



atrialfibrillationassociation
afa-se.eu

Atrial Fibrillation Association
info@afa.org
www.afa-international.org
www.afa-se.eu

Innovationer i antikoagulationsbehandling - Riktlinjer för sjukvårdspersonal

Ny forskning belyser ytterligare betydande riskfaktorer som sammankopplar FF med stroke

Människor som lider av förmaksflimmer (FF) löper ofta en ökad risk för att drabbas av stroke. Blodförtunnande läkemedel kan minska den här risken, men varje person måste få en individuell bedömning och rådgivning angående vilka mediciner som är mest effektiva för hans/hennes behov.

Genom att titta på stora grupper av människor med FF har data samlats som kan hjälpa till att tyda vilka som är mest utsatta för stroke. Dessa uppgifter har använts för att förbättra kliniska riktlinjer som hjälper läkare och sjuksköterskor att göra individuella bedömningar. I Storbritannien publicerade NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) "Stroke Risk Stratification algorithm" (Stratifieringsalgoritm för stroke-risk) i sina riktlinjer för FF-hantering.

I det här systemet ligger patienterna i "låg riskzon", som nu allt oftare refereras till, som ett enkelt och lätt sätt att bedöma risken för stroke.

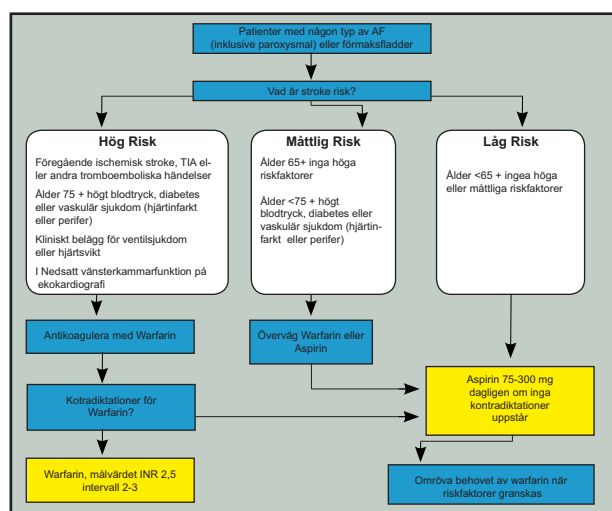
CHADS2 tar hänsyn till de viktigaste riskfaktorerna hos personer som har fått diagnosen FF

Kriterier	Resultat
C Congestive heart failure (hjärtsvikt)	1
H Hypertension – behandlat högt blodtryck	1
A Age 75 years+ (75 år eller mer)	1
D Diabetes	1
S Stroke eller tidigare TIA	2

Vissa patienter, t.ex. de med konstgjorda hjärtklaffar och tidigare reumatisk feber, behöver antikoagulation. Andra kan utvärderas med hjälp av CHADS2-systemet. Om en persons totala poäng är två eller mer, ska patienten ta Warfarin såvida det inte finns goda skäl till att inte göra det (t.ex. en allergi eller en anamnes på tidigare problem med blödningar).

Det här systemet är enkelt att använda, men forskning har visat att det misslyckas med att ta hänsyn till många andra stroke-faktorer, vilket kan leda till en rekommendation av antikoagulantia, vanligtvis Warfarin

En persons årliga risk för stroke ökar från under 2 % på ett år utan riskfaktorer till över 10 % per år med en CHADS2 -poäng på fem eller sex. En förbättring av CHADS2, med ett mer raffinerat system som inkluderar andra faktorer och som kallas CHA2DS2-VASc-systemet, har nyligen förslagits.



Anpassad från National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Atrial fibrillation: national clinical guideline for management in primary and secondary care. London: Royal College of Physicians, 2006



Affiliated to Arrhythmia Alliance
www.heartrhythmcharity.org.uk

Kontakta Atrial Fibrillation Association för mer information
Förvaltare: Professor A John Camm, Professor Richard Schilling,
Mrs Jayne Mudd, arytmisköterska
©2011 Registered Charity No. 1122442



Det här systemet skulle vara bra framförallt för personer med noll eller ett i CHADS2-tabellen, men som ändå löper en risk för stroke på grund av andra faktorer som inte syns i det nuvarande systemet.

