledning för att undanhålla patienten från behandling utan för att "flagga" för att patienten ska följas noga och att de riskfaktorer som är påverkbara ska åtgärdas.

Better symptom control

För frekvenskontroll gäller samma riktlinjer som tidigare med frekvensmål <110 slag/min om patienten mår bra. För lungvensisolering har persisterande flimmer delats in i grupperna utan/med riskfaktorer för flimmerrecidiv. För gruppen persisterande utan riskfaktorer kan lungvensisolering som förstahandsåtgärd vara aktuellt och har en klass IIb-rekommendation medan det hos gruppen med riskfaktorer endast kan vara aktuellt i undantagsfall och endast rekommenderas efter det att antiarytmisk behandling har falerat. För dem med paroxysmalt eller persisterande flimmer med hjärtsvikt och nedsatt EF är lungvensisolering en klass I-rekommendation när takykardiomyopati bedöms vara orsak till den nedsatta vänsterkammarmfunktionen. Baserat på data från nya studier kan ablation övervägas som en klass IIa-rekommendation för sänkt mortalitet och minskat antal sjukhusinläggningar.

Cardiovascular risk factors and concomitant diseases: detection and management

Innebär identifiering och omhändertagande av samtidiga sjukdomar, kardiometabola riskfaktorer och ohälsosamma livsstilsfaktorer. De livsstilsfaktorer som är aktuella är övervikt, alkohol och fysisk inaktivitet. Livsstilsintervention i samband med lungvensisolering är en klass 1-rekommendation!

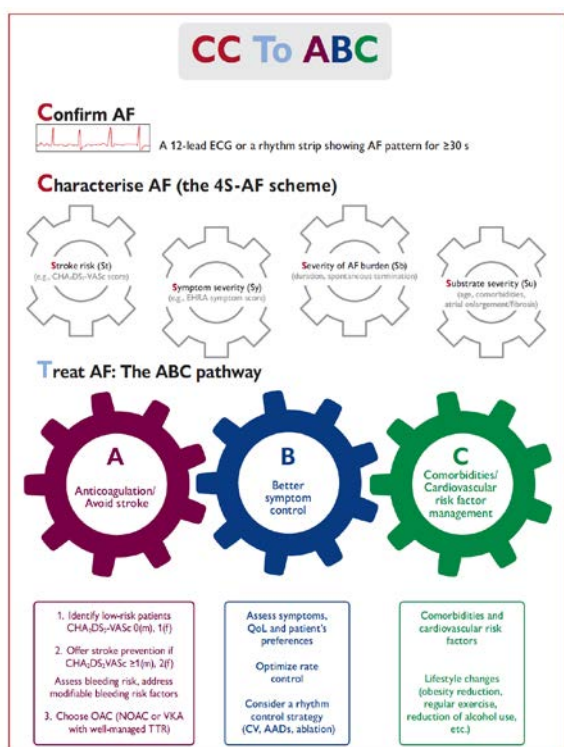
Antikoagulation vid akut konvertering

Som i tidigare guidelines ges en klass IIa rekommendation för konvertering inom 48 h från symptomdebut utan föregående antikoagulantibehandling. I aktuella riktlinjer har adderats ett flödesschema med vilka tidsintervall och vilka patienter som betraktas som ideala för åtgärden. Bland de nyheter som kan väcka diskussion märks framförallt rekommendationen att alla patienter som konverteras >24 timmar efter symptomdebut ska behandlas med antikoagulantia i minst fyra veckor oavsett risknivå (klass IIA-rekommendation) och möjlighet att avstå från detta finns endast för dem som konverterats inom 24 timmar och har en mycket låg strokerisk, CHA₂DS₂-VASc 0 för män och 1 för kvinnor (klass IIB-rekommendation). HRG upplever denna uppdelning som svår att applicera i praktiken och baserad på svag vetenskaplig grund.

Sammanfattningsvis bedömer vi att guidelines är adekvata och välskrivna. Användande av 4S och ABC kan också i Sverige medföra att fler patienter med förmaksflimmer får optimalt omhändertagande. Arbetet med livsstilsfaktorer behöver byggas ut inom flimmervården i Sverige och erbjudas alla patienter, framförallt inför ablationsbehandling.

För HRG

Tord Juhlin



Figur 1. CC To ABC hjälper till att ge patienten ett adekvat omhändertagande på alla nivåer av sjukvården.