

## BEHANDLINGSVEJLEDNING FOR ALMEN PRAKSIS

# NON-VALVULÆR ATRIEFLIMREN

## START AF BEHANDLING

### UNDGÅ UNDERBEHANDLING

Underbehandling af atrieflimren er et stort problem i Danmark og skyldes bl.a. manglende opsporing. Udfør derfor altid opportunistisk screening af patienter over 65 år ved hjælp af pulspalpation. Diagnosen atrieflimren stilles ved EKG optagelse.

### VURDER TROMBOSE RISIKO

Start behandling hos alle diagnosticerede patienter med en trombose risikovurdering på  $\geq 1$ . Trombose risikoen måles med en  $CHA_2DS_2$ -VASc score:

	RISIKOFAKTOR FOR APOPLEKSI	$CHA_2DS_2$ -VASc SCORE
C	Congestive heart failure/LV dysfunction (Hjertesvigt/nedsat ve. ventrikelfunktion)	1
H	Hypertension (patient har diagnosen)	1
A	Alder $\geq 75$ år	2
D	Diabetes mellitus	1
S	Stroke/TIA/Systemic embolism (Apopleksi/TCI/perifer emboli)	2
V	Vascular disease (Vaskulær sygdom, Myokardieinfarkt, perifer arteriel sygdom)	1
A	Alder 65–74 år	1
Sc	Sex category (Female) (Kvindeligt køn)	1 (0 hvis ingen andre risikofaktorer)
Maksimal mulig score er 9 points		

### VURDER BLØDNINGSRISIKO

Foretag også en vurdering af patientens blødningsrisiko ved hjælp af HAS-BLED score. En høj HAS-BLED score udelukker ikke en patient fra behandling med oral antikoagulation, men ved høj HAS-BLED score skal det nøjere vurderes, hvilken terapi og monitorering patienten skal tilbydes.

### KLINISKE KARAKTERISTIKA, DER TILSAMMEN UDGØR "HAS-BLED BLEEDING RISK SCORE"

	KLINISKE KARAKTERISTIKA	MULIGE POINTS
H	Hypertension (hvis det ikke er velbehandlet, så giv point)	1
A	Abnormal lever- eller nyrefunktion (1 point for hver)	1 eller 2
S	Tidligere apopleksi	1
B	Tidligere blødning	1
L	Ustabil INR (Tid i terapeutisk interval, TTI, $< 60\%$ )	1
E	Alder over 65 år	1
D	Lægemidler med indflydelse på koagulation (f.eks. NSAID). Stort alkoholforbrug (1 point for hver)	1 eller 2
Maksimal mulig score er 9 points		

