

Dokumenttyp Vårdprogram	Ansvarig verksamhet Hjärt- och akutmedicinkliniken Centralsjukhuset Karlstad	Version 4	Antal sidor 3
Dokumentägare Jörgen Lindström T.f. biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör	Fastställare Henrik Svensson Hälso- och sjukvårdsdirektör	Giltig fr.o.m. 2024-09-04	Giltig t.o.m. 2026-09-04

Förmaksflimmer - utredning och behandling

Gäller för: Hjärt- och akutmedicinkliniken Centralsjukhuset Karlstad, Sjukhuset Torsby, Slutenvården Sjukhuset Arvika, Vårdcentralsområde norra Karlstad, Vårdcentralsområde norra Värmland, Vårdcentralsområde södra Karlstad, Vårdcentralsområde västra Värmland, Vårdcentralsområde östra Värmland

Bakgrund:

Förmaksflimmer (ff) är ett mycket vanligt tillstånd framförallt i den äldre populationen och är ofta associerat med hypertoni och ischemisk hjärtsjukdom. Cirka 10 % av befolkningen >80 år har ff. Symtomatologin uppvisar en stor variabilitet alltifrån helt asymtomatiska patienter till patienter som är starkt plågade. Förmaksflimmer är farligt och mortaliteten bedöms vara fördubblad i flimmerpopulationen jämfört med friska. Den värsta konsekvensen av ff är stroke och man räknar med att cirka 25 % av alla stroke är en följd därav. Den främsta uppgiften i hanteringen av ff är således att förebygga stroke. På senare år har olika strategier för att hantera ff utvärderats och lett fram till ett nytt synsätt som i högre grad syftar till att förebygga stroke än att till varje pris försöka återställa sinusrytm. I korthet kan det uttryckas som att patienter som är asymtomatiska eller lågsymtomatiska i första hand ska erbjudas frekvenskontroll och ställningstagande till antikoagulation medan ansträngningarna att återställa sinusrytm förbehålls de som är högsymtomatiska. Denna regel är i huvudsak tillämpbar på den äldre befolkningen. I den yngre befolkningen erbjuds i praktiken oftast ett eller flera konverteringsförsök.

Paroxysmalt förmaksflimmer = självterminerande förmaksflimmer.

Persisterande förmaksflimmer = flimmer som endast går över efter farmakologisk eller elektrisk konvertering.

Kroniskt förmaksflimmer = flimmer som inte kan konverteras vare sig med farmaka eller elkonvertering eller då man bestämt sig för att inte göra konverteringsförsök.

Behandlingsmål:

Undvika embolisering genom behandling med antikoagulantia

Undvika symtom genom bevarande av sinusrytm eller frekvensreglering

Undvika hjärtsvikt genom bevarande av sinusrytm eller frekvensreglering

Riskfaktorer för stroke

Det stora flertalet patienter med förmaksflimmer bör behandlas med antikoagulation, i första hand NOAK/DOAK och i andra hand Waran (Obs, vid mekanisk klaffprotes används enbart Waran). För att förfina riskvärderingen bör patienter med förmaksflimmer värderas utifrån risken att drabbas av stroke med instrumentet CHA2DS2-VASc (cardiac failure, hypertension, age, diabetes, stroke, kärlsjukdom, kön). För patienter med CHADS-score ≥ 1 anses nyttan med oral

antikoagulation överväga risken. **Enbart kvinnligt kön som enda riskfaktor motiverar inte behandling.** Riskfaktorer för stroke är: Ålder >75, tidigare stroke/TIA, hypertoni, diabetes mellitus och nedsatt vänsterkammerfunktion.

Riskmässigt likställs paroxysmalt förmaksflimmer med kroniskt, överväg basal utredning inom ALM eller kardiologin!

Följande bör övervägas vid basal utredning:

- TSH/T4
- NT-proBNP
- Prover enligt rutin för antikoagulation
- Alkoholanamnes
- Obstruktivt sömnapnesyndrom, OSAS
- Ekokardiografi

I de fall patienten remitteras för elkonvertering eller antiarytmisk behandling tar kardiolog beslut om ekokardiografi.

