PROJEKTLEDNINGSGRUPPEN FÖR NATIONELLA RIKTLINJER FÖR HJÄRTSJUKVÅRD:

Ingen evidens för nyttan av ny policy vid asymtomatisk preexcitation

Projektledningsgruppen för de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård ifrågasätter värdet av en förändrad prioritering och rutinmässig invasiv elektrofysiologisk utredning vid asymtomatisk preexcitation.

I Läkartidningen 47/2009 (sidorna 3176-8) argumenterar Schwieler och medarbetare utifrån två fall av preexcitation i hjärtat för att alla patienter, även asymtomatiska, med detta tillstånd bör erbjudas invasiv elektrofysiologisk undersökning och ablationsbehandling [1].

Man riktar också kritik mot Socialstyrelsens prioritering av denna undersökning (10 av 10, det vill säga lägst prioriterat på en 10-gradig skala) som den kom till uttryck i de nationella riktlinjerna i februari 2008 [2]. Som projektledningsgrupp för dessa riktlinjer finns det anledning för oss att bemöta denna kritik.

De två fallen som beskrivs gäller män i 25–30-årsåldern, båda enligt uppgift tidigare friska, där den ena patienten drabbats av hjärtstopp utanför sjukhus och den andra av potentiellt livshotande preexciterat förmaksflimmer. Dessa fall visar på att första symtom vid preexcitation kan vara direkt livshotande. Utifrån detta argumenterar Schwieler och medarbetare att alla patienter, även asymtomatiska, med accidentellt upptäckt preexcitation bör erbjudas invasiv elektrofysiologisk utredning och eventuell efterföljande ablationsbehandling i samma seans.

Argumentationen haltar emellertid något eftersom dessa båda patienter uppenbarligen inte, i alla fall beskrivs det inte så, tidigare diagnostiserats med EKG. Därmed hade inte heller någon av dem skyddats av den mer aktiva policy som Schwieler och medarbetare förespråkar. För att upptäcka dessa fall hade det krävts en screening av hela befolkningen med EKG, och då närmar man sig frågan om screening mot plötslig hjärtdöd som utgår från flera tragiska dödsfall bland unga idrottare. Den frågan utreddes noggrant av Socialstyrelsen under 2006 med slutsatsen att sådan allmän screening inte kunde försvaras [3].

Det finns många exempel från medicinen där vår samlade kunskap om sjukdomars bakomliggande biologi och mekanismer genom rationella resonemang leder fram till slutsatser om hur vi bör förhålla oss till diagnostik och behandling. Schwielers och medarbetares slutsatser, liksom flera av de referenser man hänvisar till, är exempel på detta. Dessa slutsatser kan sedan formuleras till hypoteser som kan testas i vetenskapliga studier. Historien har också lärt oss att vi, där så är möjligt, bör basera vårt handlande på evidens grundade i vetenskapliga studier. I all synnerhet gäller det vid behandling av definierade sjukdomstillstånd som drabbar stora patientgrupper.

Förekomsten av preexcitation i befolkningen är några promille. Den exakta förekomsten är okänd, vilket författarna påpekar. Det är inte klarlagt hur många som utan behandling riskerar att drabbas av plötslig hjärtdöd utan att tillståndet dessförinnan lett till symtom och diagnos. Det är inte heller klarlagt hur många av de plötsliga dödsfall som inträffar som kan tillskrivas preexcitation.

Vidare saknas evidens för vilken nytta den policy som författarna förespråkar skulle medföra, i relation till eventuella risker. Visserligen görs numera såväl elektrofysiologiska undersökningar som ablationsbehandlingar för detta tillstånd med utomordentligt låga risker (allvarliga risker ligger på nivån en halv procent), men dessa risker ska ändå vägas mot nyttan.

Schwieler och medarbetare refererar till den enda prospektivt randomiserade studie som finns, gjord av Pappone et al som screenade 258 patienter med Wolff–Parkinson–Whites syndrom (WPW) och utan symtom [4]. Av dem som efter elektrofysiologisk undersökning bedömdes ha en hög risk randomiserades 37 till ablation och 35 till kontroll. Arytmier förekom oftare i den senare gruppen. Studien är alltså en utvärdering av nyttan med ablationsbehandling och inte av elektrofysiologisk undersökning.

