





Hjärtsvikt med bevarad systolisk funktion (HFpEF)

Fastställt februari 2021 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. februari 2023.

Huvudbudskap

-  Hjärtsvikt med bevarad systolisk funktion, HFpEF, är ett vanligt tillstånd med nästan lika allvarlig prognos som hjärtsvikt med nedsatt systolisk funktion, HFrEF.
-  Utredning och diagnostik kan vara svår och innefattar mätning av NT-proBNP och hjärtultraljud.
-  Evidensbaserad terapi för att förbättra prognosen saknas fortfarande.
-  Symtomlindring, med rätt dos diuretika, och god behandling av associerade tillstånd t.ex. hypertoni, njurdysfunktion, ischemisk hjärtsjukdom, förmaksflimmer är viktigt.

Bakgrund

Hjärtsvikt är ett kliniskt syndrom av heterogen natur med en mångfald av etiologier och varierande symtombild. Den typ av hjärtsvikt som är mest känd och dokumenterad är hjärtsvikt med sänkt (reducerad) pumpförmåga (ejektionsfraktion = EF, <40%), benämnd HFrEF (Heart Failure with reduced Ejection Fraction). Det är också vid detta tillstånd som alla evidensbaserade behandlingar finns. En stor andel av sviktpatienterna (50% eller mer) har EF i normalt intervall, $\geq 50\%$. Denna grupp kallas Heart failure with preserved Ejection Fraction (HFpEF). Det finns ingen knivskarp gräns mellan de båda formerna, varför en mellankategori HFmrEF (Heart Failure with mid range Ejection Fraction) införts vid EF 40–49%. Med allt äldre befolkning anses att hjärtsvikt av typen HFpEF kommer att öka över tiden och bedöms redan utgöra en majoritet av all hjärtsvikt.

Orsakerna till HFpEF är i huvudsak de samma som till HFrEF, men frekvensen av dessa inom grupperna varierar. I gruppen HFpEF finns mindre andel ischemisk hjärtsjukdom, mer hypertoni, mer förmaksflimmer och övervikt. Gruppen är också äldre och har fler kvinnor jämfört HFrEF. Patienter med mer renodlad högersvikt hamnar också i denna grupp, exempelvis pulmonell hypertension, tricuspidalinsufficiens och högersidig hjärtinfarkt.

Vid HFpEF anses styvhet i myokardiet vara av stor betydelse, vilket ger diastolisk dysfunktion, varför man tidigare benämnde tillståndet diastolisk hjärtsvikt. Det är nu uppenbart att såväl diastolisk som systolisk funktion är nedsatt vid båda typerna av hjärtsvikt, varför den tidigare termen inte anses relevant. EF som används för att åtskilja grupperna är ett trubbigt mått. Mer

Diagnostiska kriterier vid olika former av hjärtsvikt

HFrEF

Symtom \pm tecken*

EF <40%

Se [RMR Hjärtsvikt med nedsatt systolisk funktion \(HFrEF\)](#)

HFmrEF

Symtom \pm tecken*

EF 40–49%

Förhöjt BNP/NT-proBNP**

Ett av nedanstående:

- Vänsterkammarmhypertrofi eller förstorat vänster förmak
- Diastolisk dysfunktion

HFpEF

Symtom \pm tecken*

EF $\geq 50\%$

Förhöjt BNP/NT-proBNP**

Ett av nedanstående:

- Vänsterkammarmhypertrofi eller förstorat vänster förmak
- Diastolisk dysfunktion

*Tecken på hjärtsvikt kan saknas om pat behandlas med diuretika, särskilt vid HFpEF.

**Förhöjt BNP >35 pg/mL, NT-proBNP >125 ng/mL.

förfinad diagnostik med t.ex. vävnads-Doppler kan oftast påvisa störningar i systolisk funktion även vid HFpEF.

Ökad stelhet i vänster kammare uppstår vid hypertrofi och ärrbildning (fibros), ofta finns båda faktorerna samtidigt. Sjukdomar med hög grad av hypertrofi och fibros är hypertrof kardiomyopati, hypertoni, aortastenosen och tidigare inflammation som läkt ut med kvarvarande fibros (myokardit). Därtill finns olika inlagringssjukdomar, särskilt amyloidos, som ger bild av HFpEF.

Tillståndet anses ha något bättre prognos än HFrEF, men har ändå hög mortalitet och morbiditet.

Diagnostik

Symtom och klinisk bild är snarlik den vid HFrEF och det finns ingen möjlighet att skilja formerna åt enbart med hjälp av klinisk bedömning. Symtom och kliniska fynd som vid hjärtsvikt kan också ofta föreligga vid andra tillstånd. Därför är det nödvändigt att använda hjärtultraljud för att ställa rätt diagnos.

En diagnostisk algoritm har föreslagits från europeiska kardiologföreningen (ESC), se figur. För att ställa diagnos vid HFrEF räcker det med symtom/tecken och sänkt EF. För att ställa diagnosen vid HFmrEF och HFpEF krävs dessutom att natriuretiska peptidnivåer är förhöjda, samt att det finns fynd på hjärtultraljud som påvisar strukturell bakomliggande hjärtsjukdom (se tabell ovan).

