

Klinisk vejledning for antitrombotisk behandling ved atrieflimren kan implementeres ved hjælp af datafangst i almen praksis

Susanne Lis Larsen¹, Dines Sønnderstrup¹, Jakob Sønnderstrup¹ & Jens Christian Toft²

Nye kliniske retningslinjer vinder frem, men der resterer en udfordring i at få dem implementeret. Inden for praksissektoren har Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed (DAK-E) udbredt datafangst som implementeringsredskab for kliniske retningslinjer. En del hjertesygdomme, herunder atrieflimren (AF), er omfattet af datafangst. I datafangstmodulet anbefales antitrombotisk behandling til patienter med AF på baggrund af risikostratificeringsalgoritmen CHADS₂ (Tabel 1), enten peroral antikoagulationsbehandling med K-vitamin-antagonister (VKA), acetylsalicylsyre (ASA) eller ingen behandling [1].

Retningslinjerne for antitrombotisk behandling af patienter med AF er løbende blevet justeret. I 2011 kom der i den Nationale Behandlingsvejledning (NBV) fra Dansk Cardiologisk Selskab (DCS) nye anbefalinger for den antitrombotiske behandling af patienter med AF, idet risikostratificeringsalgoritmen CHA₂DS₂-VASc (Tabel 1) blev introduceret [2]. I NBV står der: »Patienter med en CHADS₂-score på ≥ 2 anbefales VKA-behandlet. Hos patienter med en CHADS₂-score på 0-1, eller hvor yderligere risikostratificering findes indiceret, anbefales risikostratificering med CHA₂DS₂-VASc. VKA-behandling anbefales ved en CHA₂DS₂-VASc-score på ≥ 2, mens ingen VKA-behandling anbefales ved en CHA₂DS₂-VASc-score på 0. Hos patienter med en CHA₂DS₂-VASc-score på 1 bør fordele og ulemper ved VKA-behandling nøje overvejes«. VKA-behandling anbefales frem for ASA i de nye European Society of Cardiology (ESC)-retningslinjer, hvis antitrombotisk behandling findes indiceret [3]. VKA-behandling til denne patientgruppe forudsætter en grundig vurdering af blødningsrisikoen. Den kan vurderes ved hypertension, abnorm lever- eller nyrefunktion, apopleksi, blødning, labil *international normalized ratio*, høj alder, narkotika- eller alkoholmisbrug, dvs, den såkaldte HAS-BLED-score (Tabel 2) [2]. Antikoagulansbehandling er ikke kontraindiceret ved høj blødningsrisiko (HAS-BLED > 3), men forsigtighed tilrådes.

CHA₂DS₂-VASc-scoren resulterer i, at flere patienter vil få anbefalet VKA-behandling, da alder, kvindeligt køn og vaskulær sygdom indgår med større vægt i

denne score end i CHADS₂-scoren (Tabel 1). Omvendt vil en del patienter ikke længere skulle have ASA, da dobbeltbehandling med VKA og ASA ikke længere anbefales af DCS til patienter med stabil angina pectoris og AF [2, 3].

FORMÅL

Formålet med undersøgelsen var at belyse ved datafangst, om patienter, der havde AF og var tilknyttet

UDVIKLINGS-ARTIKEL

1) Lægehuset i Borup
2) Medicinsk Afdeling, Slagelse Sygehus

TABEL 1

Vurdering af risikostratifikationsalgoritmerne CHADS₂, CHA₂DS₂-VASc-scorerne.

Risikofaktorer for tromboemboli ved atrieflimren	CHADS ₂ -score	CHA ₂ DS ₂ -VASc-score
C Congestive heart failure	1	1
H Hypertension	1	1
A Alder ≥ 75 år	1	2
D Diabetes mellitus	1	1
S Stroke/transitorisk cerebral iskæmi/systemisk emboli	2	2
V Vaskulær sygdom		1
A Alder 65-74 år		1
Sc Køn (kvinde)		1
Maksimumscore	6	9

TABEL 2

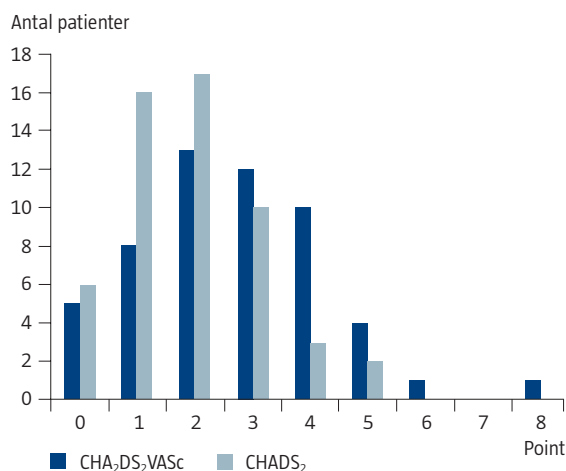
Vurdering af risikoalgoritmen HAS-BLED-scoren.

