

Atrieflimren (AF) patient information



Providing information, support and access to established, new or
innovative treatments for Atrial Fibrillation

Ordliste

Antiarytmiske lægemidler Medicin, der bruges til at genoprette eller opretholde den normale hjerterytme

Antikoagulantia Medicin, som hjælper med at bremse blodets størkningsproces

Arytmi En arytmi er en abnormitet i hjertets rytme. Det kan slå for langsomt, for hurtigt eller uregelmæssigt. Disse abnormiteter spænder fra et mindre besvær eller ubehag til et potentielt fatalt problem.

Arytmisygeplejerske En sygeplejerske, der er uddannet i hjerterytmeforstyrrelser

Atrieflimren (AF) En hjerterytmeforstyrrelse, der forårsager en uregelmæssig og ofte unormalt hurtig puls

Kardiolog En læge, der har specialiseret sig i diagnosticering og behandling af patienter med en hjertesygdom

Kateterablation En behandling, der ødelægger meget små områder inde i hjertet, som forårsager arytmierne

Ekkokardiogram Et ekkokardiogram (ekko) bruger lydbølger til at danne billeder af dit hjerte. Denne almindelige test giver din læge mulighed for at se dit hjerte slå og pumpe blod. Din læge kan bruge billederne fra et ekkokardiogram til at identificere hjertesygdomme.

Elektrokardiogram (EKG) Et elektrokardiogram (EKG) er en simpel test, der kan bruges til at kontrollere dit hjertes rytme og elektriske aktivitet. Sensorer, der er fastgjort på huden, bruges til at registrere de elektriske signaler, som dit hjerte skaber, hver gang det slår.

Elektrofysiolog (EP) En kardiolog, der har specialiseret sig i hjerterytmeforstyrrelser

Sinusrytme Normal hjerterytme

Stroke Et stroke (apopleksi) opstår, når blodtilførslen til en del af din hjerne afbrydes eller reduceres, hvilket forhindrer hjernevæv i at få ilt og næringsstoffer. Hjerneceller begynder at dø på få minutter. Et stroke er en medicinsk nødsituation, og hurtig behandling er afgørende.

Hjertet under normal rytme

Hjertet under normal rytme

Hjertet er en muskelpumpe, som leverer blod, der indeholder ilt, til kroppen. Det er opdelt i to øvre forkamre (atrier), som modtager blod fra kroppen, og to nedre hjertekamre (ventrikler), som pumper blod ud til lungerne og gennem aorta (hovedpulsåren) til resten af kroppen.

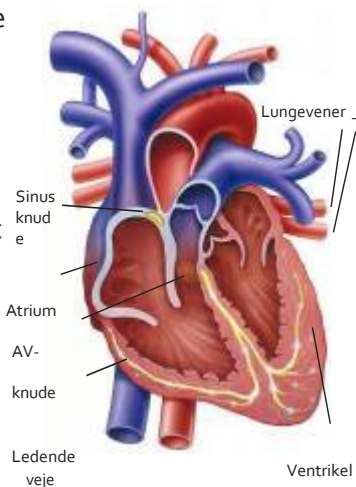
Normalt slår hjertet på en regelmæssig, organiseret

måde, med en hastighed på 60-100 slag i minuttet. Dette skyldes, at det er drevet af 'sinusknuden', en specialiseret gruppe af celler i højre atrium, som udsender elektriske impulser, der derefter bevæger sig gennem atrierne, hvilket får muskelcellerne til at trække sig sammen.

Sinusknuden omtales sommetider som hjertets naturlige pacemaker. Disse elektriske impulser spredes gennem atrierne og derefter ind i ventriklerne via den atrioventrikulære knude ('AV-knuden'). Sinusknuden styrer hjertets timing efter kroppens behov.

Et eksempel på dette er under træning, hvor pulsen stiger.

Hjertet og normal ledning



© 2012 AF Association

Hvad er atrieflimren (AF)?

