

Endorsement af ESC guideline for atrieflimren

ESC udgav i 2024 nye guidelines med titlen: “ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation”.

En arbejdsgruppe nedsat af DCS' bestyrelse har gennemgået rapporten og udarbejdet en række kommentarer, som efterfølgende har været i høring blandt selskabets medlemmer.

På baggrund af denne proces har DCS' bestyrelse besluttet at *endorse* denne guideline med de fremsatte kommentarer og danske forbehold. Guidelines og kommentarer er efterfølgende blevet fremlagt for selskabets medlemmer ved DCS-mødet **d. 9. januar 2025**.

Arbejdsgruppen bestod af følgende medlemmer:

Navn	Arbejdsgruppe / selskab
Andi Albertsen	Arytmiarbejdsgruppe/Dansk Cardiologisk Selskab
Axel Brandes	Arytmiarbejdsgruppe/Dansk Cardiologisk Selskab
Stine Darkner	Arytmiarbejdsgruppe/Dansk Cardiologisk Selskab
Ulrik Dixen	Arytmiarbejdsgruppe/Dansk Cardiologisk Selskab
Smbat Jamalyan	Arytmiarbejdsgruppe/Dansk Cardiologisk Selskab
Albert Marni Jønsen	Arytmiarbejdsgruppe/Dansk Cardiologisk Selskab
Christian Jøns	Arytmiarbejdsgruppe/Dansk Cardiologisk Selskab
Jacob Mosgaard	Arytmiarbejdsgruppe/Dansk Cardiologisk Selskab
Armin Osmanagic	Arytmiarbejdsgruppe/Dansk Cardiologisk Selskab
Lars Peter Riber	Dansk Thoraxkirurgisk Selskab
Eske Sindby	Dansk Thoraxkirurgisk Selskab
Samuel Kiil Sørensen	Arytmiarbejdsgruppe/Dansk Cardiologisk Selskab
Christoffer Witt	Arytmiarbejdsgruppe/Dansk Cardiologisk Selskab
Lucas Yixi Xing	Arytmiarbejdsgruppe/Dansk Cardiologisk Selskab

<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Atrial-Fibrillation>

Specifikke kommentarer

Punkt	Uddrag	Kommentarer
3.1.	Definition and classification of AF (inkl. tabel 5 og 6)	Vi tilslutter os.
3.2.	Diagnostic criteria for AF (inkl. recommendation table 1)	Vi tilslutter os.
3.3.	Symptoms attributable to AF (inkl. figur 1, tabel 7 og recommendation table 2)	Vi tilslutter os.
3.4.	Diagnostic evaluation of AF (inkl. tabel 8 og recommendation table 3)	Vi tilslutter os.

3.5.	Adverse events associated with AF (inkl. figur 1)	Vi tilslutter os.
3.6.	Atrial flutter	Vi tilslutter os med følgende kommentar: Der er en fejl i den første sætning, som skal hedde "Atrial flutter (AFL) is among the most common...".
4.1.1.	The patient at the heart of care (inkl. figur 2 og tabel 9)	Vi tilslutter os generelt den nye model AF-CARE. Det findes positivt, at der nu anbefales en løbende og mere systematisk revurdering af AF-patienten i forløbet. Det er dog vigtigt at pointere, at ESC-guidelines er meget ambitiøse på dette punkt. Især er det vigtigt, at der etableres et godt samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren i sundhedsvæsenet, for at den tværsektorielle tilgang kan lykkes, og at der afsættes tilstrækkelige ressourcer til den enkelte patient. I en vis udstrækning er der behov for en nytænkning af sundhedsvæsenet.
4.1.2.	Education and shared decision-making	Vi tilslutter os med følgende kommentarer: Der arbejdes med Fælles Beslutningstagning flere steder i Danmark. I Danmark indgår Hjerteforeningen som organisation, der støtter patienter med AF. Det skal pointeres, at Fælles Beslutningstagning kræver tid og tilstrækkelige ressourcer.
4.1.3.	Education of healthcare professionals	Vi tilslutter os.
4.1.4.	Inclusive management of AF	Vi tilslutter os.
4.2.	Principles of AF-CARE (inkl. figur 3-7 og recommendation table 4)	Vi tilslutter os med følgende kommentarer: Det findes positivt, at der er udarbejdet care pathways for de forskellige AF-fænotyper (førstegangs-diagnosticeret, paroksyttisk, persisterende, permanent AF). Figur 3: Vi anbefaler generelt at anvende CHA ₂ DS ₂ -VA-scoren i Danmark.

