

Förmaksflimmer, klinisk handläggning

Utredning, behandling och uppföljning av patienter med förmaksflimmer, FF, sker i samverkan mellan hjärtsjukvård (specialistnivå) och primärvård enligt denna rutin. Det är angeläget att identifiera patienter med förmaksflimmer för att åtgärda flimret eller inleda emboliprofylax. Var generös med EKG!

Innehåll

Vårdnivå.....	3
Allmänläkare – primärvård	3
Okomplicerat kroniskt/persisterande FF	3
Paroxysmalt FF	3
Specialistläkare	3
Remiss	4
Till akutmottagningen	4
Till specialistläkare för specifik flimmeråtgärd	4
Remissinnehåll	4
Återremiss till allmänläkare - primärvård.....	4
Remissinnehåll	4
Underlag för utredning och val av behandling	5
Symtom.....	5
Riskfaktorer för FF	5
Riskfaktorer för tromboembolism	5
CHA ₂ DS ₂ -VASc	5
Behandlingsrekommendation.....	5
Utredning.....	6
Anamnes	6
Lab	6
Undersökningar.....	6
Differentialdiagnos.....	6
Behandling	7
Paroxysmalt FF – duration <2 dygn	7
Paroxysmalt eller persisterande FF – duration >2 dygn	7
Långvarigt persisterande FF – permanent FF.....	7
Frekvensreglering.....	7

Preparatval för frekvensreglering (peroral)	7
Hjärtsvikt/nedsatt systolisk funktion.....	7
Vid otillräcklig/osäker effekt	8
Antikoagulantia – trombemboliprofylax	8
Non-vitamin K Orala AntiKoagulantia, NOAK	8
Acetylsalicylsyra, ASA	8
Relaterade dokument.....	8
Referenser	8
Dokumenthistorik.....	8

Vårdnivå

Allmänläkare – primärvård

Okomplicerat kroniskt/persisterande FF

- primär utredning innefattande vilo-EKG, anamnes med värdering av riskfaktorer för tromboembolisk komplikation (CHA₂DS₂-VASc), laboratorieutredning innefattande blodstatus, elektrolyter, leverstatus och thyreoideastatus. Remiss till ekokardiografi
- ställningstagande till, och inledning av, behandling med antikoagulantia. Frekvensreglerande behandling med betablockad. Bedöma behov av elkonvertering, vid behov efter kontakt med specialist. Remiss till hjärtmottagningen för elkonvertering

Paroxysmalt FF

- primär utredning innefattande vilo-EKG, anamnes med värdering av riskfaktorer för tromboembolisk komplikation (CHA₂DS₂-VASc), laboratorieutredning innefattande blodstatus, elektrolyter, leverstatus och thyreoideastatus. Remiss till ekokardiografi
- ställningstagande till, och inledning av, behandling med antikoagulantia Frekvensreglerande behandling med betablockad
- Fortsatt uppföljning av okomplicerade patienter som genomgått flimmerablation

Specialistläkare

- Ställningstagande till elkonvertering av persisterande FF
- Beslutsstöd i val av antikoagulantia
- Bedömning av patienter med paroxysmalt FF, ställningstagande till specifik antiarytmisk behandling eller ablation
- Omhändertagande av patienter med pågående behandling med specifika antiarytmika (Tambocor, Durbis, Sotalol, Cordarone, Multaq)
- Omhändertagande av patienter med paroxysmalt FF och samtidig pacemaker
- Omhändertagande av patienter med paroxysmalt FF och samtidig annan komplicerande hjärtsjukdom
- Initial uppföljning av patienter efter ablationsbehandling

Remiss

Till akutmottagningen

- Nyupptäckt symtomatiskt FF med duration mindre än 2 dygn för subakut konvertering (kända FF-patienter ska själva ringa till hjärtmottagningen dagtid för snabbspår till elkonvertering)
- Preexciterat FF (förmaksflimmer vid WPW-syndrom)
- FF med tecken på akut hjärtsvikt eller ischemi
- FF med hög kammarfrekvens (>120 slag/min)

Till specialistläkare för specifik flimmeråtgärd

Akademiska sjukhuset: till hjärtmottagningen

Lasarettet i Enköping: till medicinmottagningen

Vid osäkerhet ta alltid kontakt med kardiolog för dialog om handläggningen.

- Paroxysmalt FF med symtomatiska episoder med indikation för antiarytmika eller kateterablation
- FF med indikation för elektiv elkonvertering
- Antikoagulantia ska vara initierat och NOAK är förstahandsval
- Förmaksfladder – ablationsindikation
- Kroniskt FF med komplicerande sjukdom såsom:
- Aortavitium/mitralisvitium
- Förmaksseptumdefekt, ASD
- Hypertrofisk eller dilaterad kardiomyopati
- Symtomgivande bradykardi

Remissinnehåll

- Anamnes med symtomgradering enligt EHRA (se nedan)
- Duration av FF
- Tidigare prövad samt aktuell medicinering
- Resultat av tidigare utredning och behandling
- CHA₂DS₂-VASc-score
- Kopia på EKG, provsvar och andra undersökningsresultat (om de inte finns i Cosmic)

Återremiss till allmänläkare - primärvård

Efter utredning eller genomförd flimmeråtgärd för fortsatt uppföljning.

