



Eteisvärinä

- Eteisvärinä on yleisin pitkäkestoinen rytmihäiriö.
- Hoitamattomana se lisää kuolleisuutta ja sairastavuutta ja huonontaa elämänlaatua.
- Hoito valitaan yksilöllisesti niin, että huomioidaan potilaan oireet, perussairaudet ja toiveet.
- Ennusteen kannalta tärkeintä on oikein toteutettu antikoagulaatiohoito.

Diagnostiikka

- Tavallisimpia oireita ovat sydämentykytykset ja suorituskyvyn heikkeneminen.
 - Eteisvärinä saattaa olla myös oireeton.
- Kliinisistä löydöksistä tyypillisin on epäsäännöllinen kammiotaajuus.
- Eteisvärinän diagnoosi pitää varmistaa EKG-rekisteröinnillä.

Hoito

Rytminhallinta

- Eteisvärinän hoitolinjat (sykkeen- tai rytmihallinta) valitaan yksilöllisesti.
- Sinusrytmin palauttaminen ja rytmihäiriön uusiutumisen estäminen ovat aiheellisia, jos oireet ovat sykkettä hidastavasta lääkityksestä huolimatta vaikeita (EHRA-luokka 3–4).

Rytminsiirto

- Akuutissa (<48 tuntia) eteisvärinässä sähköinen tai lääkkeellinen rytminsiirto voidaan tehdä ilman edeltävää antikoagulaatiohoitoa pienen ja keskisuuren riskin potilaille ($CHA_2DS_2VASc \leq 1$).
 - Muissa tapauksissa ($CHA_2DS_2VASc \geq 2$) ennen rytminsiirtoa aloitetaan suora antikoagulantti tai pienimolekyylinen hepariini ja varfariini.
 - Varfariinia käytettäessä pienimolekyylisiä hepariinia jatketaan, kunnes INR on hoitotasolla.
 - Jos eteisvärinän kesto on epäselvä, toimi-

taan kuten pitkittyneessä eteisvärinässä.

- Sähköisen rytminsiirron vaihtoehtoja ovat flekainidi^A ja vernakalanti^A.
 - Amiodaroni^B on hidaskaikuteinen.
 - Ibutilidin^A käyttöä rajoittaa kääntyvien kärkien kammiotakykardian vaara.
 - Lääkkeellistä rytminsiirtoa ei saa tehdä, jos potilaalla on vaikea sydämen vajaatoiminta, akuutti sepelvaltimotautikohtaus tai epävakaata hemodynaamiikka.
- Pitkittyneessä eteisvärinässä (≥ 48 tuntia) rytminsiirron edellytyksenä on, että
 - varfariini on ollut hoitotasolla ($INR > 2$) tai suora antikoagulantti on ollut säännöllisessä käytössä vähintään 3 viikon ajan tai
 - ruokatorven kautta tehdyssä sydämen kaihokuvauksessa ei havaita sydämensisäisiä trombeja.
- Lääkkeet menettävät tehoaan rytmihäiriön pitkittyessä, joten elektitiivinen rytminsiirto tehdään aina sähköisesti.

Estohoito

- Perusterveydenhuollossa ensisijainen esto-lääke on beetasalpaaja^B.
- Amiodaronin^A, dronedaronin^A, flekainidin^A ja sotalolin^A käyttö edellyttää tarkkaa potilasvalintaa ja seuranta. Niiden aloitus kuuluu kardiologille tai sisätautilääkärille.
 - Flekainidi on vasta-aiheinen monissa sydänsairauksissa.
 - Sotalolin^A käyttöön liittyy proarytmian vaara.
 - Amiodaronin ja dronedaronin käyttöä rajoittavat sydämen ulkoiset haittavaikutukset.
- Katetriablaatio estää eteisvärinän uusiutumista tehokkaammin kuin rytmihäiriölääkkeet^A.
 - Se on hyvä vaihtoehto kohtauksittaisessa ja jatkuvassa eteisvärinässä, jos lääkitys ei tehoa.
 - Ensivaiheen hoitona sitä voidaan käyttää itsenäisessä eteisvärinässä.

- Kirurgista hoitoa^A voidaan harkita eteisvärinäpotilaan joutuessa sydänleikkaukseen.

Sykkeenhallinta pysyvässä eteisvärinässä

- Beetasalpaajat ovat tehokkaita ja turvallisia sykkeenhallinnassa^A.
- Vaihtoehtona voidaan harkita kalsiuminestäjiä (verapamiili tai diltiatseemi) tai digoksiineja.
- Varsinaisia rytmihäiriölääkkeitä ei pidä käyttää sykkeenhallintaan.
 - Dronedaroni lisää kuolleisuutta pysyvässä eteisvärinässä.
- Jos lääkehoito ei tehoa, on harkittava syvän tahdistimen asennusta ja eteis-kammiosolmukkeeseen katetriablaatiota^B.

Antikoagulaatiohoito

- Antikoagulaatiohoidon tarve arvioidaan CHA₂DS₂VASc-pistetystä käyttämällä.
 - Päätöstä antikoagulaatiohoidon aiheellisuudesta ei voi ratkaista ainoastaan sukupuolen perusteella, sillä naissukupuoli lisää tukosvaaraa vain yli 75-vuotiailla.

- Tukosten estossa käytetään suoria antikoagulantteja tai varfariinia.
 - Pelkkää ASAA ei pidä käyttää.
- Antikoagulantti valitaan yksilöllisesti niin, että huomioidaan lääkkeiden edut ja haitat ja potilaan toiveet.
 - Lyhytaikaisessa hoidossa (esim. kardioversion tai katetriablaation yhteydessä) suora antikoagulantti on parempi valinta kuin varfariini.
- Pitkäaikaishoidossa hyvin toteutettua varfariinihoitoa voidaan jatkaa, mutta vaihto suoraan antikoagulanttiin on aiheellinen, jos
 - varfariini ei sovi esimerkiksi allergian takia tai
 - INR-seuranta ei onnistu.
- Jos varfariinihoidon toteutumista kuvaava TTR (Time in Therapeutic Range) on alle 80 %, selvitetään huonon tasapainon syy ja arvioidaan, voidaanko tilanne korjata tehostamalla varfariinihoitoa tai vaihtamalla varfariini suoraan antikoagulanttiin.
- Jos sekä tukos- että vuotovaara ovat suuret, voidaan harkita eteiskorvakkeen sulkua. ■

Koko suositus on luettavissa: www.kaypahoito.fi

PEKKA RAATIKAINEN (pj.), KARI ASKONEN, MATTI HALINEN, HEIKKI HUIKURI, JUHANI KOISTINEN, HANNU PARIKKA, VESA VIRTANEN, ARJA TUUNAINEN (Käypä hoito -toimittaja)

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä

Näytön asteen luokitus:

A = Vahva tutkimusnäyttö, B = Kohtalainen tutkimusnäyttö, C = Niukka tutkimusnäyttö, D = Ei tutkimusnäyttöä

Update on Current Care Guideline: Atrial Fibrillation

The prevalence and incidence of atrial fibrillation (AF) are increasing rapidly. Key recommendations in management of AF include prompt anticoagulation in patients with elevated risk of thromboembolic complications (CHA₂DS₂VASc score ≥ 2), proper use of antiarrhythmic drugs and invasive therapies in symptomatic patients and adequate rate control in patients with permanent AF. The selection between the direct oral anticoagulants (DOAC) and warfarin is based on careful evaluation of the benefits and disadvantages of the drugs. DOAC is usually a good choice except for the patients with mitral valve stenosis or prosthetic heart valve.