



## Eteisvärinä

### Mitä uutta päivityksessä?

- Suosituksessa annetaan uusia ohjeita antikoagulaatiohoidosta akuutissa eteisvärinässä, selvennetään pienen ja keskisuuren vaaran potilaiden riskin arvioita ja hoidon valintaa sekä annetaan aiempaa tarkempia ohjeita suorien antikoagulanttien käytöstä.
- Eteisvärinäpotilaan tukosten esto suunnitellaan yksilöllisesti niin, että tukos- ja vuotovaaran lisäksi huomioidaan myös lääkkeiden edut ja haitat sekä potilaan toiveet. ASAA ei suositella eteisvärinään liittyvien tromboembolisten komplikaatioiden estoon.
- Suorat antikoagulantit (apiksabaani, dabigatraani, rivaroksabaani) ovat vasta-aiheisia, jos potilaalla on mitraaliläpän ahtauma tai tekoläppä. Muissa tapauksissa ne sopivat sekä uusille potilaille että niille, jotka ovat käyttäneet aiemmin varfariinia tai ASAA.
- Vaihto varfariinista suoraan antikoagulanttiin on aiheellinen, jos varfariini ei sovi, INR-seuranta ei onnistu tai hoidon toteutumista kuvaava TTR (Time in Therapeutic Range) on alle 70 %. Toisaalta hyvin toteutettua varfariinihoitoa ei tarvitse vaihtaa.

### Keskeinen sanoma

Eteisvärinä on yleistynyt ongelma. Hoitamattomana se lisää kuolleisuutta ja sairastavuutta ja huonontaa elämänlaatua. Potilaan ennusteen kannalta tärkeintä on oikein toteutettu antikoagulaatiohoito, mutta rytmihäiriön aiheuttamien oireiden ja taustasairauksien hoitoa ei saa unohtaa.

### Sykkeenhallinta pysyvässä eteisvärinässä

Pysyvän eteisvärinän sykkeenhallinnassa beeta-salpaajat ovat ensisijainen vaihtoehto<sup>A</sup>, mutta

käyttää. Dronedaroni on vasta-aiheinen sykkeenhallinnassa. Jos lääkehoito ei tehoa, on harkittava eteis-kammiosolmukkeen katkaisua<sup>B</sup>.

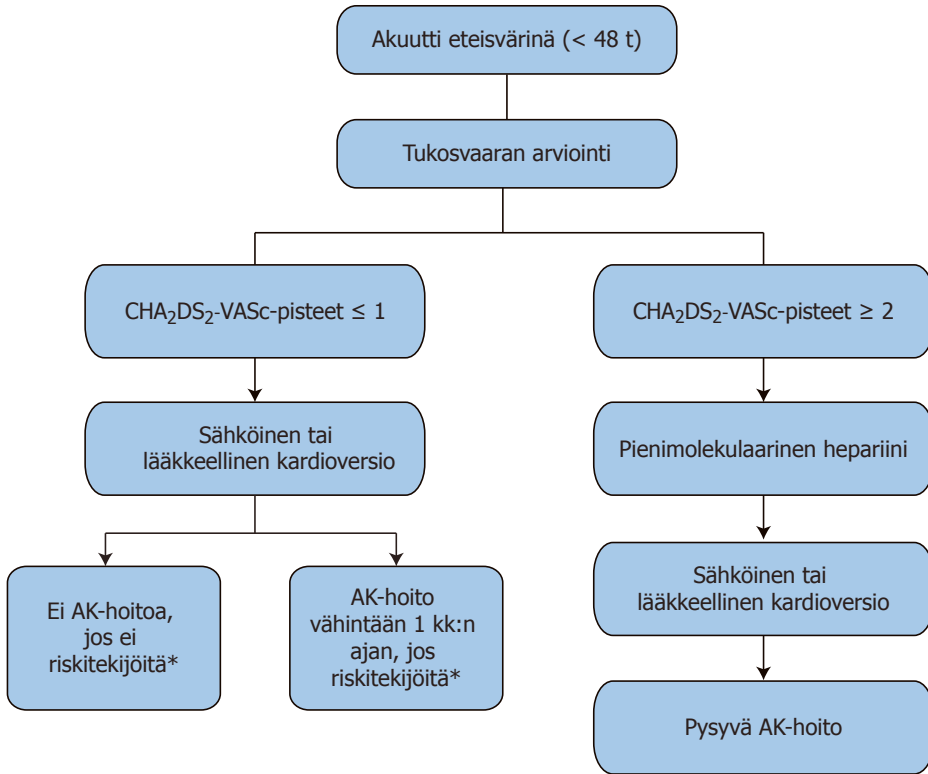
### Rytminhallinta kohtauksittaisessa ja jatkuvassa eteisvärinässä