Remissinnehåll

- Anamnes. FF-etologi. Status
- Resultat av utredning och behandling
- Tidigare prövad och aktuell medicinering, eventuell tidsbegränsning
- Planerad blodförtunnande behandling (eventuell tidsbegränsning)
- Behandlingsstrategi för FF, åtgärd vid recidiv
- Riktlinjer för fortsatt uppföljning
- Indikatorer för återremittering till specialistläkare

Underlag för utredning och val av behandling

Symtom

- Arytmisymtom: hjärklappning, oregelbunden rytm, oroskänsla i bröstet mm
- Nedsatt fysisk ork, trötthet
- Hjärtsviktssymtom
- Accentuerad angina pectoris

Symtom relaterade till FF kan graderas enligt EHRA-score (European Heart Rhythm Association) vilket motsvarar NYHA-klassificering vid hjärtsvikt:

EHRA I	Inga symtom
EHRA II	Lindriga symtom. Besvär vid kraftig ansträngning
EHRA III	Måttliga symtom. Besvär som vid ringa ansträngning
EHRA IV	Uttalade symtom. Besvär i vila

Riskfaktorer för FF

Risken att utveckla FF är vanligen kopplad till strukturella förändringar i förmaken, dvs kardiovaskulära sjukdomar såsom hypertoni, hjärtsvikt, klaffsjukdomar och andra hjärtfel, ischemisk hjärtsjukdom. Risken att utveckla FF ökar också vid övervikt och sömnapné syndrom. Thyreoidea-dysfunktion som bidragande orsak till FF bör alltid uteslutas. FF förekommer dock även i frånvaro av annan kardiovaskulär sjukdom ("lone atrial fibrillation").

Riskfaktorer för tromboembolism

Risken för tromboembolism skattas med hjälp av CHA₂DS₂-VASc. Risken för tromboembolism är lika stor vid paroxysmalt och permanent FF oavsett symtom, därför används samma riskbedömning vid båda tillstånden.

CHA₂DS₂-VASc

Riskfaktor	Poäng
Hjärtsvikt, systolisk vänsterkammardysfunktion med EF ≤ 40 %	1
Hypertoni	1
Ålder ≥ 75 år	2
Diabetes mellitus	1
Stroke/TIA/tromboembolism	2
Kärlsjukdom	1
Ålder 65 - 74 år	1
Kvinnligt kön*	1

Multipla riskfaktorer kan leda till en årlig strokeincidens upp emot 15 %.

Behandlingsrekommendation

0 poäng	Ingen behandling
1 poäng	Överväg antikoagulantia
≥2 poäng (≥3 för kvinnor)	Antikoagulantia om inte kontraindikation

Observera att kvinna <65 år utan andra riskfaktorer inte utgör indikation för antitrombotisk behandling.

Utredning

Anamnes

- Debut/duration
- Symtom (enligt EHRA)
- Blodtryck
- Kardiovaskulära riskfaktorer
- Hjärt-kärlsjukdom
- Tyreoideasjukdom
- Alkoholöverkonsumtion
- Anamnes förenliga med sömnapné syndrom
- Blödningsrisk

Lab

- Blodstatus, PK, ASAT, ALAT, ALP samt kreatinin med eGFR www.egfr.se P-Glukos, S-TSH samt vid hjärtsviktssymtom NT-proBNP
- NT-proBNP ingår i diagnostik av svikt med bevarad ejektionsfraktion på grund av stark relation till förhöjda fyllnadstryck, diastolisk hjärtfunktion och prognos

Undersökningar

- Vilo-EKG
- Ekokardiografi ska göras någon gång i utredningen men får inte fördröja remiss för elkonvertering
- Frågeställning: Dimensioner? Vitium? Nedsatt eller bevarad ejektionsfraktion? Funktionen kan vara svårbedömd vid snabb kammarfrekvens

Bandspelar-EKG kan övervägas vid

- Paroxysmalt FF
- Bedömning av adekvat frekvensreglering
- Bedömning av korrelation mellan symtom – arytm/kammarfrekvens

Arbetsprov

- Misstanke om ischemisk hjärtsjukdom
- Misstanke om dålig frekvensreglering, exempelvis god frekvensreglering i vila men kraftiga symtom (dyspné, palpitationer) vid lindrig ansträngning

Differentialdiagnos

- Sinusrytm/SVT med frekventa SVES
- Förmaksfladder med oregelbunden blockering (handläggs enligt samma riktlinjer som förmaksflimmer)
- Multifokal förmaksarytmi

Behandling

Inför behandling av FF ska alltid dessa tre frågor beaktas

- Indikation för antikoagulantibehandling?
- Indikation för frekvensreglering?
- Indikation för konvertering?

Paroxysmalt FF – duration <2 dygn

Konvertering till sinusrytm ska alltid eftersträvas inom 2 dygn hos patienter som inte har antikoagulantibehandling. Remitteras till och handläggs på sjukhus.

