

Tidig eller sen konvertering vid förmaksflimmer?

EN STOR ANDEL AV PATIENTERNA SPONTANKONVERTERAR TILL SINUSRYTM

Förmaksflimmer är den vanligaste hjärtrytmrubbningen och drabbar omkring 3 procent av den vuxna befolkningen i Sverige [1]. Sjukdomen är även en vanlig orsak till att patienter söker akutmottagningar i Sverige. På Danderyds sjukhus, ett av de större akutsjukhusen i Sverige, är förmaksflimmer orsaken till 15-20 procent av akutbesöken på hjärtsektionen.

El- (likströmschock) eller läkemedelskonvertering används som behandlingsmetod för att återställa sinusrytm hos symptomatiska patienter med förmaksflimmerdebut < 48 timmar och/eller hos symptomatiska patienter med längre flimmerduration som sedan tidigare behandlas med antikoagulantia. I riktlinjer för behandling av förmaksflimmer från European Society of Cardiology finns en klass IB-rekommendation avseende konvertering till sinusrytm hos symptomatiska patienter som en del av rytmreglerande behandling [1]. Elkonvertering är förstahandsval vid hemodynamisk instabilitet hos patienter med förmaksflimmer för att återställa sinusrytm.

Eftersom förmaksflimmer ofta spontankonverterar till sinusrytm har behovet av tidig konvertering hos hemodynamiskt stabila patienter blivit alltmer ifrågasatt.

Studie om tidig eller sen konvertering

I New England Journal of Medicine publi-



Tove Fredriksson, doktorand, ST-läkare
• tove.fredriksson@sll.se



Katrin Kemp Gudmundsdotir, doktorand, specialistläkare, sektionsansvarig Hjärtakuten; båda Hjärtkliniken, Danderyds sjukhus samt Karolinska institutet, Danderyds sjukhus

cerades nyligen resultaten från en nederländsk studie av Pluy-maekers et al där deltagare som sökt akut på grund av symptomatiskt förmaksflimmer randomiserats 1:1 till tidig eller sen konvertering [2].

Deltagarna i studien var hemodynamiskt stabila, hade symtomdebut < 36 timmar samt frånvaro av symtom talande för kardiell ischemi. De kunde vara tidigare diagnostiserade med förmaksflimmer, men exkluderades om de tidigare haft persisterande förmaksflimmer (> 48 timmar). Totalt inkluderades 437 deltagare i studien, medelåldern var 65 år, 40 procent var kvinnor och 64 procent hade CHA₂DS₂-VASc-poäng ≥ 2.

Deltagarna i tidiga konverteringsgruppen genomgick el- eller läkemedelskonvertering så snart som möjligt vid indexbesöket på akuten. Deltagarna i sena konverteringsgruppen fick i stället frekvensreglerande behandling (betablockrare, kalciumflödeshämmare eller digitalis) för att minska symtomen och sänka hjärtfrekvensen till < 110 slag/minut. Deltagarna i sena konverteringsgruppen bedömdes ånyo så nära 48 timmar efter symtomdebut som möjligt, och de som inte spontankonverterat till sinusrytm el- eller läkemedelskonverterades. Hos alla deltagare med indikation för antikoagulantia-behandling initierades sådan snarast möjligt vid indexbesöket på akutmottagningen. Majoriteten av deltagarna gjorde intermittenta EKG-registreringar hemma, tre gånger dagligen samt vid symtom, under fyra veckors tid från inklusion. Alla kallades för poliklinisk uppföljning och kontroll av EKG efter fyra veckor.

I tidiga konverteringsgruppen återfick 16 procent sinusrytm i väntan på konvertering och 78 procent återfick sinusrytm vid el- eller läkemedelskonvertering. I sena konverteringsgruppen hade 69 procent spontankonverterat till sinusrytm 48 timmar efter symtomdebut, och ytterligare 28 procent återfick sinusrytm efter sen el- eller läkemedelskonvertering. I tidiga

konverteringsgruppen var el- och läkemedelskonvertering ungefär lika vanligt förekommande, men i sena konverteringsgruppen elkonverterades de flesta.

Ingen signifikant skillnad efter 4 veckor

Vid 4-veckorsuppföljningen hade över 90 procent av deltagarna i båda grupperna sinusrytm, och det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna, se Figur 1. Antalet deltagare som fick ytterligare förmaksflimmerepisoder under uppföljningstiden var lika i grupperna (cirka 30 procent), och antalet deltagare som besökt akutmottagning ånyo på grund av förmaksflimmer inom fyra veckor var 7 procent i båda grupperna.