Sinusrytmin palauttaminen ja rytmihäiriön uusiutumisen estäminen on yleensä aiheellista, jos eteisvärinä aiheuttaa vaikeita oireita (EHRA-luokka 3–4) sykettä hidastavasta lääkityksestä huolimatta.

**Rytminsiirto.** Akuutissa eteisvärinässä (kesto < 48 tuntia) rytminsiirto voidaan aiemmas- ta ohjeistuksesta poikkeavasti tehdä ilman edeltävää antikoagulaatiohoitoa vain pienen ja keskisuuren riskin potilailla (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ≤ 1). Muissa tapauksissa (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ≥ 2) käytetään pienimolekyylarista hepariinia, kunnes INR on hoitotasolla (KUVA 1). Vaihtoehtoisesti voidaan harkita suoraa antikoagulanttia. Jos eteisvärinän kesto on epäselvä, toimitaan kuten pitkittyneessä eteisvärinässä.

Pitkittyneessä eteisvärinässä (≥ 48 tuntia) rytminsiirron edellytyksenä on, että varfariinin vaikutus on ollut hoitotasolla (INR > 2) vähintään 3 viikon ajan ennen rytminsiirtoa, potilas on käyttänyt dabigatrania suosituksen mukaisesti vähintään 4 viikon ajan ennen rytminsiirtoa tai ruokatorven kautta tehdyssä sydämen kaikututkimuksessa ei havaita sydämensisäisiä trombeja. Muiden suorien antikoagulanttien osalta tutkimukset ovat meneillään.

Sähköisen rytminsiirron vaihtoehtoja ovat muun muassa flekainidi<sup>A</sup>, propafenoni<sup>A</sup> ja vernakalanti<sup>A</sup>. Amiodaronin vaikutus on hidas<sup>B</sup> ja ibutilidin käyttöä rajoittaa kääntyvien kärkien kammiotakykardian vaara<sup>A</sup>. Lääkkeellistä rytminsiirtoa ei pidä tehdä, jos hemodynaamiikka on epävakaata tai potilaalla on vaikea sydämen vajaatoiminta, akuutti sepelvaltimotautikohtaus tai muu vaikea sydänsairaus.



KUVA 1. Antikoagulaatiohoito akuutin eteisvärinän rytminsiirrossa.

**Estohoito.** Beetasalpaajia voidaan käyttää avohoidossa, mutta ryhmän I ja III rytmihäiriölääkkeiden käytön aloitus kuuluu erikoislääkärille. Flekainidi<sup>A</sup> ja propafenoni<sup>A</sup> ovat tehokkaita itsenäisessä eteisvärinässä, mutta vasta-aiheisia sydänsairauksissa. Dronedaronin<sup>A</sup> käyttö edellyttää tarkkaa potilasvalintaa ja seurantaa. Amiodaroni on tehokas, mutta haittavaikutukset ja lääkeaineinteraktiot rajoittavat sen käyttöä<sup>A</sup>. Sotalolin<sup>A</sup> ja kinidiiniin<sup>A</sup> käyttöä puolestaan rajoittaa kääntyvien kärkien kammiotakykardian vaara.