# VALG AF ANTIKOAGULANTIA

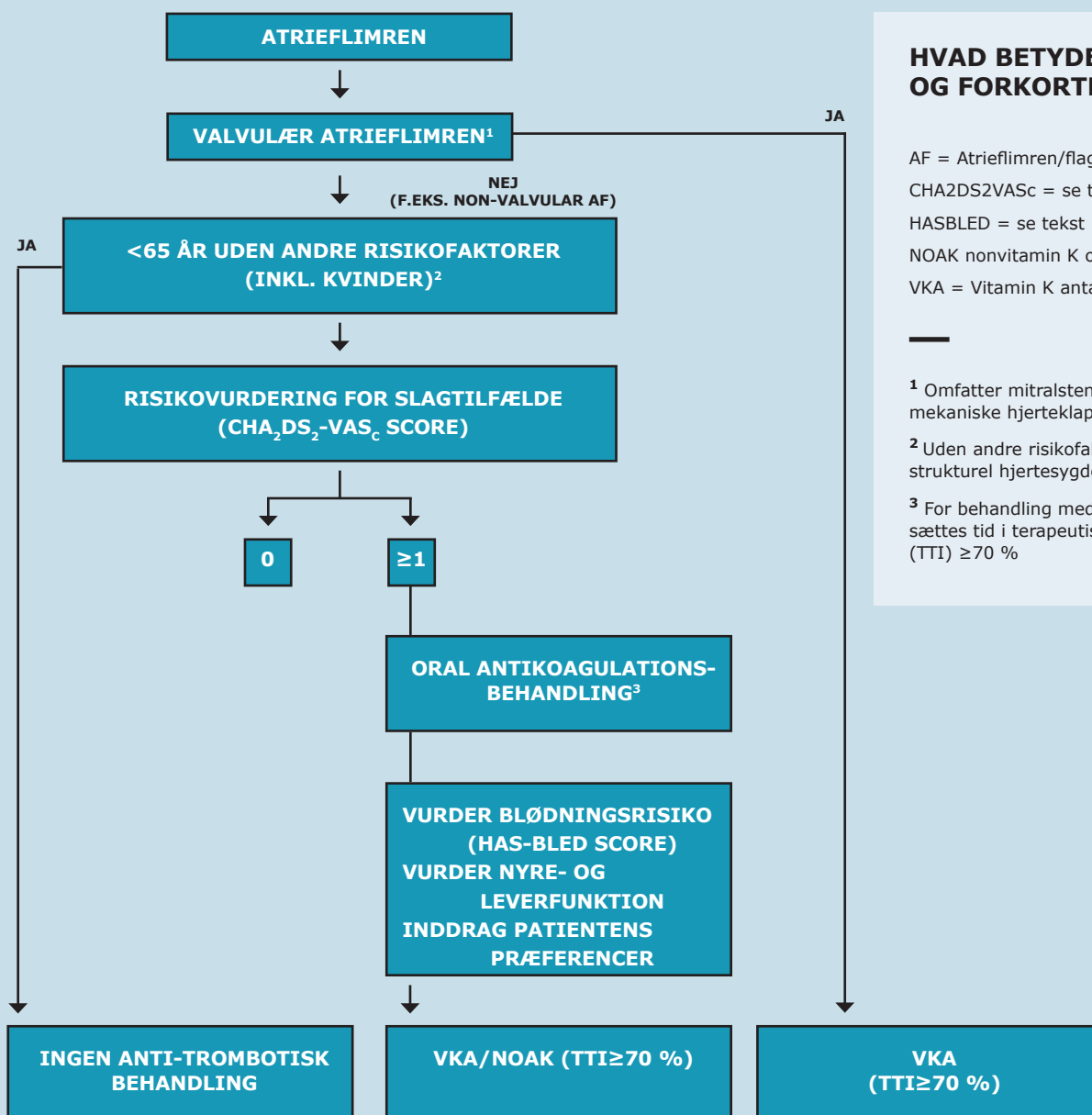
## HVAD BETYDER NOTER OG FORKORTELSER?

AF = Atrieflimren/flagren  
CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc = se tekst  
HASBLED = se tekst  
NOAK nonvitamin K oral antikoagulantia  
VKA = Vitamin K antagonist

<sup>1</sup> Omfatter mitralstenose og mekaniske hjerteklapprotoser

<sup>2</sup> Uden andre risikofaktorer eller strukturel hjertesygdom

<sup>3</sup> For behandling med VKA forudsættes tid i terapeutisk INR-interval (TTI)  $\geq 70\%$



**Anvend til minimum 75 % af patienterne: Apixaban (Eliquis), Edoxaban (Lixiana), Rivaroxaban (Xarelto), der alle vurderes af RADS med stærk anbefaling for.**

**Anvend til op til 25 % af patienterne: Marevan / Warfarin Orion (hvis TTI er på  $\geq 70\%$ ).**

RADS anbefaler kun Warfarin til patienter med dokumenterede INR værdier ml. 2 og 3 med en gennemsnitlig Tid i Terapeutisk Interval (TTI) på  $\geq 70\%$ . Hvis TTI på individniveau ikke kan opretholdes på  $\geq 70\%$  i 6-12 måneder, kræves et behandlingsskift.