Eftersom förmaksflimmer ofta konverterar spontant inom 24 timmar instrueras patienten att avvakta i hemmet och höra av sig igen efter ett dygn om symtomen kvarstår för ställningstagande till åtgärd. Uppföljning ska planeras i anslutning till första akutbesöket så att patienten inte tappas bort.

Digitalis, betablockad eller verapamil har ingen dokumenterad konverterande effekt. Behandling med dessa läkemedel påverkar inte tiden till eventuellt omslag till sinusrytm, men ger en frekvensreglering varigenom patientens symtom lindras.

Paroxysmalt eller persisterande FF – duration >2 dygn

Symtomlindrande frekvensreglering och eventuell tromboemboliprofylax bör påbörjas av öppenvården. Vid indikation för elkonvertering skickas remiss till hjärtmottagning på sjukhus.

Indikationer för konvertering

- symtomatiskt FF med duration <1 år
- asymtomatiskt FF hos fysiskt aktiva patienter ska remitteras liberalt.

Långvarigt persisterande FF – permanent FF

Lång duration av FF (>1 år) innebär begränsad möjlighet att bibehålla sinusrytm på sikt. Adekvat antikoagulantibehandling i kombination med frekvensreglering rekommenderas i första hand.

Frekvensreglering

Någon generell målfrekvens finns inte, men en vilofrekvens < 90 slag/min kan eftersträvas. Vissa patienter är asymtomatiska trots en relativt hög vilofrekvens. Hjärtfrekvensen kan vara normal i vila men för hög under arbete varför frekvensen även ska bedömas efter någon form av fysisk ansträngning.

Vid hög hjärtfrekvens finns risk för utveckling av takykardiinducerad kardiomyopati. Om tillfredsställande frekvensreglering inte uppnås med två bromsande preparat bör patienten remitteras till specialist.

Preparatval för frekvensreglering (peroral)

Förstahandsvalet är betablockerare. Om kontraindikation mot betablockerare eller biverkningar av betablockerare föreligger rekommenderas byte till verapamil.

Vid otillräcklig effekt kombineras betablockare eller verapamil med digoxin.

Hjärtsvikt/nedsatt systolisk funktion

Betablockad kombineras vid behov med digoxin.

Verapamil/diltiazem är kontraindicerat vid hjärtsvikt/nedsatt vänsterkammarfunktion.

Vid otillräcklig/osäker effekt

Utvärdering med hjälp av bandspelar-EKG/arbetsprov. Vid otillräcklig effekt gäller remiss till specialistmott (pacemaker + His-ablation?).

Antikoagulantia – trombemboliprofylax

Fortfarande sker en underbehandling med antikoagulantia, i synnerhet till patienter med de högsta riskpoängerna. Vissa av riskfaktorerna för trombembolism innebär samtidigt en ökad risk för blödning, men risken för trombembolism är alltid större än risken för blödning vid bedömning av en enskild riskfaktor. Vid nyinsättning inför elkonvertering är förstahandspreparatet NOAK.

Vid värdering av blödningsrisk bör njurinsufficiens, leverinsufficiens, etylmissbruk samt demens beaktas. Åtgärda om möjligt riskfaktorer för blödning och behandla blodtrycket väl om det är förhöjt.

Non-vitamin K Orala AntiKoagulantia, NOAK

Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis® och Lixiana® är registrerade som strokeprofylax vid icke-valvulärt förmaksflimmer. Preparaten har en direkt och specifik koagulationshämmande effekt.

- Dabigatran (Pradaxa®) hämmare trombin (faktor IIa)
- Apixaban (Eliquis®) hämmar faktor Xa
- Rivaroxaban (Xarelto®) hämmar faktor Xa
- Edoxaban (Lixiana®) hämmar faktor Xa

Patienten måste vara välinformerad om behandlingen och bära antikoagulantia-halsband oavsett val av läkemedel. Uppföljning med riskskattningar och förnyat ställningstagande till behandling ska ske regelbundet, minst årligen.

Acetylsalicylsyra, ASA

Uppdaterade svenska riktlinjer rekommenderar warfarin och orala antikoagulantia med lika hög prioritet. ASA ger en betydligt sämre trombemboliprofylax vid FF än antikoagulantia, dessutom är risken för allvarlig blödning betydelsefull, särskilt hos äldre patienter. Därför rekommenderas inte längre ASA för trombemboliprofylax.

Relaterade dokument

[Praktisk hantering, kontraindikationer, komplikationer](#)

[Antikoagulantia som emboliprofylax vid förmaksflimmer](#)

[NOAK apixaban, dabigatran, rivaroxaban - praktiska riktlinjer](#)

Anestesi och kirurgi samt akut blödningskomplikationer se Svenska Sällskapet för Trombos och Hemostas hemsida www.ssth.se. Se Kliniska råd vid behandling med nya antikoagulantia.

Referenser

Antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer - behandlingsrekommendation: Information från Läkemedelsverket 2017;28(1):12–31.

Dokumenthistorik

2019-08-12 Språklig revidering med hänvisning till styrande dokument om emboliprofylax och NOAK.