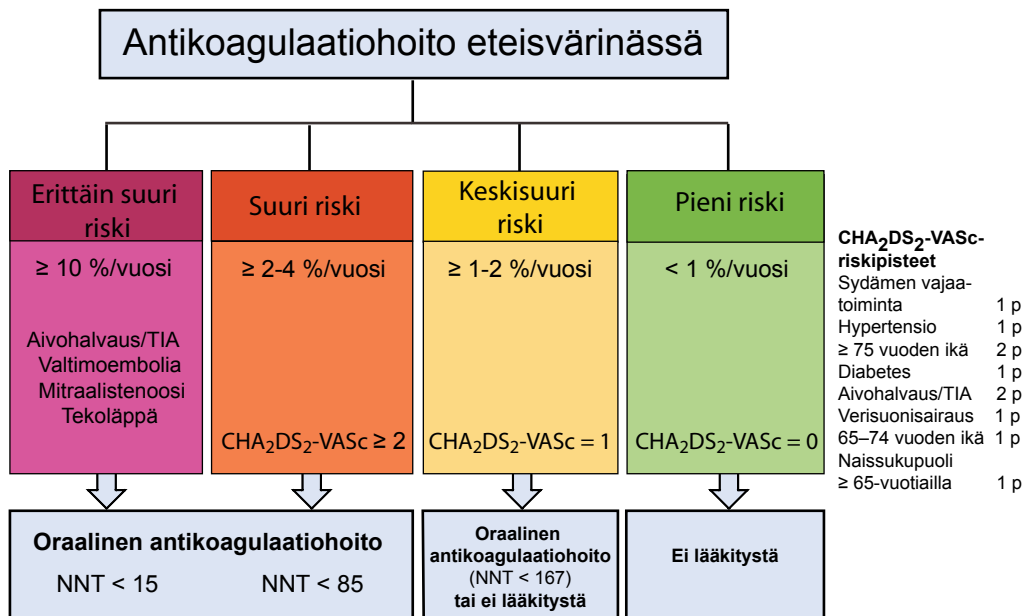
Katetriablaatio on hyvä vaihtoehto kohtausittaisen ja jatkuvan eteisvärinän hoidossa, jos lääkitys ei tehoa<sup>A</sup>. Ensi vaiheen hoitona sitä voidaan harkita nuorille itsenäistä eteisvärinää sairastaville. Kirurginen hoito tulee kyseeseen lähinnä muun sydänleikkauksen yhteydessä<sup>A</sup>. Tahdistinhoidon teho eteisvärinän estossa on huono<sup>B</sup>.

## Antikoagulaatiohoito

Antikoagulaatiohoidon valinta  $CHA_2DS_2-VASc$ -pisteytyksen avulla esitetään KUVASSA 2.

Eteisvärinäpotilaan tukosten estossa voidaan käyttää joko varfariinia tai suoria antikoagulantteja. ASAA ei heikon tehonsa ja haittavaikutustensa takia suositella eteisvärinään liittyvien tromboembolisten komplikaatioiden estoon. Antikoagulantti valitaan yksilöllisesti niin, että huomioidaan lääkkeiden edut ja haitat sekä potilaan toiveet.

Suorat antikoagulantit sopivat sekä uusille potilaille että niille, jotka ovat käyttäneet aiemmin varfariinia. Lyhytaikaisessa hoidossa (esim. kardioversion jälkeen) suora antikoagulantti on nopean vaikutuksensa ansiosta parempi valinta kuin varfariini. Vaihto varfariinista suoraan antikoagulanttiin on aiheellinen, jos varfariini ei sovi, INR-seuranta ei onnistu



**KUVA 2.** Antitromboottisen hoidon aiheellisuuden arviointi.

tai varfariinihoidon toteutumista kuvaava TTR (Time in Therapeutic Range) on alle 70 %. Toisaalta hyvin toteutettua varfariinihoitoa ei tarvitse vaihtaa.

Jos sekä tukos- että vuotovaara on poikkeuksellisen suuri, on harkittava eteiskorvakeen sulkua. ■

PEKKA RAATIKAINEN (pj.), KARI ASKONEN, MATTI HALINEN, HEIKKI HUIKURI, JUHANI KOISTINEN, HANNU PARIKKA, MARJA PUURUNEN, VESA VIRTANEN

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä

## Summary

### Update on Current Care Guideline: Atrial fibrillation

The prevalence and incidence of atrial fibrillation (AF) are increasing rapidly. Key recommendations in the management of AF include prompt administration of oral anticoagulation to all patients with elevated risk of thromboembolic complications, proper use of antiarrhythmic drugs and invasive therapies in highly symptomatic patients and adequate rate control in patients with permanent AF. The selection between warfarin and the novel oral anticoagulants (apixaban, dabigatran, rivaroxaban) is based on careful evaluation of the benefits and disadvantages of the drugs in a given patient.