**Overvej:** Dabigatran (Pradaxa) vurderes af RADS med svag anbefaling for som følge af høj grad af renal elimination, hyppighed af gastrointestinale bivirkninger (dyspepsi), øget forekomst af interaktioner med andre kardiologiske farmaka og begrænset mulighed for maskinel dosisdispensering.

**Anvend ikke:** RADS har stærk anbefaling imod Warfaring med  $TTI < 60\%$  vurderet over 6 måneder, ligesom RADS anbefaler behandlingsskift allerede efter 3 måneder ved labile INR værdier.

Selvtest/selvstyring af Warfarin øger i heterogene, højt-selektede patient-populationer TTI og nedsætter den relative mortalitet samt risiko for tromboemboli i forhold til konventionel behandling med VKA.

RADS mener, at det er vigtigt, at det gennemføres head-to-head studier, der sammenligner de fire NOAK.

## SCENARIER FOR PATIENTER, DER STARTER AK BEHANDLING

KLINISK PROBLEMSTILLING	OVERVEJ AT VÆLGE	KOMMENTAR
Manglende information om kvalitet af Warfarinbehandling	Xarelto Eliquis Lixiana Pradaxa	Anvendelse af Warfarin forudsætter TTI på $\geq 70$ %.
Sikker sektorovergang	Xarelto Eliquis Lixiana Pradaxa	Aktuelt ingen tvær-sektoriel platform for dosering og styring af Warfarinbehandling.
Høj alder med komorbide tilstande og varierende helbred, herunder hyppige infektioner og varierende fødeindtagelse	Xarelto Eliquis Lixiana	Vanskeligt at gennemføre Warfarinbehandling med høj TTI hos ældre, skrøbelige patienter. Pradaxa kan ikke dosis-dispenseres.
Nedsat nyrefunktion samt uræmi	Se tabel nedenfor	
Forventet lav TTI vurderet ved SAME-TT <sub>2</sub> R <sub>2</sub> score $\geq 2$	Xarelto Eliquis Lixiana Pradaxa	Se afsnit om lægemiddelvalg.
Patientønske om hyppig kontrol	Maravan/ Warfarin Orion	Kontrolinterval bør ikke overstige 4 uger.
Patientønske om lave, direkte udgifter til medicin	Marevan/ Warfarin Orion	Warfarin har lavere egenbetaling end NOAK.
Ønske om sjældnere kontrol	Xarelto Eliquis Lixiana Pradaxa	Der anbefales kontrol mindst to gange årligt, hyppigere ved nyrefunktionsnedsættelse eller ændringer i nyrefunktionen.
Reduktion i interaktionsrisiko	Xarelto Eliquis Lixiana	Warfarin har mange drug-to-drug og føde-interaktioner.
Hyppige operationer	Xarelto Eliquis Lixiana Pradaxa	Hyppige, operative indgreb medfører behov for pause/dosisreduktion i Warfarinbehandling og evt. heparin-bridging ved patienter med høj risiko for trombose.
Præference for én daglig dosis	Maravan/ Warfarin Orion Xarelto Lixiana	
Uafhængighed af fødeindtagelse	Eliquis Lixiana Pradaxa	Warfarinbehandling vanskelig at gennemføre med høj TTI hos patienter med varierende fødeindtagelse. Absorption af Xarelto afhængig af fødeindtagelse.
Behov for maskinel dosisdispensering	Eliquis Lixiana Xarelto	Pradaxa kan ikke dosisdispenseres. Warfarin er problematisk i forhold til dosisdispenseres, idet der kan gå op til 14 dage før en ændring i dosis er effektueret.