Atrieflimren (AF) er den mest almindelige hjertesygtme-forstyrrelse.

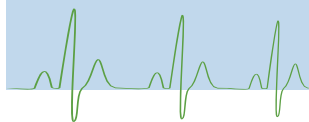
I DK er ca. 130.000 patienter diagnosticeret med AF. Det kan påvirke voksne i alle aldre, men er mere almindeligt, når folk bliver ældre. I aldersgruppen over 75 år påvirker det omkring 10 % af alle mennesker. Ubehandlet eller dårligt overvåget kan AF føre til alvorlige komplikationer såsom hjertesvigt og stroke.

AF opstår, når der udvikles kaotisk elektrisk aktivitet i atrieerne, som fuldstændigt overtager fra sinusknuden. Som følge heraf slår atrieerne ikke længere på en organiseret måde og pumper mindre effektivt. AV-knuden vil stoppe nogle af disse meget hurtige impulser i at fortsætte til ventriklerne, men ventriklerne vil stadig slå uregelmæssigt og muligvis hurtigt.

Dette kan bidrage til symptomer som hjertebanken, åndenød, ubehag i brystet, svimmelhed, besvimelse eller træthed. Målet med behandlingen i AF er at genoprette hjertets normale rytme, og hvis dette ikke er muligt, derefter at bremse den uregelmæssige hjerterefrekvens, at lindre symptomer og at forebygge komplikationer til AF-relateret stroke og hjertesvigt.

Hvem får AF?

Der er ingen 'typisk' AF-patient. AF forekommer hos mænd og kvinder af alle racer og kan forekomme i alle aldre. Selvom det kan "ligge til familien", vil de fleste mennesker, der er diagnosticeret med AF, ikke have en familiehistorie med tilstanden. Nogle hændelser og sygdomme kan gøre AF mere sandsynlig, men det kan også forekomme uden varsel.



Hvad forårsager AF?

AF er relateret til alder; jo ældre du bliver, desto større sandsynlighed er der for, at du udvikler det. AF ses ofte efter en 'åben' hjerteoperation. Andre tilstande eller sygdomme kan også øge din risiko for at få AF. Dette betyder ikke, at AF altid udvikler sig, men risikoen stiger. Nedenfor er nævnt flere forhold forbundet med AF:

- Højt blodtryk
- Koronar hjertesygdom
- Mitralklapsygdom (forårsaget af reumatisk hjertesygdom, klappproblemer ved fødslen eller infektion)
- Medfødt hjertesygdom (abnormitet i hjertet til stede siden fødslen)
- Lungebetændelse
- Lungekræft
- Lungeemboli
- Overaktiv skjoldbruskkirtel (hyperthyroidisme)

Derudover kan alkohol- og stofmisbrug eller fejlanvendelse disponere dig for AF. Selvom din risiko for AF stiger med de ovenfor nævnte problemer, udvikler mange mennesker AF uden nogen forklarlig grund.

Hvad er symptomerne på AF?

Symptomer på AF omfatter:

- Hjertebanken
- Træthed
- Åndenød
- Svimmelhed
- Brystsmerter

Nogle mennesker med AF har ingen symptomer, og det opdages måske først ved en rutinemæssig lægeundersøgelse eller efter en indlæggelse på akutmodtagelsen med en anden tilstand. Den nemmeste måde at registrere AF på er at mærke din puls!

Findes der forskellige typer AF?

