

Förmaksflimmer/fladder, checklista och pm

Gäller för: Region Kronoberg, Medicinkliniken Ljungby, Medicinkliniken Växjö

Faktaägare: Minna Markljung överläkare, hjärtsektionen Växjö

Carina Nilsson överläkare, medicinkliniken LL

Innehållsförteckning

1	Vårdnivå	2
2	Checklista	3
3	PM förmaksflimmer/fladder	4
3.1	Emboliprofylax	4
3.1.1	Vem ska ha oral antikoagulation?	4
3.1.2	Bedömning av blödningsrisk	5
3.1.3	Vilket preparat skall väljas?	5
3.1.4	Insättning av Eliquis eller annan NOAK	6
3.1.5	Warfarininsättning	6
3.2	Frekvensreglering	7
3.3	Konvertering	7
3.4	Rytmkontroll	8

Denna riktlinjer består av:

1. Vårdnivå och vilka som ska remitteras
2. Checklista med basal utredning och behandling
3. PM om förmaksflimmer/fladder (frekvensreglering, riskbedömning och antikoagulantiainsättning, konvertering)

I Växjö kan kardiologkonsult kontaktas vardagar kl 8-16.30, tel 0470-589606. I Ljungby kontaktas dagbakjour 0372-585344.

1 Vårdnivå

Vilka patienter kan behandlas i primärvården?

- Patient **utan** symtom (bröstsmärta, uttalad andfåddhet, allmänpåverkan) även om kammarfrekvens är hög (>130 slag per minut) och med flimmerduration över 48 timmar. Behandla enligt följande checklista/pm.

Vilka patienter med förmaksflimmer/fladder ska remitteras till akutmottagningen?

- Påverkade patienter, t ex inkompenenserade, uttalat takykarda (> 130 slag per minut), lågt blodtryck eller annan allmänpåverkan. Vidare vid misstanke om annan bakomliggande akut åkomma såsom myokardischemi, lungemboli eller liknande.
- Farmakologisk konvertering med läkemedlet Brinavess (vernakalant) eller Cordarone (amiodarone) eller elkonvertering utan föregående antikoagulantia-behandling kan ske på sjukhus vid duration som med säkerhet understiger 48 timmar. Informera patienten om att fasta krävs cirka 6 timmar innan sövning för elkonvertering. Det går att konvertera utanför 48-timmarsgränsen om patienten närmast föregående 3 veckor haft veckokontroller av PK med terapeutiska värden eller NOAK (Icke-vitaminK-beroende orala Antikoagulantia) med säkerställd mycket god compliance (max 2 missade tabletter totalt under perioden, men inte 2 tabletter i rad).

Vilka patienter remitteras till hjärtmottagningen CLV/medicinmottagningen LL polikliniskt?

- Fall för poliklinisk elkonvertering
 - Skicka konsultationsremiss i Cosmic till AK-mottagningen i Ljungby respektive Växjö. Välj "Nyinsättning av antikagulantia-behandling"

- Skicka remiss till hjärtmottagningen CLV/medicinmottagningen LL. Det bör framgå hur patienten själv ställer sig till elkonvertering. Om patienten inte är intresserad av elkonvertering, saknas indikation för remiss med denna frågeställning.
- Patienter med symtomatiskt paroxysmalt/persisterande förmaksflimmer/fladder och påverkan på livskvalitet, där annan behandling kan bli aktuell (antiarytmika, ablation).

Patienter som erbjuds subakut elkonvertering

I Växjö: Patienter med känt paroxysmalt förmaksflimmer med beslut om rytmkontroll (se kardiologbeslut i Cosmic) och som är tidigare akut konverterade eller står på antiarytmika, kan vända sig direkt till hjärtmottagningen närmaste vardag efter flimmerdebut. De planeras då in för subakut konvertering på HIA. Behöver inte remitteras till akutmottagningen (AM). Om sådan patient söker på AM och kan konverteras påföljande dag inom 48 timmar efter debut, tas rutinprover inkl PK. HIA-läkare meddelas (dagtid) eller sjuksköteska på HIA (jourtid) och patienten kommer fastande direkt till HIA kl 10 påföljande dag utan att passera akutmottagningen.

I Ljungby: Patienten hänvisas alltid till akutmottagningen. Patient med hanterbara symtom går hem i väntan på eventuell elkonvertering dagen efter och återkommer fastande till akutmottagningen för EKG vid 08-tiden.