		<p>Figur 4: Der skal udvises forsigtighed ved behandling med betablokkere hos patienter med nedsat eller ukendt LVEF og inkompensation/hæmodynamisk ustabil tilstand.</p> <p>Figur 5: Kirurgisk/hybrid ablation udføres ikke i større omfang i Danmark.</p> <p>Figur 5 og 6: Dronedaron og Sotalol anbefales ikke som førstevalg til AF-patienter i Danmark.</p>
5.	[C] Comorbidity and risk factor management (inkl. recommendation table 5, figur 8)	<p>Vi tilslutter os med følgende kommentarer:</p> <p>Det findes positivt, at der sættes individuelle mål for behandling af risikofaktorer og komorbiditet hos den enkelte patient.</p> <p>Effektivt risikofaktormanagement hos patienter med AF kræver et godt samarbejde med mellem sundhedsvæsenets primær- og sekundærsektor, idet mange tilbud for risikofaktormanagement ligger hos kommunerne.</p>
5.1.	Hypertension	Vi tilslutter os.
5.2.	Heart failure	<p>Vi tilslutter os med følgende kommentar: Den medicinske behandling af hjertesvigt skal følge hjertesvigtguidelines.</p> <p>Hos patienter, som klart har takykardi-induceret hjertesvigt skal behandlingen vurderes individuelt.</p>
5.3.	Type 2 diabetes mellitus	Vi tilslutter os.
5.4.	Obesity	Vi tilslutter os.
5.5.	Obstructive sleep apnoea	Vi tilslutter os.
5.6.	Physical inactivity	Vi tilslutter os
5.7.	Alcohol excess	Vi tilslutter os.
6.1.1.	Kvindeligt køn en risiko-"modificerende" faktor snarere end en risikofaktor i sig selv - komplicerer klinisk praksis => CHA2DS2-VASc => CHA2DS2-VA (inkl. recommendation table 6)	Vi tilslutter os med følgende kommentar: Der er en god idé, at fjerne køn som en faktor, da det i praksis ikke ændrer på indikationen, men gør det nemmere at anvende og forstå scoren.
6.1.1.	Tabel 10 Ny definition af C i CHA2DS2-VA: Chronic heart failure:	Vi tilslutter os med følgende kommentar: Der er nu en noget "bredere" definition af "hjertesvigt" end