Ja, tidligt i sygdommen er AF ofte intermitterende, hvilket betyder, at den kan komme og gå uden varsel, og der kan gå lange perioder mellem 'anfaldene'. Når AF først opstår, kan de tidlige episoder være korte og forårsage meget milde symptomer. Faktisk ved nogle mennesker med denne tidlige AF-fase måske ikke engang, at de har det. AF falder i en af tre kategorier, der beskriver udviklingen af sygdommen, lige fra lejlighedsvis episoder til fuldstændigt fravær af en normal hjerterytme:

1. **Første diagnosticerede AF:** AF, der ikke er blevet diagnosticeret før, uanset varigheden af arytmien eller tilstedeværelsen og sværhedsgraden af AF-relaterede symptomer.
2. **Paroxysmal AF** – flere episoder, der ophører inden for syv dage uden behandling.
3. **Vedvarende AF** – episoder, der varer længere end syv dage, eller mindre end syv dage, når de behandles.
4. **Langvarig vedvarende AF:** Kontinuerlig AF, der varer mere end et år, når den er afkodet for at vedtage en rytimestyringsstrategi.
5. **Permanent AF** – når tilstedeværelsen af AF accepteres af patienten og lægen, og strategier til at genoprette sinusrytmen ikke følges.

Hvad er risikoen ved AF?

Den mest alvorlige komplikation forbundet med AF er stroke (blodprop i hjernen). Dette sker, fordi atrieerne flimrer og ikke slår på en koordineret måde. Som følge heraf kan blodet i forkamrene blive stillestående og flyder derefter ikke jævnt gennem hjertet. Dette får blodceller til at klæbe sammen og danne en blodprop, som kan bevæge sig (embolisere) til hjernen og resultere i et stroke.

Det kan skade hjertet at have en ukontrolleret hurtig puls i lange perioder (uger eller måneder), og du bør tjekke med din læge, at din puls er tilstrækkeligt kontrolleret. I ekstreme tilfælde, ofte når frekvensen er meget høj, eller når det sker i et beskadiget hjerte, kan AF forårsage hjertesvigt, hvilket betyder, at hjertet bliver svagt som følge af den hurtige rytme.

Når hjertet svækkes, kan der ske en opbygning af tryk tilbage til lungerne, og dette påvirker det normale vejrtrækningsmønster.

Generelt betragtes AF ikke som en livstruende tilstand, så længe den behandles hensigtsmæssigt.

Hvordan kommer jeg til den rigtige læge for at få behandlet min AF?

I første omgang kan din praktiserende læge arrangere nogle undersøgelser, hvis du konsulterer ham eller hende om dine symptomer. Afhængigt af resultaterne af disse undersøgelser kan du blive henvist til en kardiolog (hjertespecialist). Efter passende diagnose vil nogle patienter være velbehandlet alene med medicin og vil derfor kun kræve rutinemæssige opfølgningssamtaler. I nogle tilfælde kan kardioversion eller kateterablation dog være en mere passende behandlingsmulighed. Du bør altid drøfte alle tilgængelige behandlingsmuligheder med din læge, og hvilken der kan være bedst for dig. Sammen bør I træffe en fælles beslutning om din behandlingsplan.

Du kan også blive henvist til en kardiolog, der er specialiseret i hjerterytmeforstyrrelser, normalt kaldet en elektrofysiolog (EP) – denne type læge kan tilbyde ablationsbehandlinger. Hvis du bliver tilset af en almen kardiolog, kan du blive henvist til en elektrofysiolog, men hvis dette ikke tilbydes, kan du anmode om speciallægehenvisning fra enten din praktiserende læge eller kardiolog.

Resultaterne af AF-ablation er, som med mange andre procedurer, generelt bedre i mere erfarne hænder. Før du fortsætter med ablation, bør du spørge elektrofysiologen om vedkommendes personlige erfaringsniveau og resultater. En teamtilgang til AF-ablation er vigtig, og du bør også spørge om antallet af tilfælde udført på det hospital, hvor du skal have foretaget indgrebet. En elektrofysiolog, der har en specialistinteresse i AF-ablation, vil normalt udføre over 50 indgreb af denne type om året.

