

Nya europeiska riktlinjer för behandling av förmaksflimmer

Nya riktlinjer för behandling av förmaksflimmer presenterades vid den europeiska kardiologikongressen i september 2024 [1]. Riktlinjerna markerar ett skifte mot att betrakta förmaksflimmer som en komplex multifaktoriell sjukdom som kräver en helhetssyn, snarare än att enbart fokusera på hjärtrytmrubbningen. De nya riktlinjerna delas in i fyra delar, där den tidigare akronymen ABC har ersatts av AF-CARE, där C står för behandling av samsjuklighet och riskfaktorer, A för förebyggande av stroke, R för rytm- och frekvensreglering och E för kontinuerlig utvärdering. Denna artikel sammanfattar riktlinjerna med fokus på de viktigaste nyheterna.

Behandling av samsjuklighet

En stor andel av patienter med förmaksflimmer har samsjukligheter [2], vilket ökar risken för sjukdomsprogression och försämrar behandlingsresultaten. Behandling av samsjuklighet och riskfaktorer är en central del av de nya riktlinjerna. Samsjukligheter innefattar hypertoni, hjärtsvikt, obstruktiv sömnapné, obesitas och diabetes, medan riskfaktorer omfattar fysisk inaktivitet och alkoholöverkonsumtion. Behandling av alla dessa, förutom sömnapné, har nu högsta rekommendationsgrad.

SGLT2-hämmare rekommenderas till alla patienter med förmaksflimmer och hjärtsvikt, oavsett ejektionsfraktion. Viktnedgång



Mashroor Khan,
doktorand,
leg läkare,

hjärtkliniken,
Danderyds sjukhus,
Stockholm
● mashroor.khan
@regionstockholm.se



Anna Björkenheim,
med
dr, överläkare, VO

hjärt-lungmedicin
och klinisk fysiologi,
Universitetssjukhuset
Örebro; ledamot i
Hjärtrytmgruppen,
Svenska kardiolog-
föreningen



Emma Svennberg,
docent,

specialistläkare,
kardiologi, Karolinska
universitetssjukhuset,
Stockholm

på minst 10 procent rekommenderas för överviktiga patienter för att minska flimmerbördan och lindra symtom. Blodtrycksmål för patienter med förmaksflimmer är <130/80 mm Hg. Alkoholintaget bör begränsas till högst 3 standardglas per vecka för att minska risken för flimmerrecidiv.

Förebyggande av stroke

Antikoagulantia rekommenderas fortsatt till alla patienter med förmaksflimmer och ökad strokerisk.

CHA₂DS₂-VA har ersatt CHA₂DS₂-VASc som riskskattningsskala för stroke. Kvinnligt kön (Sc) har tagits bort eftersom det är en åldersberoende modifierare av risk snarare än en oberoende riskfaktor. Antikoagulantia rekommenderas vid CHA₂DS₂-VA ≥2 poäng eller högre och bör övervägas vid 1 poäng.

HAS-BLED, en skattningsskala för blödningsrisk, ska inte användas för att avgöra insättning av antikoagulantia. För att

minska blödningsrisken rekommenderas behandling av modifierbara riskfaktorer och tätare uppföljning vid förekomst av icke-modifierbara riskfaktorer. De nya riktlinjerna rekommenderar följande åtgärder för att minimera risken för blödning:

- Minskning av alkoholkonsumtion.
- Adekvat behandling av hypertoni.
- Begränsad användning av trombocyt-hämmande och antiinflammatoriska läkemedel.
- Optimering av antikoagulantiadosering och regelbunden granskning av läkemedelsinteraktioner.

Rytm- och frekvensreglering

Frekvensreglering rekommenderas som initial terapi, antingen i kombination med rytmreglering eller som ensam strategi för att kontrollera frekvens och minska symtom. En vilofrekvens på ≤110/min anses fortsatt acceptabel vid frekvensreglering.

Rytmreglering är en viktig del av behandlingen och kan minska risken för sjukhusinläggningar och hjärtsvikt samt öka överlevnaden hos patienter med hjärtsvikt med sänkt ejektionsfraktion.

Kateterablation har nu fått högsta re-

kommendationsgrad (IA) som förstahandsalternativ för rytmreglering vid paroxysmalt förmaksflimmer. Hos patienter med takykardiinducerad hjärtsvikt och nedsatt vänsterkammarmfunktion har kateterablation en klass IB-rekommendation. Tidsgränsen för konvertering utan föregående antikoagulantibehandling har sänkts till 24 timmar för att minska risken för stroke.

Utvärdering

Förmaksflimmer är en multifaktoriell sjukdom som kräver regelbunden uppföljning, dynamisk värdering av samsjuklighet och riskfaktorer samt en multidisciplinär strategi. Uppföljning rekommenderas inom 6 månader efter diagnos och därefter minst årligen. Större vikt läggs vid patientens delaktighet i behandlingen.

Sammanfattning

De nya riktlinjerna betonar vikten av en holistisk syn på patienter med förmaksflimmer, med fokus på att behandla riskfaktorer och samsjukligheter, förebygga stroke med oral antikoagulation och lindra symtom genom individanpassad frekvens- och rytmreglering. Viktiga nyheter inkluderar bland annat införandet av CHA₂DS₂-VA som riskskattningsskala, ökad användning av SGLT2-hämmare vid hjärtsvikt och högre prioritet för kateterablation vid paroxysmalt förmaksflimmer. ○

● Emma Svennberg är medförfattare till ESC:s riktlinjer för förmaksflimmer.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Emma Svennberg har fått föreläsningssarvode (institutionellt) från Abbott, Astra Zeneca, Bayer, Bristol-Myers Squibb, Pfizer, Boehringer Ingelheim, Johnson & Johnson och Merck Sharp & Dohme. Anna Björkenheim har erhållit föreläsningssarvode från Abbott och Bayer.

Citera som: Läkartidningen. 2025;122:24154

HUVUDBUDSKAP

- Behandling av samsjuklighet är en central del av de nya riktlinjerna vid förmaksflimmer.
- Skattningsskalan för att beräkna risken för stroke, CHA₂DS₂-VASc, har ersatts av CHA₂DS₂-VA.
- Tidsgränsen för att genomföra konvertering utan föregående antikoagulantibehandling har sänkts till 24 timmar.
- Kateterablation rekommenderas i högre grad som förstahandsalternativ vid paroxysmalt förmaksflimmer.

REFERENSER

1. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, et al; ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2024;45(36):3314-414.
2. Lip GYH. Managing high-risk atrial fibrillation patients with multiple comorbidities. Int J Arrhythmia. 2023;24(1):4.

SUMMARY

New guidelines for atrial fibrillation

Atrial fibrillation is a chronic and complex condition. The new 2024 European Society of Cardiology guidelines emphasize a holistic approach to managing atrial fibrillation, introducing the AF-CARE framework. The guidelines prioritize addressing (C) Comorbidities and risk factors for all patients, irrespective of their thromboembolic risk or symptoms. This is followed by strategies to (A) Avoid stroke and thromboembolism, and to (R) Reduce symptoms through rate and rhythm control, potentially improving prognosis. Finally, (E) Evaluation and reassessment should be individualized, with a dynamic approach that adapts to changes in the patient's condition over time.