	Symptoms and signs of heart failure (irrespective of LVEF, thus including HFpEF, HFmrEF, and HFrEF), or the presence of asymptomatic LVEF $\leq 40\%$	tidligere og inkluderer ikke længere en historik med hjertesvigt.
6.2.1.	<i>Direct oral anticoagulants are recommended in preference to VKAs to prevent ischaemic stroke and thromboembolism, except in patients with mechanical heart valves or moderate-to-severe mitral stenosis (+ Figur 9 og Tabel 11)</i>	Vi tilslutter os.
6.2.2.	“Maintaining VKA treatment rather than switching to a DOAC may be considered in patients aged ≥ 75 years on clinically stable therapeutic VKA with polypharmacy to prevent excess bleeding risk”	Vi tilslutter os med følgende kommentar: En velfungerende VKA-behandling skal fastholdes og patienten skal ikke skiftes til DOAK.
6.2.2.	VKA og INR indikationer og rekommandationer (inkl. recommendation table 7)	Vi tilslutter os
6.2.3.	“Direct oral anticoagulant therapy may be considered in patients with asymptomatic device-detected subclinical AF and elevated thromboembolic risk to prevent ischaemic stroke and thromboembolism, excluding patients at high risk of bleeding”	Vi tilslutter os.
6.3.	Pladehæmmere (alene el i kombination m AK-beh) og AFLI (inkl. recommendation table 8)	Vi tilslutter os.
6.4.	Recommendations for thromboembolism despite anticoagulation (inkl. recommendation table 9)	Vi tilslutter os.
6.5.	Recommendations for percutaneous left atrial appendage occlusion (LAO) (inkl. recommendation table 10)	Vi tilslutter os.
6.6..	Recommendations for surgical left atrial appendage occlusion (inkl. recommendation table 11)	Vi tilslutter os.
6.7.1.	Assessment of bleeding risk (inkl. figur 10 og recommendation table 12)	Vi tilslutter os med følgende kommentar: Dette betyder i praksis at HAS-BLED-scoren <u>IKKE</u> længere bør anvendes, men at man bør vurdere de enkelte risikofaktorer for blødning.
6.7.2.	Recommendations for management of bleeding on anticoagulant therapy (inkl. figur 11 og recommendation table 13)	Vi tilslutter os.
7.1.	Management of heart rate in patients with AF, recommendation table 14	Vi tilslutter os.
7.2.1.	<i>Tekst:</i> “Only for those without thromboembolic risk factors and sinus rhythm restoration within 24 h of AF onset is post-cardioversion OAC optional.” <i>Recommendation Tabel 15:</i>	Vi anbefaler at holde fast i, at der skal gives AK-behandling i mindst 4 uger til alle patienter efter kardiovertering uafhængig af tromboembolisk risiko (CHA2DS2-VA).

	“Oral anticoagulation is recommended to continue for at least 4 weeks in all patients after cardioversion and long-term in patients with thromboembolic risk factor(s) irrespective of whether sinus rhythm is achieved, to prevent thromboembolism”	
7.2.2.	“..... sedation by intravenous midazolam, propofol, or etomidate”	Vi tilslutter os med følgende Kommentar: Etomidate findes ikke i DK. Midazolam eller andre benzodiazepin-derivater kan anvendes.
7.2.3.	Tabel 13 og recommendation table 17	Vi tilslutter os med følgende Kommentar: Ibutilide og Vernakalant er ikke indregistreret i Danmark.
7.2.4.	Antiarrhythmic drugs (inkl. recommendation table 18)	Vi tilslutter os.
7.2.5.	Catheter ablation, recommendation table 19 HF-patients: AF catheter ablation should be considered in selected patients.... IIa/B	Vi tilslutter os med følgende kommentar: Patienter med hjertesvigt og AF bør inkluderes i DANABLATE-HF, med mindre patienter har takykardi-induceret hjertesvigt.
7.2.6.	Anticoagulation in patients undergoing catheter ablation, (recommendation table 20)	Der er en diskrepans mellem de aktuelle guidelines og et nyligt consensus paper om ablation for atrieflimren.
7.2.7.	Endoscopic and hybrid AF ablation (recommendation table 21) “Endoscopic and hybrid ablation should be considered in patients with symptomatic persistent AF refractory to AAD therapy to prevent symptoms, recurrence, and progression of AF, within a shared decision-making rhythm control team of electrophysiologists and surgeons.”	Vi tilslutter os.
7.2.8.	AF ablation during cardiac surgery, recommendation table 22	Vi tilslutter os.
8.4.	Pt.-reported outcome measures, recommendation table 23: Evaluating quality of care and identifying opportunities for improved treatment of AF should be considered by practitioners and institutions to improve patient experiences.	Vi tilslutter os.
9.1.	AF-CARE in unstable patients	Vi tilslutter os.
9.2.	AF-CARE in acute and chronic coronary syndroms (inkl. Figure 14 og recommendation table 24)	Vi tilslutter os med følgende kommentar: PCI-operatøren lægger i praksis som regel en plan for den antitrombotiske behandling.
9.3.	AF-CARE in vascular disease	Vi tilslutter os.
9.4.	AF-CARE in acute stroke or ICH	Vi tilslutter os med følgende kommentar: Neurologerne har selv