I de gemensamma riktlinjer om supraventrikulära arytmier från de amerikanska och europeiska kardiologföreningarna ger man en klass IC-rekommendation för att inte göra något alls vid asymtomatisk preexcitation [5]. Det betyder att man är ganska överens om detta, men att det grundas på tyckande av experter. För ablation ger man en klass IIaB-rekommendation, vilket innebär att man kan se att data väger över för ablation men med bräckligt vetenskapligt underlag. Det handlar sammanfattningsvis om vad olika experter tror och tycker. Några stora studier som kan ge vägledning finns inte.

Avslutningsvis vill vi påpeka att när Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård, som alltså stämmer med och delvis grundas på europeiska och amerikanska riktlinjer, togs fram gick en remissversion ut i augusti 2007. Detta följdes av en re-

LARS GRIP, professor i kardiologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
lars.grip@vgregion.se

KRISTINA EKLUND, projektledare, Socialstyrelsen, Stockholm
kristina.eklund@socialstyrelsen.se

LENA WEILANDT, enhetschef, Socialstyrelsen, Stockholm
lena.weilandt@socialstyrelsen.se; båda vid enheten för nationella riktlinjer

LARS-ÅKE LEVIN, docent, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Linköpings universitet, Linköping
lars-ake.levin@liu.se

BERTIL LINDAHL, professor, Uppsala Clinical Research Center, Akademiska sjukhuset och Uppsala universitet, Uppsala
bertil.lindahl@ucr.uu.se

»I frånvaro av mer data … ser vi att det för närvarande inte finns skäl att ompröva de riktlinjer och prioriteringar som Socialstyrelsen gav ut 2008.«

missrunda under hösten 2007 och regionala seminarier om hjärtriktlinjerna. Remissvar kom in från flera instanser, inklusive från arytmologer och Cardiologföreningens arbetsgrupp för arytmier. Inte några remissvar berörde den här frågan.

I frånvaro av mer data över prevalens, risk utan att andra symtom uppträder först och nytta av rutinmässig invasiv undersökning ser vi att det för närvarande inte finns skäl att ompröva de riktlinjer och prioriteringar som Socialstyrelsen gav ut 2008. Dessa kommer dock att vara föremål för omprövning vid nästa allmänna revision av riktlinjerna. Fallbeskrivningar som de aktuella och de resonemang som följer av dessa är rimliga och bör då utgöra grund för hypoteser som kan testas i prospektiva undersökningar. En studie som kan belysa värdet av invasivt eller annat omhändertagande av denna patientgrupp välkomnas.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Schwieler J, Drca N, Bastani H, Braunschweig F, Insulander P, Jensen-Urstad M, et al. Asymtomatisk preexcitation – riskmarkör för plötslig död. Läkartidningen. 2009;106(47):3176-8.
2. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
3. Plötslig hjärtdöd – bland barn och unga vid idrott och fysisk ansträngning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
4. Pappone C, Santinelli V, Manguso F, Augello G, Santinelli O, Vicedomini G, et al. A randomized study of prophylactic catheter ablation in asymptomatic patients with the Wolff-Parkinson-White syndrome. N Engl J Med. 2003; 349(19):1803-11.
5. Blomström-Lundqvist C, Scheinman MM, Aliot EM, Alpert JS, Calkins H, Camm AJ, et al. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with supraventricular arrhythmias. Circulation. 2003;108(15):1871-909.