CHAD2DS-VASc

Riskfaktorer	Poäng		Antal poäng	Årlig risk för tromboembolisk händelse
Hjärtsvikt	1		0	0%
Hypertoni	1		1	1,3%
Ålder >75 år	2		3	3,2%
Diabetes	1		4	4,0%
Stroke/TIA/tromboemboli	2		5	6,7%
Kärlsjukdom	1		6	9,8%
Ålder 65–75	1		7	9,6%
Kvinna	1		8	6,7%
			9	15,2%

1 poäng Orala antikoagulantia eller ingenting alls

2-9 poäng Orala antikoagulantia

ASA rekommenderas ej på denna indikation!

Remitteringsrutin till AK-mottagningarna

- Remitterande läkare är alltid behandlingsansvarig och ska utesluta kontraindikationer för behandling med antikoagulantia innan remissen skrives.
- Behandlingen med antikoagulantia ska kontinuerligt omprövas av behandlingsansvarig läkare minst en gång årligen
- Behandlingsansvarig läkare skriver recept och informerar om behandlingen
- Respektive AK-mottagning kallar patienter för information och dosering samt behandlingsstart men övertar inte behandlingsansvaret
- AK-mottagningar finns på de tre akutsjukhusen

Använd AK-mottagningens remisser som finns i Cosmic! Om du använder remissen kommer automatiskt alla viktiga uppgifter med!

Patienter som ska genomgå elkonvertering på CSK

- Allmänläkaren skriver remiss både till hjärtmottagningen och till AK-mottagningen, och i de flesta fallen, även remiss för hjärt-EKO.
- Vid tveksamhet om elkonvertering tas kontakt med kardiolog
- Allmänläkaren informerar om behandling och skriver recept på oralt antikoagulantium.
- AK-mottagningen kontaktar avdelning 57 efter tre veckors NOAK alternativt tre veckors terapeutiskt PK
- Avdelning 57 kallar patienten för elkonvertering
- Allmänläkaren informerar om behandling och skriver recept på oralt antikoagulantium
- Efter elkonvertering beslutar kardiolog om eventuell återremittering till ALM
- Alla patienter som genomgår elektiv elkonvertering ska fortsätta med antikoagulation i minst 3 veckor, i praktiken fram till uppföljning med EKG-kontroll och telefoni på hjärtmottagningen.
- Om patienten återremitteras till ALM ska remissvar innehålla besked om fortsatt handläggning

Patienter som ska genomgå elkonvertering i Arvika eller Torsby

- Allmänläkare skriver två remisser till mottagningen: medicinremiss och AK-remiss.
- Vid tveksamhet om elkonvertering tas kontakt med bakjour medicin/kardiolog
- Allmänläkaren informerar om behandling och skriver recept på oralt antikoagulantium.
- AK-mottagningen planerar in patienten enligt fastställd lokal rutin efter tre veckors NOAK alternativt tre veckors terapeutiskt PK
- Efter elkonvertering beslutar kardiolog/internmedicinare om hur/var fortsatt uppföljning ska ske, och planerar för detta om uppföljning ska ske på egen klinik. Information om fortsatt handläggning ges till patienten, samt i remissvaret till allmänläkaren.
- Alla patienter som genomgår elektiv elkonvertering ska fortsätta med antikoagulation i minst 3 veckor. För patienter med CHA2DS2-VASc > 1 gäller i regel tillvidarebehandling.

Antikoagulans för förmaksflimmerpatienter

- AK-mottagningen fortsätter dosera warfarin tills nytt besked kommer från den läkare som har ansvaret för patientens behandling.
- Om provtagning ger vid handen att doseringen av NOAK ska ändras meddelar AK-mottagningen behandlande läkare.
- Ansvarig läkare meddelar AK-mottagningen när NOAK/warfarin avslutas
- Ansvarig läkare omprövar NOAK/warfarin fortlöpande och minst årligen i samband med receptförnyelse

Frekvensreglering:

Betablockad är förstahandspreparat. Dock bör inte Sotalol användas och för de patienter som står på Sotalol bör byte övervägas – kontakta gärna kardiolog! Anledningen till denna rekommendation är ökad mortalitet hos Sotalol-behandlade patienter. Digoxin kan övervägas som tillägg, ej i singelterapi.

Dokumentet är utarbetat av: Jörgen Lindström, Magnus Ehrsson