For at opsummere er dette de tjenester, der typisk tilbydes af hver type læge:

- (1) Praktiserende læge – overordnet ansvar for patientbehandling og ordination af medicin. Kan tilbyde enkle undersøgelser og monitorering af antikoaguleringsbehandling.
- (2) Alment praktiserende læge/hjertelæge – udredning af hjertesygdomme, igangsættelse og monitorering af lægemiddelbehandling, kardioversion.
- (3) Elektrofysiolog – alle aspekter af hjerterytmediagnose og behandling, herunder ablationsprocedurer.

Tests og undersøgelser

Først er det vigtigt at tjekke, at du rent faktisk har AF. Dette bekræftes af en hjertesporing kaldet et elektrokardiogram (EKG). EKG'et kan være en simpel optagelse foretaget på tidspunktet for dit besøg hos din læge eller en kontinuerlig monitor, der bæres i 24 timer eller mere for at se efter episoder med AF. Hjertemonitorer er ikke-invasive, de er smertefri og giver din læge mulighed for at registrere din rytme i flere dage under forskellige aktiviteter i et forsøg på at diagnosticere tilstanden AF. Du skal muligvis have et ekkokardiogram (en ultralydsskanning af hjertet), som kan vurdere hjertets struktur og overordnede funktion, og du skal muligvis også have taget blodprøver.

Mange faktorer kan påvirke den bedste behandling af dit individuelle tilfælde. Den gode nyhed for personer med AF er, at der er et større udvalg af behandlinger og mere effektive behandlinger end nogensinde før.



Behandling af AF

Lægemiddelbehandlinger _

I øjeblikket er lægemidler den mest almindelige behandling af AF, og de har til formål at genoprette den normale sinusrytme, lindre symptomer og mindske sandsynligheden for stroke. Almindeligt ordineret medicin omfatter bisoprolol, verapamil, diltiazem, flecainid, sotalol, amiodaron, dronedaron og digoxin. Disse lægemidler bruges på to forskellige måder. Nogle bruges til at genoprette den normale hjerterytme, disse er kendt som antiarytmiske lægemidler. De virker ved at blokere specifikke kanaler i hjertecellerne.

Andre sigter mod at kontrollere hastigheden af dit hjerteslag, mens det stadig fortsætter på en uregelmæssig måde.

Betablokkere bruges almindeligvis til at bremse hjertefrekvensen og er effektive hos aktive patienter med bedre træningskapacitet. Hos nogle patienter med sjældne, vedvarende episoder af AF kan flecainid eller propafenon gives som en enkelt dosis i begyndelsen af anfaldet. Dette er kendt som 'pille i lommen'-metoden. Dette er dog kun sikkert, når patienter er omhyggeligt oplært til at udføre denne procedure og først gennemprøver den i hospitalsmiljøet.



Ikke-medikamentelle behandlinger

Hos nogle mennesker er episoderne af AF både alvorlige og hyppige, hvilket påvirker deres livskvalitet. Hvis medicinbehandling ikke virker eller forårsager ubehagelige bivirkninger, kan det være nødvendigt at prøve en anden løsning.

Læger kan vælge at udføre en kardioversion, en procedure, hvor en elektrisk strøm leveres gennem specielle gelpuder placeret på brystvæggen. Dette gøres, mens patienten er under enten sedation eller generel anæstesi. Kardioversion har til formål at 'støde' hjertet tilbage til sin normale rytme. Dette gøres ofte hos patienter med vedvarende AF.

For nogle kan en yderligere procedure kaldet kateterablation udføres for at behandle AF. Dette gøres ved at føre lange elektriske ledninger til hjertet via små rør, som føres ind i venen ved lysken. Områder i hjertet, der giver anledning til AF, kan ablateres ("brændes") for at genoprette normal (sinus)rytme. Ablation eliminerer de elektriske signaler fra vævet og forhindrer dermed, at de udløser AF. Kateterablation kan med succes helbrede AF hos op til 80-90 % af patienterne, selvom mere end én procedure kan være nødvendig for at opnå dette.