		klare guidelines for dette område, som følges/henvises til og der konfereres som udgangspunkt med neurologerne.
9.5.	AF-CARE for trigger-induced AF (inkl. tabel 14, recommendation table 25)	Vi tilslutter os.
9.6.	AF –CARE in postoperative ptt. (inkl. recommendation table 26)	Vi tilslutter os med følgende kommentar: Patienter med POAF efter en hjerteoperation har lavere risiko for stroke end patienter med POAF efter ikke-hjerteoperationer. Patienterne bør evalueres, inden der tages stilling til eventuelt varig AK-behandling.
9.7.	AF-CARE in ESUS (inkl.recommendation table 27)	Vi tilslutter os.
9.8.	AF-CARE during pregnancy (inkl. recommendation table 28)	Vi tilslutter os med følgende kommentar: Ibutilide er ikke indregistreret i Danmark.
9.9.	AF-CARE in congenital heart diseases (inkl. recommendation table 29)	Vi tilslutter os.
9.10.	AF-CARE in endocrine disorders	Vi tilslutter os.
9.11.	AF-CARE in inherited cardiomyopathies and primary arrhythmia syndromes	Vi tilslutter os med følgende kommentar: Ibutilide er ikke indregistreret i DK.
9.12.	AF-CARE in cancer	Vi tilslutter os.
9.13.	AF-CARE in older, multimorbid, or frail patients	Vi tilslutter os.
9.14.	AF-CARE in atrial flutter (inkl. recommendation table 30)	Vi tilslutter os.
10.	Screening and prevention of AF	Vi tilslutter os med følgende kommentar: Det er positivt, at screening for AF diskuteres bredere i 2024 guidelines end førhen inkl. forskellige screening strategier.
10.1.	Epidemiology of AF	Vi tilslutter os.
10.2.	Screening tools for AF (inkl. figur 15 og tabel 15)	Vi tilslutter os.
10.3.	Screening strategies for AF (inkl. figur 16 og recommendation table 31)	Vi tilslutter os med følgende kommentar til figur 16: I Danmark findes der ingen generelle nationale

		<p>eller regionale screeningsprogrammer for AF på nuværende tidspunkt.</p> <p>Desuden bør man være tilbageholdende med anbefalinger om generel screening for AF i Danmark, så længe der ikke er klar dokumentation for, at gevinsten overstiger mulige ulemper.</p>
10.3.1.	Single timepoint screening 'snapshot'	Vi tilslutter os.
10.3.2.	Prolonged screening	Vi tilslutter os.
10.4.	Factors associated with incident AF (inkl. tabel 16)	Vi tilslutter os.
10.5.	Primary prevention of AF (inkl. recommendation tabel 32)	<p>Vi tilslutter os.</p> <p>Det er positivt, at der rettes fokus mod primærprævention af AF. Evidensen er dog stadig begrænset og ganske overvejende baseret på observationelle studier.</p>
10.5.1.	Hypertension	Vi tilslutter os.
10.5.2.	Heart failure	Vi tilslutter os.
10.5.3.	Type 2 diabetes mellitus	Vi tilslutter os.
10.5.4.	Obesity	Vi tilslutter os.
10.5.5.	Sleep apnoea syndrome	Vi tilslutter os.
10.5.6.	Physical activity	Vi tilslutter os.
10.5.7.	Alcohol intake	Vi tilslutter os.