Forskare har analyserat data för patienter med FF i "Euro Heart Survey". Dessa patienter hade skrivits ut från sjukhuset utan antikoagulation och ett år senare visste man hur många som hade drabbats av stroke. I den här analysen var patienternas medelålder 66 år och nästan 60 % av dem var män och 40 % var kvinnor. Teamet använde en evidensbaserad systematisk översikt från Storbritannien, NICE:s riktlinjer för FF-behandling, och testade mot andra verktyg inklusive CHADS2 och Framingham-studiens riskbedömning. Bevis som samlats på detta sätt visade att användningen av system som exempelvis CHADS2-poängsystem, gjorde att upp till 60 % av patienterna klassificerades till "mellanliggande risk". Detta ledde förmodligen till att de flesta inte fick korrekt dos antikoagulantia eftersom läkare är osäkra på vad som bäst ordineras med tanke på att riktlinjerna säger "warfarin eller aspirin" för den här kategorin. Det finns dock allt fler underlag som visar att warfarin faktiskt är bättre än aspirin för de här patienterna.

Forskarna noterade att högt blodtryck var den vanligast förekommande riskfaktorn för stroke (67,3 %), följt av kransartärsjukdom (38,4 %). Granskning av data ledde till att forskarna fann ytterligare betydande riskfaktorer för stroke och därför utvecklade två nya former för riskutvärdering. De är lite mer komplexa än CHADS2 men fortfarande mycket enkla: CHA2DS2-Vasc Scoring System som visas i tabellerna nedan.

Risk faktor	Poäng
C Hjärtsvikt / vänsterkammardysfunktion	1
H Hypertoni – behandlat högt blodtryck.	1
A ² Ålder 75+	2
D Diabetes	1
S ² Stroke/TIA/TE (tromboembolism)	2
V Kärtsjukdom - kranskärlssjukdom (CAD), hjärtinfarkt (hjärtattack), perifer artär sjukdom (PAD), eller aortaplack	1
A Ålder 65-74	1
Sc Kön – kvinnligt kön	1

I "CHA2DS2-Vasc Scoring System" ovan, motsvarar hög risk en poäng på två eller högre.

Flödesschemat visar ytterligare ett sätt att identifiera vem som ska ha antikoagulantia.

Att ha en kombinerad riskfaktor innebär mellanliggande risk och förmodligen skulle Warfarin vara fördelaktigt. Det här stöds av forskning i "Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study (BAFTA)", som visade att "warfarin är överlägsen aspirin i alla fall hos personer som är 75 år eller äldre, och att det inte finns något som tyder på någon skillnad i större blödningar mellan ett INR-värde på 2,0-3,0 och 75 mg aspirin, i den äldre FF-befolkningen i primärvården".

Q1	Ålder 75 eller äldre?	Ja -> Oral antikoagulant (OAC) Nej -> Gå till Q2	
Q2	Anamnes på stroke, TIA	Ja -> OAC Nej -> Gå till Q3	
Q3	Kön?	Manlig -> Gå till riskfaktorer Kvinnlig -> Gå till riskfaktorer	
	Riskfaktorer:	Man+två eller fler faktorer->OACOAC	Kvinna+någon riskfaktor->
	Ålder 65-74 Hypertoni högt blodtryck Kärlsjukdom - kransartärsjukdom (CAD), myokardiell infarkt (hjärtattack), perifer artärsjukdom (PAD), eller aortaplack Hjärtsvikt Sänkt ejektionsfraktion Diabetes mellitus		

Referens:

Förbättring av klinisk riskstratifiering för förutsägning av stroke och tromboemboli i förmaksflimmer med hjälp av ett nytt riskfaktorsystem: Euro Heart Survey om förmaksflimmer.

Författare: Professor G Y H Lip, kardiolog
Författare: Dr Thomas Fåhraeus, elektrofysiologi
Med hjälp av: Dr Matthew Fay, allmänläkare