Hvis åben hjerteoperation er påkrævet for et strukturelt problem, såsom en unormal hjerteklap hos en person, der også har AF, så er det muligt at udføre ablation for AF på operationstidspunktet.

Forebyggelse af AF-relateret stroke

I AF betyder den kaotiske elektriske aktivitet, at atrieerne (hjertets øverste kamre) ikke længere trækker sig sammen, men i stedet dirrer musklen som en pose med orme. En mangel på effektiv sammentrækning betyder, at blodet i atrieerne kan blive stillestående og danne blodpropper. Disse blodpropper kan bevæge sig rundt overalt i kroppen, men mest bekymrende er det, at de kan bevæge sig til hjernen og forårsage et stroke. Faktisk er risikoen for stroke ved AF fem gange større end ved normal sinusrytme.

CHA₂DS₂-VASc-score giver dig mulighed for at forstå din risiko for stroke på grund af din AF. Hvis du har en score på nul (eller én på grund af køn alene), foreslår nationale og internationale retningslinjer, at du ikke behøver noget indgreb. Hvis du har en score på 1 på grund af andet end køn, bør vi overveje en oral antikoagulant for at reducere risikoen for AF-relateret stroke. Hvis du har en score på 2 eller derover, anbefales oral antikoagulation for at reducere risikoen for stroke på grund af din AF.

CHA ₂ DS ₂ -VASc-scoringskriterier for at bestemme behovet for blodfortynding baseret på AF-relateret stroke			
		score	nødvendigheden af antikoagulant
Kongestiv hjertesygdom	1 point	0	lav risiko
Hypertension	1 point		
Alder (75 år +)	2 point	1	i fare
Diabetes	1 point		
Stroke eller tidligere TIA	2 point		
Vaskulær hjertesygdom	1 point		
Alder (65-74 år)	1 point	2+	antikoagulant foreslået afhængigt af personlige præferencer
Køn (kvinde)	1 point		
SCORE			

Blodpladehæmmere

I mange år har man troet, at lavdosis aspirin eller anden medicin, der påvirker de klæbrige blodpropdannende celler kaldet blodplader, kunne reducere risikoen for, at der dannes blodpropper i atrieerne og forårsager AF-relateret stroke. Man troede, at aspirin ville forårsage mindre blødning end en antikoagulant. Men da blodplader ikke er så afgørende for koageldannelse i atrieerne, er blodpladehæmmere langt mindre effektive end antikoagulantia til at forhindre AF-relateret stroke, hvilket kun reducerer strokerisikoen ved AF med 20 %.

Det er nu klart, at hvis aspirin reducerer AF-relateret stroke, gør det dette ved meget lave niveauer. Desuden er blødningsrisikoen ved aspirin meget lig blødningsrisikoen ved en antikoagulant. Dobbelt trombocythæmmende behandling reducerer kun risikoen for AF-relateret stroke med op til 22 %, og den har også en højere blødningsrisiko, end hvis en person skulle tage aspirin som monoterapi. Det er vigtigt for dig at drøfte den mest passende behandling med din læge. Aspirin kan stadig ordineres til en anden, ikke-AF-relateret tilstand, såsom en tidligere blodprop i hjertet eller andre problemer med kredsløbet. Antikoagulantia er langt bedre end blodpladehæmmende midler (trombocythæmmere) til at reducere risikoen for AF-stroke og er lige så sikre. Antikoagulantia kan reducere risikoen for AF-stroke med mindst 65 %.

Antikoagulantia

Warfarin var gennem lang tid det vigtigste tilgængelige antikoagulationsmiddel. Det virker på leveren for at forhindre dannelsen af de proteiner, der fortsætter med at danne fibrin.

Da vores kroppe har lagre af disse proteiner, vil warfarin først begynde at fortynde blodet effektivt efter et par dage.

