

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Giltig från: 2025-09-24

Innehållsansvar: Tobias Nihlmark, (tobni1), Överläkare

Giltig till: 2027-09-24

Granskad av: Erik Frick, (erifr), Processchef

Godkänd av: Christoffer Larsson, (chrla26), Verksamhetschef

Analys av natriuretiska peptider vid utredning av misstänkt hjärtsvikt

Förändringar sedan föregående version

Förlängd giltighet.

Bakgrund, syfte och mål

Diagnosen hjärtsvikt ställs utifrån en sammanvägning av anamnes, status och undersökningsfynd.

Inget enskilt symtom eller tecken är patognomont för diagnosen.

- Natriuretiska peptider bör analyseras vid klinisk misstanke på hjärtsvikt. BNP eller NT-pro-BNP kontrolleras – det finns ingen anledning till kontroll av båda peptidsorterna.
- Olika metoder finns för analys av natriuretiska peptider – varje metod har sitt särskilda referensintervall och beslutsgränser vilket måste beaktas vid dess tolkning. (Hänvisning till PSV hjärtsvikt för analysgränser)
- Svagheten med analys av natriuretiska peptider är att det finns flera faktorer/tillstånd som höjer nivåerna utan att hjärtsvikt behöver föreligga. Dessa faktorer måste beaktas; särskilt vid bedömning om provet överhuvudtaget skall tas samt i synnerhet vid dess tolkning.
- Vid normalt värde av BNP/NT-pro-BNP kan hjärtsvikt som genes till dyspnén med hög sannolikhet uteslutas. Den allra högsta sannolikheten föreligger hos yngre, medicinfrä patienter utan förekomst av faktorer som kan påverka nivån av peptiderna (se nedan). Hos dessa kan analys

av peptider således fungera som ”screening” för att selektera vilka patienter som bör remitteras vidare till UCG. (Hänvisning till PSV hjärtsvikt för analysgränser)

- Vid förhöjt värde kan hjärtsvikt föreligga, särskilt om inga faktorer föreligger som ger en ”falsk” förhöjning av peptidnivåerna.
- Vid förhöjda värden skall UCG utföras för verifiering eller uteslutande av sviktmissstanken.
- Vid klart misstänkt hjärtsvikt utifrån anamnes och status kan – med beaktande av sedvanliga kontraindikationer - sedvanlig behandling påbörjas utan inväntande av provsvar eller annan utredning. Vid mer uttalad symtomatologi skall behandling påbörjas utan fördröjning. Vid tecken till vätskeretention påbörjas i första hand vätskedrivande behandling. Om auskultatoriskt hög misstanke på t ex aortastenosis skall ACE-hämmare/ARB ej inledas innan närmare kartläggning skett med UCG.
- Det finns ännu inte tillräckligt med evidens för att rutinmässigt använda natriuretiska peptider som riskstratifiering eller behandlingsuppföljning.
- Vid stabil hjärtsvikt kan natriuretiska peptider användas som prognostisering för död och hjärtsviktshospitaliering.

Arbetsbeskrivning

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Lågt värde av natriuretiska peptider

- Normalt värde kan med mycket hög sannolikhet utesluta hjärtsvikt.
- Faktorer som kan ge sänkta koncentrationer av natriuretiska peptider: ACE-hämmare, ARB, betablockerare (på lång sikt), diuretika, obesitas.

