

Atrieflimrenbehandling – paradigmeskift eller bekræftelse af hidtidig praksis?

Dansk Cardiologisk Selskab

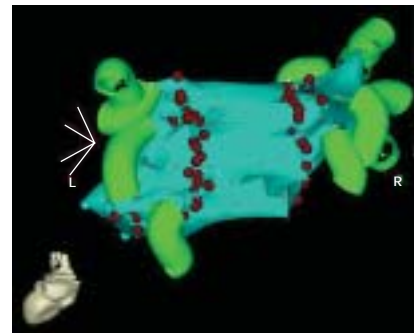
Overlæge Peter Steen Hansen & overlæge Steen Pehrson

Atrieflimren er relateret til en moderat overdødelighed isoleret set, og når arytmien optræder som komplicerende faktor til en anden sygdom. Omvendt har man aldrig kunnet vise, at forsøg på konvertering til og opretholdelse af sinusrytme har bedret prognosen *quo ad vitam*. Det gængse princip har været, at en rytmekontrollerende strategi er optimal, mens en mere konservativ frekvensregulerende strategi primært accepteres ved svigt af førstnævnte. I to større undersøgelser fra henholdsvis USA (AFFIRM, $n=4.060$) og Holland (RACE, $n=522$) samt en mindre, tysk (PIAF, $n=252$) har man undersøgt de to strategier i randomiseret, kontrolleret regi. Studiedeltagere havde persisterende (RACE, PIAF) eller enten persisterende eller paroksyttisk (AFFIRM) atrieflimren. Gennemsnitsalder var ca. 70 år. Undersøgelserne viste samstemmende, at rytmekontrol ikke var bedre end en frekvensregulering. Tværtimod indebar førstnævnte flere indlæggelsesdage og var forbundet med flere alvorlige farmakologiske bivirkninger. I AFFIRM-studiet sås en grænsesignifikant overdødelighed i rytmekontrolgruppen. Den alvorligste komplikation til atrieflimren – systemisk tromboemboli – sås i AFFIRM-studiet lige hyppigt i de to grupper, men hovedsageligt hos patienter, hvor antikoagulationsbehandling var seponeret eller i insufficiant niveau. En stor del af patienterne med tromboembolisk komplikation var i sinusrytme på diagnosetidspunktet.

Der er i Dansk Cardiologisk Selskabs regi udfærdiget rekommandationer for udredning og behandling af patienter med atrieflimren (oktober 2003).

Vigtige konklusioner i rapporten er: 1) Patienter med atrieflimren bør ekkokardiograferes med henblik på diagnostik af bagvedliggende hjertesygdom, som specifikt bør behandles, eller som kan skærpe indikationen for antikoagulationsbehandling. 2) Rytmekontrol er ikke overlegen i forhold til frekvenskontrol. Frekvenskontrol bør være førstevalgsstrategi ved varig behandling af paroksyttisk eller persisterende atrieflimren. Behandlingsmålet er individuel symptomkontrol. 3) Antikoagulationsbehandling bør institueres, hvis patienten kategoriseres som havende høj eller moderat risiko for tromboemboli (Dansk Cardiologisk Selskabs Trombokardiologirapport; januar 2002) og ikke har kontraindikationer herfor. 4) På trods af tilsyneladende stabil sinusrytme bør man overveje fortsat antikoagulationsbehandling.

Figur 1. Tredimensionel fremstilling af venstre atrium set skråt bagfra med venstresidige og højresidige lungevener markeret. De brune punkter omkring lungeveneostierne markerer, hvor man har radiofrekvensablateret med henblik på elektrisk isolering af lungevener og tilstødende atrievæv fra resten af venstre atrium.



Der savnes fortsat evidens for, hvorledes yngre patienter, patienter med betydelige symptomer trods forsøg på optimeret frekvenskontrol eller patienter med førstegangstilfælde af atrieflimren bedst behandles. Det er betænkeligt, at de kendte antiarytmika med konverterende eller stabiliserende effekt over for atrieflimren enten er behæftet med potentielt livstruende proarytmiske bivirkninger (sotalol, propafenon, flecainid, kinidin) eller er behæftet med langtidsbivirkninger, som med stor sandsynlighed medfører seponering inden for en kortere årrække (amiodaron), og at de samtidig højest er moderat effektive. Nonfarmakologisk terapi af atrieflimren har i de forløbne par år vist lovende resultater ved kateterbaseret radiofrekvensablationsbehandling (Figur 1). Resultater fra flere internationale grupper tyder på, at ca. 75% af patienter med paroksyttisk eller persisterende atrieflimren kan holdes symptomfri efter kateterbehandling. Komplikationsfrekvensen ved den aktuelt dominerende teknik er ganske lav, men behandlingseffekten over længere followupperioder end ca. to år kendes endnu ikke.

Disse resultater kan tilsyneladende reproducere af andre centre med erfaring inden for kateterbaseret radiofrekvensablation og betyder sandsynligvis, at en sådan behandling fremover vil blive et relevant symptomkontrollerende behandlingstilbud.

Korrespondance: Peter Steen Hansen, Kardiologisk Afdeling B, Skejby Sygehus, Århus Universitetshospital, DK-8200 Århus C. E-mail: pshansen@dadinet.dk

Interessekonflikter: Ingen angivet