2 Checklista

Basal utredning och behandling initieras av den läkare i primärvården eller på medicinkliniken, som först träffar patienten

Basal utredning

- EKG
- Blodtryck, gärna flera.
- Provtagning med blodstatus, elstatus, leverstatus, TSH, PK och fP-glukos, överväg b-Peth. Blodfetter vid ischemisk hjärtsjukdom. Överväg urinsticka vid hypertoni, men allra helst U-Albumin/Kreakvot.
- Uppgift om vikt och längd.
- Remiss för ekokardiografi.

Basal behandling

- Behandla bakomliggande åkomma (hypertoni, hjärtsvikt mm).
- Ställningstagande till emboliprofylax med oral antikoagulation (OAC), antingen nya orala antikoagulantia (NOAK), i första hand Eliquis (apixaban), eller Warfarin Orion.
- Frekvensreglering

3 PM förmaksflimmer/fladder

Terminologi:

Paroxysmalt: Självterminerande

Persisterande: Kräver aktiv konvertering för omslag till sinusrytm

Permanent (kroniskt): Man har accepterat att avstå från eller misslyckats med konvertering/ar

I praktiken behandlas de olika formerna enligt samma grundprinciper.

Bakomliggande åkomma: Ytterst viktigt att behandla bakomliggande åkomma, då förmaksflimmer ofta är en följd av (icke optimalt behandlad) hypertoni, hjärtsvikt, alkoholöverkonsumtion mm. Fråga om alkohol och var frikostig med att kontrollera b-Peth. Även akuta tillstånd som lungemboli, akut myokardischemi bör beaktas som bakomliggande åkomma. Hyperthyreos icke att förglömma.

ACEhämmare/Angiotensinreceptorblockerare (ARB) är förstahandspreparat vid hypertoni (särskilt vid samtidigt vänsterkammerhypertrofi, hjärtsvikt, proteinuri, diabetes) och det finns visst stöd för att ACEhämmare/ARB även är förmaksflimmerpreventivt.

3.1 Emboliprofylax

3.1.1 Vem ska ha oral antikoagulation?

På patient med "icke-valvulärt" förmaksflimmer kan någon av följande riskbedömningsskala användas:

Risk	Poäng CHA2DS2-VASc
C-Hjärtsvikt EF <40%	1
H-Hypertoni	1
A2 - Ålder 75 år eller äldre	2
D-Diabetes mellitus	1
S2 -Stroke	2
V-Kärlsjukdom (hjärtinfarkt, perifer kärlsjukdom, aortaplaque)	1
A- ålder 65-74 år	1
Sc-Kön = kvinna	1

Poängsumma risk	
2 eller mer	NOAK/Warfarin rekommenderas
1	NOAK/Warfarin övervägs. Undantag: CHA2DS2-VASc 1p enbart pga kvinnligt kön utgör inte indikation för antikoagulantia
0	Ingen antikoagulation (inte heller ASA). Undantag: Inför elkonvertering

3.1.2 Bedömning av blödningsrisk

Vid bedömning av blödningsrisk kan följande skala användas, gäller både Warfarin och NOAK.

Falltendens är oftast en överskattad risk.

HAS-BLED	Poäng
H-Hypertoni - dåligt reglerad > 160 systoliskt	1
A-Abnormal njurfunktion (krea >200) och leverfunktion (ASAT/ALAT x 3 från normalvärde) 1 poäng för vardera	1-2
S-Stroke	1
B- Tidigare blödningskomplikationer	1
L-Labilt svängande PK-värde	1
E-Elderly Ålder > 65 år	1
D-Drog eller alkoholmissbruk (en poäng för vardera)	1-2

3 poäng eller mer medför ökad blödningsrisk och kräver mer monitorering vid Warfarinbehandling samt ställningstagande till om den lägre dosen skall ges vid NOAK.

3.1.3 Vilket preparat skall väljas?

Vid nyinsättning väljs antingen Eliquis eller Warfarin om patienten inte har kontraindikation (se FASS). Gäller även inför elkonvertering. Patienter med

mitralisstenos har hög risk för tromboembolisk komplikation och bör ha Warfarin, ej indikation för nya orala antikoagulantia (NOAK).

Observera att emboliprofylax med ASA (Trombyl) är icke-göra vid förmaksflimmer.

3.1.4 Insättning av Eliquis eller annan NOAK

Eliquis (apixaban) väljs i första hand. Doseringsmall för Eliquis finns i Cosmic. Vid nedsatt njurfunktion <30 ml/min överväg i första hand Warfarin Orion.