## BEHANDLING FOR PATIENTER MED NORMAL NYREFUNKTION

ATRIEFLIMREN	
Pradaxa	150 mg x 2
Xarelto	20 mg x 1
Eliquis	5 mg x 2
Lixiana	60 mg x 1

\* For patienter med høj blødningsrisiko bør dosisreduktion til 110 mg x 2 overvejes  
**Tabellen nedenfor tager udgangspunkt i produktresumeerne for Eliquis, Pradaxa, Lixiana og Xarelto. Ved eGFR <15 ml/min anvendes Warfarin.**

## BEHANDLING FOR PATIENTER MED NEDSAT NYREFUNKTION SAMT URÆMI

ATRIEFLIMREN	eGFR 30-49 mL/min	eGFR 15-29 mL/min	eGFR <15 mL/min
Pradaxa	150 mg x 2*	Kontraindiceret	Kontraindiceret
Xarelto	15 mg x 1	Forsigtighed tilrådes	Kontraindiceret
Eliquis	5 mg x 2	Forsigtighed tilrådes og dosisreduktion til 2,5 mg x 2	Kontraindiceret
	<b>eGFR &lt;50 ml/min</b>		
Lixiana	30 mg x 1	30 mg x 1	Kontraindiceret

### MULTISYGE

Multisyge er ofte patienter i polyfarmaci behandling. Dette udgør en ekstra risiko i forhold til risici for fejlmedicineringer og dermed øget blødnings- og tromboserisiko. Valg af blodfortyndende behandling

tages i et samarbejde mellem patient og lægen, der er tovholder for patientens samlede helbred og ansvarlig for anden medicinsk behandling. Dvs. egen læge, kardiolog, geriater eller multisygdom-center.

## BEHANDLINGSOPFØLGNING

### KONTROL

Atrieflimren er en kronisk lidelse, hvor der udover INR-kontrol hos patienter i Warfarinbehandling, er behov for ihvertfald i de første år minimum 2 årlige kontroller med særligt fokus på compliance, blodtryk, komorbiditet, nyrefunktion og anden medicinsk behandling uanset typen af AK-behandling. Patienter i behandling med NOAK bør kontrolleres mindst fire gange det første år, derefter to gange årligt, og oftere ved nedsat nyrefunktion.

### PAUSE/OPHØR

Skal patienten have et operativt indgreb, har den opererende læge ansvaret for pausering og eventuel bridging af den perorale AK-behandling. Al pausering bør nøje overvejes af den opererende læge, i så fald i samråd med en specialist. Benyt evt. bridging-app på [www.dsth.dk](http://www.dsth.dk)

Kun patienter med høj risiko for tromboemboliske komplikationer skal have bridging med lav-molekylært heparin. Behandlingen er livslang. Alder er ingen grund til ophør.

### SKIFT AF BEHANDLING/PRÆPARAT

Eventuelt behandlingsskift bør ske efter en samlet, individuel vurdering af patienten, og på baggrund af bivirkninger, risiko for medikament-specifik interaktion, patientønske og compliance, herunder Tid i Terapeutisk Interval (TTI).

Velbehandlede patienter kan fortsætte eksisterende behandling. Både patienter i Warfarinbehandling og patienter, der får Eliquis, Pradaxa, Lixiana eller Xarelto.

Det er u hensigtsmæssigt, at patienter, der er velbehandlede på et NOAK præparat, skiftes til et andet NOAK præparat af organisatoriske eller administrative hensyn.

Patienter, der allerede er sat i behandling med VKA og har dokumenteret gennemsnitlig Tid i Terapeutisk Interval (TTI) på  $\geq 70\%$  kan fortsætte eksisterende behandling.

Ved skift af behandling fra vitamin K-antagonist til NOAK bør der være en begrundet formodning om et bedre behandlingsmæssigt resultat end det, som kan opnås med vitamin K-antagonist.

Denne RADS-vejledning (version 1.0, 2017.02) er et uddrag af baggrundsnotat for oral antikoagulationsbehandling ved non-valvulær atrieflimren fra august 2016. **Se notatet på [rads.dk](http://rads.dk)**