Risikofaktorer for blødning	HAS-BLED-score
H Hypertension	1
A Abnormal nyre- og leverfunktion (1 point hver)	1 eller 2
S Stroke	1
B Blødning	1
L Labil <i>international normalized ratio</i>	1
E Ældre (alder > 65 år)	1
D Narkotika- eller alkoholmisbrug	1 eller 2
Maksimumscore	9

HAS-BLED = risikostratifikationsalgoritme for blødning.

FIGUR 1

Fordelelingen af risikostratifikationsalgoritmerne CHA₂DS₂VASc- respektive CHADS₂-scoren for 54 patienter. Enogfyrre patienter har en CHA₂DS₂VASc-score ≥ 2 , og 32 patienter har en CHADS₂-score ≥ 2 .



vores lægehus, blev korrekt behandlet eller under- eller overbehandlet med antitrombotika og at belyse konsekvensen af de forskelle, der er mellem de kliniske retningslinjer fra DCS og DAK-E (CHA₂DS₂VASc versus CHADS₂), når de blev anvendt på vores patienter med AF.

MATERIALE OG METODER

Praksis har 5.560 patienter. Der anvendes ICPC-2-kodning, og mere end 94% af alle kontakter kodes. Patienter med diagnosen AF (K78) indgik i undersøgelsen og blev indkaldt til årskontrol. CHADS₂-, CHA₂DS₂VASc- og HAS-BLED-score blev vurderet. Andelen af patienter, der havde tilknytning til et sygehusambulatorium, blev fastlagt.

RESULTATER

Syvoghalvtreds patienter havde en AF-diagnose, hvilket svarer til en prævalens på 1%. Det var muligt at indhente CHADS₂-, CHA₂DS₂VASc- og HAS-BLED-score på 54 patienter, men kun for 48 patienter var det relevant at overveje AK-behandling. En patient var af kardiolog blevet taget ud af VKA-behandling efter ablation for AF, en patient havde haft AF i tilslutning til en bypass-operation, en patient var dement, to patienter havde tidligere været i behandling med VKA og havde haft blødningskomplikationer, og en patient ønskede ingen medicin.

Af de 54 patienter var 23 kvinder og 31 mænd, og gennemsnitsalderen var 72 år. 13% gennemgik pga. AF et forløb på et ambulatorium. En patient havde en HAS-BLED-score på ≥ 3 , hvilket dog ikke

gav anledning til at undlade VKA-behandling. Fordelelingen af CHADS₂- og CHA₂DS₂VASc-scoren for de 54 patienter ses i **Figur 1**.

Som det fremgår af Figur 1, havde 32 patienter en CHADS₂-score på ≥ 2 , mens 41 patienter havde en CHA₂DS₂VASc-score på ≥ 2 . Potentielt giver det mulighed for, at man – afhængigt af hvilken retningslinje man vælger at følge – skal behandle 32 hhv. 41 patienter med VKA. Toogtredive patienter var i behandling med VKA. Toogtredive patienter var i behandling med VKA. Af de 48 patienter, hos hvem man kunne overveje VKA-behandling, fandt vi to, der burde være i VKA-behandling, da begge patienter havde en CHADS₂- respektive CHA₂DS₂VASc-score på ≥ 2 . Yderligere en patient burde sættes i VKA-behandling i henhold til CHA₂DS₂VASc, men ikke i henhold til CHADS₂.

Vi fandt ingen overbehandling med VKA. Vi fandt ti patienter, hvor ASA kunne seponeres, da der var tale om patienter med AF og stabil angina pectoris.

To patienter, som var i VKA-behandling, fik i stedet dabigatran i sygehusregi, en patient, som i forbindelse med denne undersøgelse havde en CHA₂DS₂VASc-score på 3 og burde begynde i VKA-behandling, ønskede ikke denne og ville kun behandles, hvis det blev med dabigatran. Ved undersøgelsens afslutning var 32 således i VKA-behandling og tre i dabigatranbehandling.

DISKUSSION

Vores studie viser, at diagnosekodning og anvendelse af datafangst er et brugbart redskab til implementering af kliniske retningslinjer. Vi fandt en prævalens af AF på 1%, hvilket var som forventet [3]. Diagnosekodning og datafangst er redskaber i kvalitetsudviklingen i primærsektoren, og de giver, som påvist, mulighed for effektivt at implementere nye kliniske retningslinjer i primærsektoren. Denne undersøgelse viser, at der er behov for et koordineret samarbejde mellem de videnskabelige specialeselskaber, der udarbejder kliniske retningslinjer for sygdomme, der også er dækket af DAK-E.

DCS udfører f.eks. et stort arbejde med NBV, som opdateres årligt, men der er ingen kobling til primærsektoren (DAK-E), ligesom DAK-E ikke opdateres med udmeldte intervaller. Med hensyn til AF dokumenterer vi i undersøgelsen, at selvom patienterne med AF fylder meget på sygehusene, findes flertallet i primærsektoren, og hvis kliniske retningslinjer fra specialeselskaberne skal nå ud i primærsektoren, fordrer det et samarbejde på tværs af sektorer.