Bedöm sannolikheten för hjärtsvikt

1. Anamnes

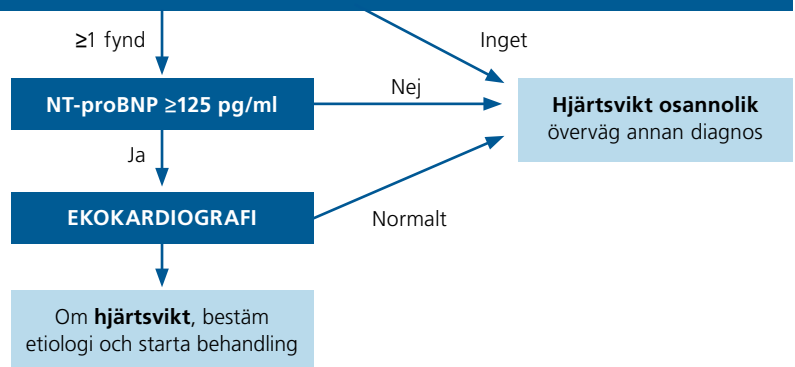
Ischemisk hjärtsjukdom
Hypertoni
Kardiotoxiska substanser
Diuretikabehov
Ortopné

2. Status

Rassel
Ödem
Blåsljud
Halsvenstas
Breddökad ictus

3. EKG

Något onormalt



Natriuretiska peptider

Natriuretiska peptider insöndras från celler i hjärtats förmak och kammare som en reaktion på förhöjda fyllnadstryck och uttänjning. Nivåerna av peptiderna korrelerar väl till grad av hjärtsvikt och prognos. Andra faktorer som ger högre värden är andra hjärtsjukdomar, förmaksflimmer, njursvikt, kvinnligt kön och högre ålder. Obesitas ger å andra sidan lägre värden.

I rutinsjukvården används oftast NT-proBNP, men även BNP förekommer. Tolkningen av dessa båda peptider är likartad, men normalvärdena är olika (högre värden för NT-proBNP). Olika laboratorier kan dessutom ha olika referensvärden.

Låga värden talar starkt emot hjärtsvikt (t.ex. NT-proBNP < 125 ng/L), medan höga värden talar för hjärtsvikt. I de flesta fall har patienter med nypuptäckt eller försämrad hjärtsvikt värden på NT-proBNP som överstiger 500-900 ng/L. Medel- höga värden medför att hjärtsvikt är en möjlig diagnos. NT-proBNP kan användas i utredning av oklar dyspné för att i första hand skilja mellan hjärt- och lungorsakad dyspné. Många kliniker använder peptiderna för att monitorera ett kroniskt förlopp.

Diagnoskoder

Nu finns det specifika diagnoskoder för HFpEF (I50.1C) och HFrEF (I50.1A), och dessa bör användas vid dokumentation i journal.

Behandling

Beträffande diagnostik och behandling, inklusive dosering av diuretika, se [RMR Hjärtsvikt med nedsatt systolisk funktion \(HFrEF\)](#).

Det finns i dagsläget ingen evidensbaserad behandling för HFpEF eller HFmrEF. I några studier har det antytts att MRA (mineralreceptor-antagonister) som eplerenon och spironolakton, ARB (angiotensinreceptorblockerare), beta-blockad och sacubitril/valsartan skulle kunna ha vissa positiva effekter. Läkemedel som används vid HFrEF har ofta indikation hos patienter med HFpEF på grund av samsjuklighet (t.ex. hypertoni, njurdysfunktion, ischemisk hjärtsjukdom, förmaksflimmer). Inga data antyder att dessa läkemedel skulle vara skadliga vid HFpEF. Det är sannolikt av stor vikt att sådana utlösande faktorer behandlas så väl som möjligt för att undvika progress av hjärtsvikten.

Den behandling som står till buds är symtomlindring. Ofta har patienterna vätskeretention och behöver ha diuretika i lämpliga doser. Annan behandling som lindrar symtom och ökar livskvalitet, såsom **intravenöst järn** vid järnbrist och **fysioterapi** är rimliga att använda, även om inte heller dessa har stark dokumentation vid HFpEF. CRT (sviktpacemaker) och ICD (implanterbar defibrillator), vilka har sina indikationer vid HFrEF, har inte indikation vid HFpEF.

Patienter med renodlad högerkammarsvikt har ofta behov av specifik behandling, vilket inte tas upp i detta RMR.

Uppföljning

Behovet av långsiktigt och livslångt omhändertagande är samma som vid HFrEF. Att monitorera grad av vätskeretention och att administrera adekvat dos av diuretika är sannolikt av stort värde. Man bör också ha i åtanke att vissa patienter kan försämrats i sin hjärtfunktion och då passera in i gruppen HFrEF, vilket medför ett allvarigare tillstånd, men också en större arsenal av behandlingsalternativ. En försämring i tillståndet utan annan uppenbar förklaring kan därför motivera en ny undersökning med ekokardiografi för att bedöma eventuell försämring av EF.

FÖR TERAPIGRUPP HJÄRTA-KÄRL

Per Ola Enander – ordförande, överläkare, SkaS

Bert Andersson

– huvudförfattare, överläkare, kardiologi, SU

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Hjärta-kärl
Lena Gustafsson, lena.ma.gustafsson@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på
www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel. Kan även beställas från
Adress & Distributionscentrum; adress.distributionscentrum@vgregion.se