Tiden för indexbesöket på akutmottagningen för sena konverteringsgruppen var 30 minuter kortare än för tidiga konverteringsgruppen, men skillnaden i tid inom vården jämnades ut då de förstnämnda hade ett inplanerat mottagningsbesök nästföljande dag. Livskvaliteten skattades lika i båda grupperna. Det fanns ingen signifikant skillnad avseende kardiovaskulära komplikationer vid uppföljning: en person i respektive grupp hade drabbats av stroke/TIA under uppföljningstiden.

Relation till data från tidigare studier

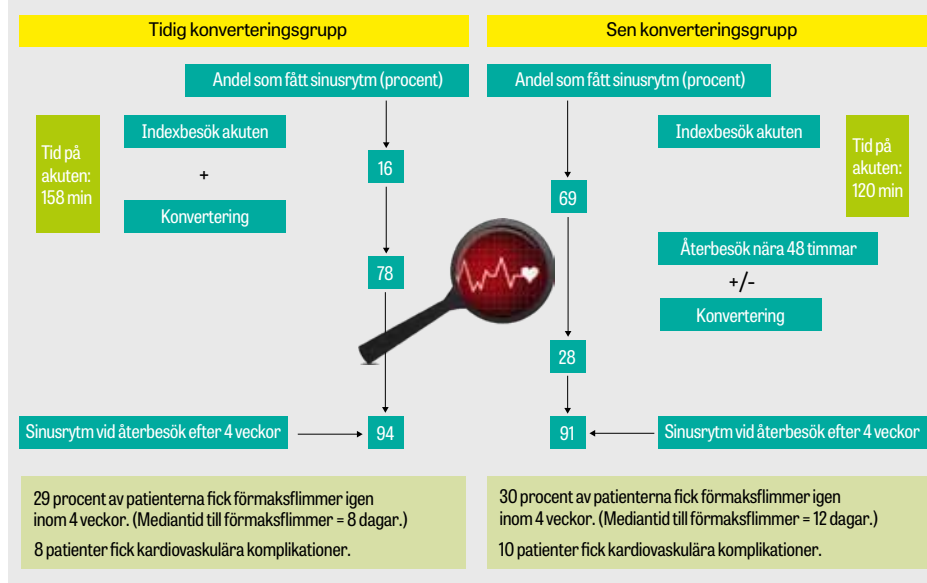
Om det är säkert att konvertera utan föregående antikoagulantia-behandling inom så lång tid som 48 timmar från symtomdebut är omdiskuterat. Andelen patienter som får tromboemboliska komplikationer vid konvertering är liten, men ökar vid fördröjd konvertering, särskilt i närvaro av riskfaktorer för stroke. I Pluy-maekers et als studie fanns det ingen skillnad avseende strokeinsjuknande i de två grupperna, men studien hade inte statistisk styrka för denna frågeställning.

I en tidigare studie har man visat att risken för tromboemboliska komplikationer vid konvertering utan föregående antikoagulantia-behandling under minst 3 veckor ökar från 0,3 procent om konvertering görs inom 12 timmar till 1,1 procent om behandlingen ges 24-48 timmar efter symtomdebut [3]. Riskerna vid och efter elkonvertering diskuteras närmare i en

HUVUDBUDSKAP

- Symtomatiska patienter med förmaksflimmer som söker akutmottagningar i Sverige behandlas ofta med akut el- och läkemedelskonvertering för att återställa sinusrytm.
- Nya data visar att en stor andel av patienterna som vanligtvis erbjuds konverteringsbehandling, även utan erhållen behandling, spontankonverterar till sinusrytm inom 2 dygn.

FIGUR 1. Två patientgrupper med tidig respektive sen konvertering



Grafik: LT. Illustration: Mestphotos

nyligen publicerad ABC-artikel i Läkartidningen [4].

Patienter utan antikoagulantibehandling och med flera riskfaktorer för stroke, i synnerhet hjärtsvikt och diabetes, har 10 procents risk för tromboemboliska komplikationer sekundärt till konvertering även om den utförs inom 48 timmar från symtomdebut [5]. Patienter som uppfyller dessa kriterier ska därför alltid, om de är hemodynamiskt stabila, behandlas med antikoagulantia minst 3 veckor före konvertering [1]. I studien från Pluymaekers et al initierades antikoagulantibehandling vid el- eller läkemedelskonvertering endast hos deltagare med förhöjd strokerisk enligt CHA₂DS₂-VASc. Enligt riktlinjer ska alla som genomgår el- eller läkemedelskonvertering ha antikoagulantibehandling under 4 veckor efter genomgången konvertering [1].

Ska vi anamma en mer avvaktande strategi?

