

## ESCs nya riktlinjer för förmaksflimmer (Guidelines for the management of atrial fibrillation, 2010): Kommentarer från Svenska Cardioloföreningens Arbetsgrupp för Arytmi

Det föreliggande dokumentet är genomarbetat och välskrivet, och rekommenderas för alla som handlägger patienter med förmaksflimmerproblematik.

De viktigaste förändringarna jämfört med tidigare följer nedan, med arbetsgruppens kommentarer avseende svenska förhållanden.

- Införandet av EHRA-score I-IV för att beskriva patientens symptom på ett sätt motsvarande NYHA-klass för hjärtsviktspatienter kan rekommenderas för kliniskt bruk, men fångar (liksom klassifikationen av hjärtsvikt) naturligtvis inte fullständigt symptomatologin, fr.a. inte när denna är varierande och påverkas av interventioner.
- Användande av CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc som scoringsystem avseende strokerisk rekommenderas i riktlinjerna, men bedöms av arbetsgruppen vara av tvivelaktigt värde. Flertalet patienter med förmaksflimmer ses av icke-specialister, där det är tveksamt om man kan lyckas införa ett så komplicerat riskvärderingssystem. En vidare spridning av CHADS<sub>2</sub> som riskvärdering bedöms av arbetsgruppen ha högre prioritet.
- ASA som strokeprofylax är mycket svagt dokumenterat, och behandling på denna indikation bedöms av arbetsgruppen inte vara aktuell i Sverige.
- Ett scoringsystem för att skatta blödningsrisken (HASBLED) rekommenderas i riktlinjerna, vilket arbetsgruppen stödjer. Detta kan i framtiden även användas för val av dos vid antikoagulation med dabigratan.
- Avseende antiarytmika har dronedarone placerats in som förstahandsalternativ vid såväl minimal/ingen strukturell hjärtsjukdom, signifikant vänsterkammarmhypertrofi, koronarsjukdom och vid hjärtsvikt NYHA I-II. Detta är inte i enlighet med aktuella svenska indikationer från TLV, men det är rimligt att de svenska riktlinjerna för läkemedelsbehandling framöver harmoniseras med ESCs riktlinjer. Sedan publiceringen av ESCs riktlinjer har emellertid framkommit en risk för leverskada, som komplicerar behandlingen.
- Vid antiarytmikabehandling av patienter med förmaksflimmer utan strukturell hjärtsjukdom, och som inte är adrenerg eller vagalt medierat, rekommenderas i riktlinjerna dronedarone, flekainid, propafenon eller sotalol. Betablockerare är i Sverige ofta förstahandsval, vilket är rimligt även i den majoritet av patienter där förmaksflimmer inte är tydligt "adrenerg medierat", och disopyramid torde även kunna prövas även om förmaksflimmer inte är "vagalt medierat".
- För patienter med paroxysmalt förmaksflimmer utan strukturell hjärtsjukdom anges att ablation kan vara ett förstahandsalternativ. Situationen i Sverige med en underkapacitet avseende ablationsbehandling gör att nuvarande policy (dvs. att antiarytmisk behandling först skall ha prövats) tills vidare bör behållas.

Arbetsgruppen har dessutom nedanstående kommentarer:

- Återinsättande efter kirurgi av antikoagulationsbehandling med warfarin i ordinarie dos rekommenderas, men denna praxis stöds inte av referenser i dokumentet. Detta skiljer sig från gängse rutin i Sverige (högre dos initialt), som ter sig minst lika rimlig.
- Rekommendationerna i ESCs riktlinjer om behandling med lågmolekylärt heparin/heparin efter akut genomförd elkonvertering, respektive till patienter med förmaksflimmer understigande 48 timmar, bedöms otillräckligt underbyggda för att utgöra generella rekommendationer.