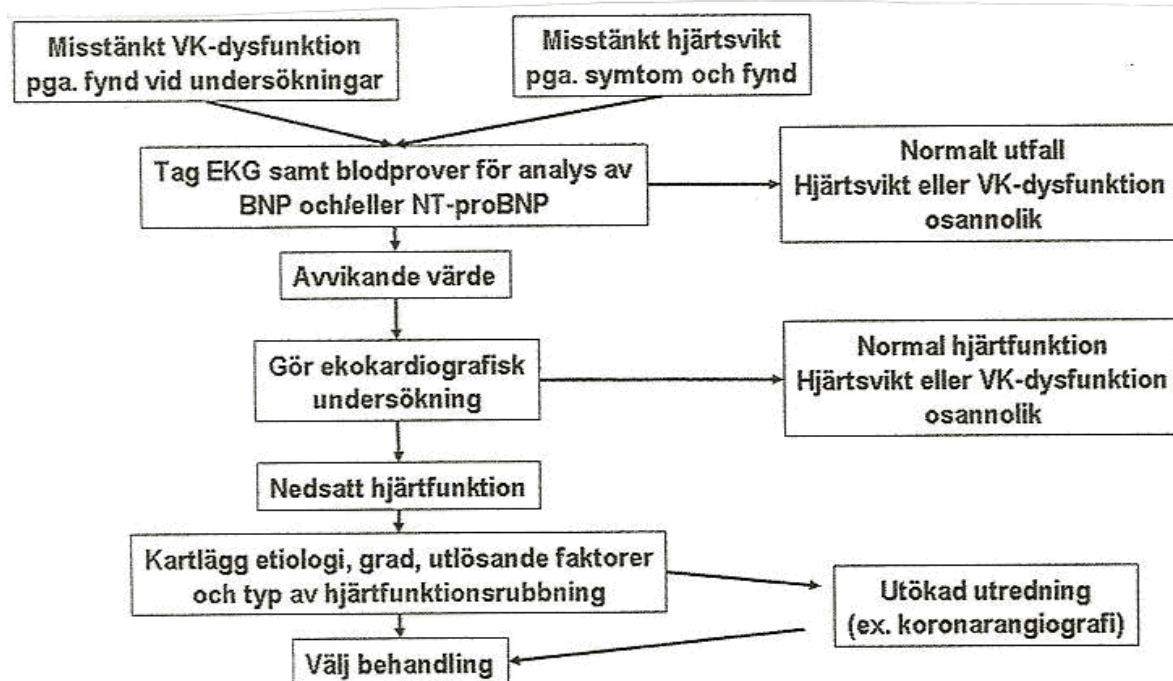
Högt värde av natriuretiska peptider

Högt värde kan tala för att hjärtsvikt är orsak till dyspnén. Diagnosen måste dock konfirmeras med UCG.

Faktorer som kan ge förhöjda koncentrationer av natriuretiska peptider utan att det behöver vara uttryck för hjärtsvikt: stigande ålder, kvinnligt kön, njurinsufficiens, hypertoni, hyperthyreos, KOL, anemi, akut kranskärslsjukdom,

takyarytmier (inkl förmaksflimmer), klaffvitium, kardiomyopati, vänsterkammarhypertrofi, lungembolism, pulmonell hypertension, behandling med sakubitril / Valsartan, betablockerare (på kort sikt) ”critical illness” tex sepsis/DIC.

Algoritm för utredning av misstänkt hjärtsvikt



Diagnostisk algoritm vid hjärtsvikt modifierad efter ESC:s riktlinjer

Käll- och litteraturförteckning

Information från Läkemedelsverket 1:06,

SBU Alert 1:05, Dahlström et al,

Läkartidningen nr 12 (2006) vol 103 s 927-929 Lindstedt et al,

Läkartidningen nr 12 (2006) vol 103 s 930-937 Jernberg et al,

Läkartidningen nr 17 (2006) vol 103 s 1289-1295

Nielsen et al, Eur J Heart Fail 2004;6(1):63-70

Mueller et al, N Engl J Med 2004;350(7):647-54

Douest et al, Arch Int Med 2004;164:1978-84

Gardner et al, Eur Heart J 2003;24(19):1735-43

A.Maisel et al, Eur J Heart Fail 2008;10:824-839

Mueller C et al, Eur J Heart Fail 2019;21:715-731

Roberts E et al, BMJ 2015; 350:h910

Madamanschi C et al, Int J Cardiol 2014; 176(3):611-617

Riktlinjer från European Society of Cardiology www.escardio.com

Arbetsgrupp

Svikt-teamet, Kardiologikliniken SkaS Skövde

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Tobias Nihlmark, (tobni1), Överläkare

Granskad av: Erik Frick, (erifr), Processchef

Godkänd av: Christoffer Larsson, (chrla26), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9709-121726567-28

Version: 9.0

Giltig från: 2025-09-24

Giltig till: 2027-09-24