Den nypublicerade studien från Pluymaekers et al visade att cirka 70 procent av patienterna, som förvisso aldrig tidigare haft episoder av persisterande förmaksflimmer, spontankonverterade till sinusrytm inom 48 timmar. Efter fyra veckors uppföljning sågs ingen signifikant skillnad mellan den tidiga och sena konverteringsgruppen avseende bibehållen sinusrytm.

Symtomatiska patienter ska i högre grad erbjudas konvertering än asymtomatiska patienter, där frekvensreglering ofta räcker [6]. Kanske är vi för snabba med att konvertera våra förmaksflimmerpatienter med symtom, då det saknas evidens för att

»Eftersom förmaksflimmer ofta spontankonverterar till sinusrytm har behovet av tidig konvertering blivit alltmer ifrågasatt hos hemodynamiskt stabila patienter.«

tidig konvertering skulle förbättra överlevnad på sikt [7, 8] och behandlingen inte är riskfri. I vissa fall räcker sannolikt frekvensreglering för att minska symtomen.

Hos äldre personer med höga CHA₂DS₂-VASc-poäng, och särskilt med hjärtsvikt och diabetes, bör akut konvertering sällan utföras med tanke på den höga associerade strokerisken. Åtgärden bör i stället föregås av minst tre veckors behandling med antikoagulantia. Unga patienter med låg strokerisk och utan tidigare episoder med persisterande förmaksflimmer, har samma effekt av tidig eller sen konvertering. Hos dessa tycks det vara säkert att vänta med konvertering upp till närmre 48 timmar efter symtomdebut. Antalet konverteringar som behöver utföras i gruppen halveras då.

En övergång till en mer avvaktande strategi avseende konverteringar förutsätter att vi har möjlighet att boka in återbesök

för EKG-kontroll nära 48-timmarsgränsen. Resursåtgången för el- och läkemedelskonverteringar skulle minska, då en betydande andel hinner spontankonvertera till sinusrytm, men huruvida detta kompenserar för det ökade behovet av återbesök skulle behöva utvärderas.

Fördelar och nackdelar

Förutom att eventuellt minska resursåtgången skulle en mer avvaktande behandlingsstrategi ha fördelen att vi med större säkerhet kan veta vilka patienter som faktiskt har persisterande episoder av förmaksflimmer. Strategiskiftet skulle kunna möta motstånd hos personal och patienter, eftersom en snabb lösning ofta önskas. Trots detta tror vi att många patienter, efter noggrann information om avsaknaden av långsiktiga fördelar med tidig konvertering i kombination med riskerna som behandlingen innebär, själva skulle välja att avvakta om en enkel uppföljning i stället fanns bokad. I en nära framtid kan patienternas uppföljande EKG-kontroll sannolikt ske digitalt. Sjukhusen kan behöva se över sin verksamhet gällande akut konvertering av förmaksflimmer. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FT34

REFERENSER

- Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Europace*. 2016;18(11):1609-78.
- Pluymaekers N, Dudink E, Luermans J, et al; RACE 7 ACWAS Investigators. Early or delayed cardioversion in recent-onset atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2019;380(16):1499-508.
- Nuotio I, Hartikainen JE, Grönberg T, et al. Time to cardioversion for acute atrial fibrillation and thromboembolic complications. *JAMA*. 2014;312(6):647-9.
- Lundberg A, Mattsson G, Magnusson P. ABC om Elkonvertering och defibrillering. *Läkartidningen*. 2018;115:E9XU.
- Airaksinen KE, Grönberg T, Nuotio I, et al. Thromboembolic complications after cardioversion of acute atrial fibrillation: the FinCV (Finnish Cardioversion) study. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62(13):1187-92.
- Schnabel RB, Pecen L, Rzyveva N, et al. Symptom burden of atrial fibrillation and its relation to interventions and outcome in Europe. *J Am Heart Assoc*. 2018;7(11).
- Roy D, Talajic M, Nattel S, et al. Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure. *The New England journal of medicine*. 2008;358(25):2667-77.
- Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, et al; 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(23):1825-33.

SUMMARY

Early or delayed cardioversion in atrial fibrillation?

Atrial fibrillation is one of the most common arrhythmias. As the symptoms can be abrupt in onset it is associated with a substantial burden on the medical emergency system. By routine practice patients with symptomatic atrial fibrillation of a duration less than 48 hours are commonly offered cardioversion therapy. Data from a recent study shows that more than two thirds of patients convert to sinus rhythm spontaneously within 48 hours. A watch-and-wait approach in rhythm control management may be suggested for clinical praxis, considering the high chance of spontaneous cardioversion. Long-term results for a group with early and delayed cardioversion were similar with regards to maintenance of sinus rhythm at 4 weeks.