

## Behandling af atrieflimren – status år 2003

Overlæge Peter Steen Hansen

Optimal behandling af patienter med atrieflimren omfatter dels behandling af patienternes arythmi i forhold til symptomer og prognose, dels forebyggelse af den vigtigste komplikation til atrieflimren: tromboemboli. I mange år har opfattelsen været, at opnåelse og vedligeholdelse af sinusrytme bør tilstræbes hos patienter med paroksyttisk såvel som med vedvarende (persisterende) atrieflimren, og bare når dette svigtede, kunne man acceptere »kun« at stile mod kontrol af ventrikelfrekvensen under pågående atrieflimren. En sådan »rytme-kontrolstrategi« er imidlertid uden fundering i videnskabelig evidens. *Friberg & Gadsbøll* [1] gennemgår i dette nummer af Ugeskriftet to undersøgelser af denne problemstilling [2, 3]. Herudover findes en tysk undersøgelse [4]. Sammenfattende sandsynliggør disse tre undersøgelser at en frekvensregulerende behandlingsstrategi er ligeværdig med forsøg på opnåelse og fastholdelse af sinusrytme hos patienter med persisterende eller paroksyttisk atrieflimren. Endog ses en tendens i retning af flere opnåede primære effektmål hos »rytme-kontrol«-gruppen – i AFFIRM inklusive totalmortalitet [2]. Fra tidligere undersøgelser ved vi, at atrieflimren prædikerer dårligere prognose hos patienter med akut myokardieinfarkt, hjerterstyg, apopleksi og anden svær akut klinik. Desværre har det ved disse tilstande aldrig kunnet dokumenteres, at forsøg på opnåelse af sinusrytme bedrer prognosen. Skal frekvenskontrol være førstevalgsbehandling hos alle patienter med atrieflimren og med reservation af forsøg på opnåelse og vedligeholdelse af sinusrytme til de få patienter, som ikke symptomlindres tilstrækkeligt ved frekvenskontrol – og med risiko for forværret prognose? Såvel AFFIRM [2] som RACE [3] inkluderer primært ældre patienter (gennemsnitsalder henholdsvis 70 år og 68 år), og – i sagens natur – kun patienter, der kunne acceptere randomisering mellem de to behandlingsstrategier. Man må derfor formode, at atrieflimrensymptomer a priori kunne accepteres af de fleste inkluderede patienter. I AFFIRM [2] indgik 35% af de undersøgte efter deres første atrieflimrenepisode. Dette afspejles i, at hele 35% af patienterne randomiseret til frekvenskontrol og 63% af patienterne randomiseret til rytmekontrol var i sinusrytme efter fem år. Tidligere undersøgelser har vist, at 25% af patienter med førstegangsatrieflimren opretholder stabil sinusrytme efter kardiovertering (spontan, farmakologisk eller *direct current* [DC]-konvertering) uden behov for antiarytmisk medicinering.

Resultaterne af AFFIRM [2], RACE [3] og PIAF [4] kan generaliseres til at dække ældre patienter med kronisk atrieflimrensygdom (manifesterende sig paroksyttisk eller persisterende) og lettere symptomer givet en fornuftig frekvenskon-

trol. Disse patienter udgør utvivlsomt majoriteten af patienter med atrieflimren. På den anden side er den bedste behandling af den yngre patient (f.eks. yngre end 60 år), af patienten med betydelige symptomer trods forsøg på optimeret frekvenskontrol eller af patienten med førstegangstilfælde af atrieflimren ikke sandsynliggjort i de nævnte undersøgelser.

En væsentlig kilde til bekymring ved forsøg på opnåelse af og vedligeholdelse i sinusrytme er risiko ved brug af farmakologisk antiarytmisk behandling. De i dag registrerede antiarytmika med dokumenteret konverterende og/eller recidivforebyggende effekt er behæftet med risiko for proarythmi (sotalor, propafenon, flecainid, kinidin, disopyramid) eller for kumulative langtidsbivirkninger (amiodaron). Dette samtidig med at den rytmekontrollerende effekt hos mange er ringe og ofte med aftagende effekt over tid. Der er således behov for udvikling af mere effektive antiarytmiske behandlingsprincipper (farmakologiske eller nonfarmakologiske) med mere gunstig bivirkningsprofil, end vi kender i dag.

Den altdominerende risiko ved persisterende og paroksyttisk atrieflimren er udvikling af tromboemboliske komplikationer. Dansk Cardiologisk Selskab har tidligere publiceret retningslinjer for antitrombotisk behandling af patienter med atrieflimren [5]. Som gennemgået af *Friberg & Gadsbøll* [1] er der imidlertid grund til at overveje ændring af indikationerne for initiering og afslutning af antikoagulationsbehandling. I AFFIRM [2] inkluderes patienter med en risikoprofil, der svarer til Trombokardiologirapportens skematiserede moderat- og højrisikopatienter. Hovedparten af de tromboemboliske komplikationer i AFFIRM [2] forekom hos patienter, der enten var taget ud af antikoagulationsbehandling eller ikke var i terapeutisk niveau, og flertallet var i sinusrytme på det pågældende tidspunkt. Disse resultater peger i retning af, at indikationsområdet for kronisk antikoagulationsbehandling bør udvides til at omfatte alle over 65 år med persisterende eller paroksyttisk atrieflimren uanset tilstedeværelse af øvrige risikofaktorer. Endvidere peger resultaterne på, at seponering af antikoagulationsbehandling efter opnåelse af tilsyneladende stabil sinusrytme skal overvejes nøje.

Interessekonflikter: Ingen angivet

### Litteratur

1. Friberg J, Gadsbøll N. Behandling af atrieflimren. Ugeskr Læger 2004;166:893-5.
2. The atrial fibrillation follow-up investigation of rhythm management (AFFIRM) investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1825-33.
3. Van Gelder IC, Hagens VE, Bosker HA et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1834-40.
4. Hohnloser SH, Kuck K-H, Lillienthal J. Rhythm or rate control in atrial fibrillation – Pharmacological Intervention in Atrial Fibrillation (PIAF): a randomized trial. *Lancet* 2000;356:1789-94.
5. Godtfredsen J, Hansen MS, Husted SE et al. Antitrombotisk behandling ved kardiovaskulære sygdomme – »Trombokardiologi«. *Cardiologisk Forum* 2002 (suppl).