REPLIK:

Frågan om handläggning undviks

Tack för genmälet i denna för patienter med asymtomatisk preexcitation viktiga fråga! Tyvärr undviks grundfrågan, nämligen hur vi ska handlägga personer som undersökts med EKG av olika anledningar, och där man funnit preexcitation utan att personen ifråga anger symtom som kan kopplas till EKG-fyndet. Våra fallbeskrivningar är ägnade att understryka faran med preexcitation. Man skriver i genmälet: »Argumentationen haltar emellertid något eftersom dessa båda patienter uppenbarligen inte, i alla fall beskrivs det inte så, tidigare diagnostiserats med EKG.«

Menar författarna att dessa fall är argument mot att agera när en individ med en riskmarkör för plötslig död identifieras? I så fall undrar vi var argumentationen haltar. Vi finner inte några förslag på hur en patient i denna situation ska bemötas, vilket är det viktiga. Det hade ju varit lätt för författarna av genmälet att hänvisa till Socialstyrelsens faktadokument, som skriver att en specialist ska kontaktas.

Vidare undviker man den andra kärnfrågan i vårt debattinlägg, diskrepansen mellan faktadokumentets rekommendation och prioriteringssiffran 10. Vi förstår att processen kring riktlinjearbetet är både komplicerat och intrikat och att många andra viktiga frågor fått större uppmärksamhet. Emellertid är det knappast relevant att hänvisa till remissvaren, när faktadokumentet talar sitt tydliga språk.

I genmälet anges att man i de internationella riktlinjerna om supraventrikulära arytmier [1] ger ablation vid asymtomatisk preexcitation en klass IIaB-rekommendation. Författarna skriver att »man kan se att data väger över för ablation« (klass IIa) »men med bräckligt vetenskapligt underlag« (evidensgrad B). I samma internationella riktlinjer ges ablation vid symtomatisk preexcitation en klass IB-rekommendation, det vill säga med samma bräckliga vetenskapliga underlag. Socialstyrelsen ger denna behandling prioritet 1.

När det kommer till handhavandet av enskilda individer måste dock beslut tas på lite olika vetenskapligt styrkta grunder. Sökandet efter bästa möjliga vetenskapliga evidens får inte bli handlingsförlamande. Läkekonst innebär att på vetenskaplig bas för varje enskild individ och i samråd med denne finna en lösning på de hälsorelaterade problemen.

När nu författarna, vid direkt förfrågan från professionen, fortsatt väljer att lågprioritera invasiv utredning och behandling av asymtomatisk preexcitation finner vi i stället stöd för vår rekommenderade handlingslinje från europeiska kardiologföreningen (ESC). I deras aktuella »Textbook of cardiovascular medicine« [2] skriver Farré, Wellens, Rubio och Benezet i kapitlet om supraventrikulära takykardier att »Risk evaluation *must be* [vår kursivering] conducted both in symptomatic and asymptomatic WPW patients«. Man skriver vidare att tecken som indikerar låg risk för plötslig död är »spontaneous or exercise-induced sudden disappearance of pre-excitation in one beat; and, less convincingly, loss of pre-excitation after intravenous infusion of class I drugs«. Därefter skriver man att »Electrophysiological studies are performed for risk evaluation to determine: AV refractory period of the accessory pathway; inducibility of tachycardia; presence of multiple accessory pathways; ventricular rate after the induction of atrial fibrillation«.

Något annat sätt att kartlägga risk diskuteras inte. Vår förhoppning är fortsatt att alla läkare som vid EKG-registrering identifierar personer med preexcitation följer dessa europeiska rekommendationer och direkt kontaktar eller remitterar till arytmikunnig specialist/elektrofysiolog för diskussion om adekvat riskvärdering. För de flesta av dessa patienter torde invasiv elektrofysiologisk utredning och ablation vara den lämpligaste åtgärden.

Jonas Schwieler
jonas.schwieler@karolinska.se
Nikola Drca
Hamid Bastani
Frieder Braunschweig
Per Insulander
Mats Jensen-Urstad
Göran Kennebäck
samtliga vid Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Ole Kongstad
Universitetssjukhuset i Lund

Bita Sadigh
Jari Tapanainen
båda vid Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Lennart Bergfeldt
Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

REFERENSER

1. Blomström-Lundqvist C, Scheinman MM, Aliot EM, Alpert JS, Calkins H, Camm AJ, et al. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with supraventricular arrhythmias. Circulation. 2003;108(15):1871-909.
2. Camm AJ, Lüscher TF, Serruys PW, editors. The ESC Textbook of cardiovascular medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2009.