Dosering:

- T Eliquis 5 mg x 2. Informera patienten noga om tvådos och vikten av compliance.
- T Eliquis 2,5 mg x 2. Patienten uppfyller minst två av följande: Ålder >80 år, vikt <60 kg, kreatinin >133 mikrogram/l ELLER vid egfr 15-29 ml /min. Kan också övervägas vid hög blödningsrisk enligt HAS-BLED även om patienten inte uppfyller ovanstående kriterier.

3.1.5 Warfarininsättning

- Ordinera i Cosmic och utfärda recept (använd helst någon av standardstartdoserna)

Förslag på startdosering T Warfarin Orion 2,5 mg	Dag 1	Dag 2	Dag 3
Förslag 1	4	3	3
Förslag 2	3	2	2

- Lämpliga startdagar måndag respektive fredag. Helst ej planerad INR-kontroll på fredagar. Informera patienten. Broschyr Warfarin Orion och halsband. Warfarininformation på olika språk finns på Nycomeds hemsida.

Efter val av oral antikoagulantia skrivs remiss till AK-mottagningen i Ljungby eller Växjö. Konsultationsremissen finns i Cosmic remissmodul, välj ”Nyinsättning av antikoagulantibehandling” i rullisten. Fyll i de fält som krävs så att ”Signera och skicka” tänds och du kan skicka remissen. AK-mottagningarna bevakar sin inkorg alla vardagar kontorstid. Vid önskemål om elkonvertering skickas en separat konsultationsremiss till medicinmottagningen i Ljungby respektive hjärtmottagningen i Växjö.

Årlig omprövning avseende fortsatt indikation och eventuella nytillkomna kontraindikationer för orala antikoagulantia ska utföras av ansvarig läkare.

3.2 Frekvensreglering

Om hög kammarfrekvens väljs i första hand betablockad.

Vid kontraindikationer för betablockad väljs verapamil/dilitiazem.

Ibland väljs digitalis. Vid hög ålder och/eller njursvikt är digitalis olämpligt. Digitalis ger tämligen dålig frekvenskontroll i samband med fysisk aktivitet. Kontrollera S-digoxin 2-3 veckor efter insättning.

Följ upp patientens frekvensreglering! Bandspelar-EKG kan vara ett hjälpmedel för detta, alternativt 6-minuters gångtest eller arbets-EKG. Acceptabel frekvens är <110 slag per minut i vila om patienten är symtomfri. Vid symtom eftersträvas lägre frekvens, omkring 90.

3.3 Konvertering

Asymtomatiska patienter måste i princip inte konverteras.

Konvertering kan vara aktuell:

- Överväges till alla med förmodad kort duration (mindre än 6 månader)
- Yngre patienter (under ca 65 år)
- Patienter med högre krav på fysisk aktivitet
- Patienter med oacceptabla symtom trots adekvat frekvenskontroll

Konvertering sällan aktuell:

- Asymtomatiska patienter
- Förmaksflimmer med lång duration (över 1 år)
- Vid snabba recidiv (inom 1 månad) efter elkonvertering

Före elektiv elkonvertering av flimmer/fladder måste patienten ha varit optimalt antikoagulantibehandlad i minst 3 veckor med Warfarin med veckovisa INR-kontroller, eller NOAK med särskild kontroll av compliance. Efter konvertering skall antikoagulantibehandling fortgå i minst 4 veckor. Fortsatt oral antikoagulantibehandling därefter styrs av CHA₂DS₂-VASc-poäng och inte av hjärtrytm/sinusrytm/förmaksflimmer. Patienten bör informeras om den stora recidivrisk. I samband med elkonvertering finns journalfört kardiologbeslut om fortsatt rytmkontroll (patienten skall konverteras vid recidiv, eftersträva sinusrytm) eller frekvenskontroll (symtomatisk behandling, pulssänkning med betablockad vid recidiv).

3.4 Rytmkontroll

Vid återkommande redidiv i symtomatiskt förmaksflimmer kan det bli aktuellt med andra antiarytmiska läkemedel än betablockad för att bibehålla sinusrytm. De rekommenderade är Multaq, Tambocor och Cordarone. Sotalol ges endast i undantagsfall pga hög proarytmisk risk. All antiarytmisk behandling sköts av kardiolog och följs upp på arytmi-mottagning.

Telefonnummer:

Ljungby

AK-mottagning: 0372-585325

Bakjour medicinkliniken: 0372-585344

Växjö

AK-mottagningen i Växjö: 0470-589163

Kardiologkonsult: 0470-589606

Bakjour medicinkliniken: 0470-589602

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.