Når du først begynder at tage warfarin, vil du ofte skulle besøge en antikoagulantiklinik, så din dosis kan justeres efter dit eget behov.

Hvilket lægemiddel er bedst for mig?

Valget af, hvilket lægemiddel der er bedst for dig, afhænger af: (i) din personlige risiko for stroke, og (ii) om der er planlagt et indgreb såsom kardioversion eller ablation.

De fleste mennesker oplever, at når de først er etableret på warfarin, vil deres blodkoagulationspotentialer, afspejlet som internationalt normaliseret ratio (INR), forblive relativt stabilt, og de behøver kun at komme på klinikken hver sjette eller ottende uge.

For at holde dit warfarinniveau stabilt, skal du passe på med visse ting, der kan påvirke det. Dette omfatter alkohol, visse fødevarer og anden medicin, herunder antibiotika, hostemidler, urtekure og meget anden håndkøbsmedicin. Hvis du er usikker på, om du kan tage en bestemt medicin, når du er på warfarin, bør du søge råd hos din læge eller på det lokale apotek.

De kræver ikke overvågning med regelmæssige blodprøver, og der er langt færre interaktioner med fødevarer og anden medicin end med warfarin. På nuværende tidspunkt har ikke alle disse lægemidler en metode til at reversere deres virkninger. Når dette er sagt, er den tid, de er effektive i blodbanen, meget kortere end for warfarin, og derfor ville en blødning ikke vare i det uendelige.

Hvis du skal have foretaget et kommende indgreb, såsom en tandudtrækning, medicinsk procedure eller operation, så spørg din ordinerende læge til råds om, hvorvidt du skal holde pause med din antikoagulant forinden.

Husk, at blødning er normalt, og antikoagulation bremser, men forhindrer ikke dit blod i at størkne.

For patienter, der af medicinske årsager ikke kan tåle antikoagulation, er der en procedure, som kaldes transkateterlukning af det venstre atrielle vedhæng.

Nøglespørgsmål at stille dine læger

Årsager til AF

- Hvad er årsagen til min AF? Har jeg brug for behandling af årsagerne, og vil det stoppe AF?
- Er der noget, jeg kan gøre for at stoppe det eller reducere episoderne?

Livsstil

- Kan jeg træne sikkert? Hvilke øvelser vil være mest gavnlige for mig?
- Skal jeg ændre min kost? Er der visse fødevarer eller drikkevarer, jeg bør undgå?
- Hvad skal jeg fortælle DVLA og forsikringselskaberne?
- Hvordan vil det at tage en antikoagulant påvirke min livsstil, mit arbejde eller andre forpligtelser?

Medicin

- Skal jeg tage en antikoagulant? Hvilken antikoagulant ville være bedst for mig – hvorfor er det tilfældet?
- Hvordan vil mine AF-lægemidler interagere med mine andre eksisterende lægemidler?
- Er der alternativer til den medicin, du ordinerer, og i så fald hvilke? Hvordan kan jeg blive vurderet til disse?

Udsigt

- Hvad sker der, hvis jeg stadig føler mig syg? Hvornår skal jeg se eller tale med min læge?
- Hvis jeg føler mig meget dårlig, tager jeg normalt i akutmodtagelsen. Er dette det rigtige at gøre?
- Er der en operation, som kan reparere mit hjerte, og stoppe AF?
- Skal jeg overveje kardioversion eller en anden procedure som ablation? Hvad er risici og fordele ved proceduren?
- Hvad skal jeg forvente i restitutionsperioden ?



AF Association

✉ info@afa-international.org

🌐 www.afa-international.org

Registered Charity No. 1122442

©AF Association

Published August 2019

Reviewed September 2023

Adapted for AFFIRMO Project: 2023



Acknowledgments: AF Association would like to thank all those who helped in the development and review of this publication.

Founder and CEO:

Trudie Lobban MBE, FRCP (Edin)

If you would like further information or would like to provide feedback please contact AF Association.