Om CHADS₂ eller CHA₂DS₂VASc skal anvendes, ligger uden for rammerne af denne undersøgelse at vurdere, men for almen praksis kan det være forvirrende, at DAK-E i en del tilfælde vil anbefale, at man

kan nøjes med ASA, mens opslag i NBV vil resultere i, at samme patient skal have VKA-behandling.

I en større undersøgelse har man dog fundet, at CHA₂DS₂VASc er CHADS₂ overlegen [4]. I vores praksis betød forskellen mellem de to risikoscorings-systemer reelt kun, at en patient skulle have VKA-behandling, men tallet kan i mange tilfælde være højere, da vi i vores praksis i overensstemmelse med ESC har valgt at behandle med VKA ved en CHADS₂-score på 1.

Underbehandling med VKA til patienter med AF er velkendt [5, 6], og vi fandt i vores praksis også en vis underbehandling. Datafangst kan være et instrument, der kan bruges til at reducere dette problem. VKA-behandling er besværlig for patienterne og kan derfor være en medvirkende årsag til underbehandling. Nye antitrombotiske stoffer kan her være et alternativ.

Gennemgangen af vores patienter med AF ledte til, at ASA-behandlingen kunne seponeres hos ti. NBV anbefaler ikke dobbeltbehandling med ASA og VKA hos patienter med AF og stabil angina pectoris pga. øget blødningsrisiko i forhold til den antitrombotiske gevinst [2].

KONKLUSION

Datafangst kan være et effektivt redskab til implementering af nye kliniske retningslinjer i primærsektoren. De anbefalede retningslinjer bør dog løbende opdateres og koordineres med relevante specialeselskaber. Vi fandt i vores praksis et vist underforbrug af VKA-behandling til patienter med AF, mens en del patienter kunne undvære ASA. Hovedparten af patienter med AF følges i primærsektoren.



FORKORTELSER

AF = atrieflimren

ASA = acetylsalicylsyre

CHADS₂ = risikostratifikationsalgoritme for apopleksi ved AF

CHA₂DS₂VASc = risikostratifikationsalgoritme for apopleksi ved AF

DAK-E = Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed

DCS = Dansk Cardiologisk Selskab

ESC = European Society of Cardiology

HAS-BLED = risikostratifikationsalgoritme for blødning

ICPC 2 = Den internationale diagnoseklassifikation for almen praksis

NBV = Den Nationale Behandlingsvejledning

VKA = peroral antikoagulansbehandling med K-vitamin-antagonister

KORRESPONDANCE: *Susanne Lis Larsen*, Lægehuset i Borup, Hovedgaden 16, 4140 Borup. E-mail: slarsen@dadlnet.dk

ANTAGET: 16. maj 2012

FØRST PÅ NETTET: 2. juli 2012

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Axel Brandes. Behandling af atrieflimren. København: IRF rapport 2008, nr. 6.
2. Den nationale behandlingsvejledning 2011. www.cardio.dk.
3. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Europace* 2010;12:1360-420.
4. Olesen JB, Lip GY, Hansen ML et al. Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. *BMJ* 2011;342:d124.
5. Lee S, Shafe AC, Cowie MR. UK stroke incidence, mortality and cardiovascular risk management 1999-2008: time-trend analysis from the General Practice Research Database. *BMJ Open* 2011;1:e000269.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Atrial fibrillation. London: NICE, 2006.

TILSKUD TIL LÆGEMIDLER

Sundhedsstyrelsen meddeler, at der fra 20. august 2012 ydes generelt uklausuleret tilskud efter sundhedslovens § 144 til følgende lægemidler:

(R-03-BA-08) Alvesco inhalationsspray, Nycomed Danmark ApS

(S-01-EC-04) Azopt øjendråber*, 2care4 ApS

(C-08-DB-01) Cardil depottabletter*, Orifarm A/S

(R-06-AX-27) Desloratadine »Sandoz« oral opløsning*, Sandoz A/S

(R-03-BA-05) Flixotide inhalationsspray*, 2care4 ApS

(S-01-ED-51) Latanoprost/Timolol »Pfizer« øjendråber*, Pfizer ApS

(N-03-AX-14) Levetiracetam »Actavis« oral opløsning*, Actavis A/S

(L-04-AX-03) Methotrexat »2care4« tabletter*, 2care4 ApS

(A-07-EC-02) Pentasa Sachet depotgranulat*, EuroPharma.DK ApS

(S-01-EE-05) Saflutan øjendråber*, 2care4 ApS

(N-04-BD-01) Selegilin »2care4« tabletter*, 2care4 ApS

(L-02-AE-03) Zoladex implantat*, Tabs n Caps Pack ApS

*) Omfattet af tilskudsprssystemet.