

Gäller för: Kardiologi

Giltig från: 2025-01-24

Innehållsansvar: Jenny Hellberg, (jenjo16), Specialistläkare

Giltig till: 2027-01-24

Granskad av: Jenny Hellberg, (jenjo16), Specialistläkare

Godkänd av: Henrik Olsson, (henol2), Verksamhetschef

Perikardit

Indelning

- Akut perikardit - första insjuknande, relativt akut, duration <6 veckor
- Persisterande perikardit - duration >6 veckor utan symtomfritt intervall
- Recidiverande perikardit - recidiv efter 6 veckor med symtomfritt intervall
- Kronisk perikardit - varar längre än 3 månader

Etiologi

Infektion	Virus	Coxsackie, echo, EBV, CMV, adeno, parvo B19, humant herpesvirus 6
	Bakterier	Tb, (coxiella burnetti)
	Svamp, parasiter	Mkt ovanligt
Autoimmuna, auto-inflammatoriska	Pericardial injury syndromes	Postmyokardinfarktsyndrom, postperikardiotomisyndrom, posttraumatiskt
	Systemiskt autoimmuna och autoinflammatoriska	SLE, Sjögren, RA, systemisk skleros, vaskuliter, Behcet, sarcoidos, familjär medelhavsfeber, mm
Neoplasm	Primär	T ex perikardiellt mesoteliom
	Sekundär	T ex lung och bröstcancer, lymfom mm
Metabola rubbningar		Uremi, myxödem
Posttraumatiskt	Direkt skada	Penetrerande toraxskada, iatrogen, esofagusperforation
	Indirekt	T ex strålning
	Läkemedel	Procainamid, hydralazine, isoniazid, fenytoin, doxofubicin, daunorubicin
	Postintervention	PCI, pacemakerinläggning, kateterburen ablation
Andra orsaker till perikardutgjutning	.	Amyloidos, hjärtsvikt, aortadissektion och pulmonell hypertension.

Diagnos

Patienter med misstanke om perikardit bör utredas med CRP, SR, LPK, Troponin, EKG, UCG och lungröntgen. Det är inte ett måste att utreda orsaken bakom en perikardit eftersom tillståndet oftast har relativ god prognos och utredning oftast inte leder till etiologin.

Diagnoskriterier

För diagnos behövs minst 2 av dessa kriterier:

- Bröstsmärta, oftast andningskorrelerad, ibland bättre av att sitta och luta sig framåt.
- Gnidningsljud vid auskultation – som att gå i torr snö.

- EKG: ST-höjning i flera avledningar, konkav till skillnad från transmural ischemi som oftast är konvex uppåt.
- Vätska i perikardsäcken, påvisat med t ex hjärtultraljud.

Förhöja inflammationsparametrar, vanligen CRP eller förtjockning av perikardiet på t ex CT stödjer diagnosen. Ca 30% har även myokardengagemang med troponin-stegring, sk myoperikardit.

Prediktorer för tamponad, konstriktion och återfall

Major

- Temperatur över 38 grader.
- Subakut förlopp vid insjuknande d.v.s. ingen klar debut av symtom.
- Perikardvätska mer än 20 mm.
- Tamponad.
- Uteblivet behandlingssvar till NSAID efter 7 dagar.

Minor

- Perikardit med myokardit (troponin-stegring).
- Immundämpade patienter.
- Behandling med orala antikoagulantia.
- Trauma.

Handläggning

- Patienter som inte har någon av prediktorerna ovan och som saknar hög misstanke om specifik icke virosrelaterad orsak till inflammationen kan behandlad polikliniskt med återbesök och provtagning efter 1 vecka. UCG utförande är viktigt för detta ställningstagande för att utesluta tamponad eller signifikant mängd perikardvätska. Vid poliklinisk behandling boka återbesök med UCG kontroll efter 1 vecka!
- Patienter som har någon av risk faktorerna skall läggas in. Telemetri bör kopplas. Troponinserie. CRP, blod och elstatus dagligen. EKG dagligen. Temp och blodtryck x 2. Patienten kan bli utskriven när smärtan är under kontroll och tillståndet är stabilt.

Behandling

Akut perikardit

- Behandling av ev underliggande orsak.
- Begränsning av fysisk ansträngning till vardagsrörelse tills symtomen avtagit och CRP, EKG och UCG normaliserats. Elitidrottare ska ha längre uppehåll, minst 3 månader.
- T Ibuprofen 600 mg x3 under 1-2 veckor om ingen kontraindikation föreligger och de tolereras. Längre tids behandling om mer långdragna symtom och då nedtrappning med 200-400 mg/dag vecka. Skydda magen med protonpumphämmare.
- T Colrefuz 0,5 mg ges för att minska risken för återfall. Dos: 0,5 mg per dag om kroppsvikt <70 kg eller 0,5 mg x 2 om kroppsvikt >70 kg. Ingen nedtrappning behövs. Behandlingstid 3 månader. Se läkemedelsavsnittet.
- Om Ibuprofen kan inte tolereras eller är kontraindicerad man kan använda Prednisolon som andrahandsmedel. Dos 0,2-0,5 mg/kg/dag. Nedtrappning behövs beroende på respons.

Recidiverande perikardit

- Behandla orsak om den är identifierad!
- Begränsning av fysisk ansträngning till vardagsrörelse tills symtomen avtar och CRP, EKG och UCG normaliserats. Elitidrottare måste ha längre uppehåll, minst 3 månader från senaste symtom.
- T Ibuprofen 600 mg x 3 under några veckor/månader. trappa ner dosen med 200- 400mg/dag varje 1 till 2 veckor. Skydda magen med protonpumphämmare.
- T Colrefuz: 0,5 mg x 1 om kroppsvikt <70 kg, 0,5mg x2 om kroppsvikt >70 kg, minst 6 månaders behandlingstid.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

- Prednisolon kan övervägas som tillägg till NSAID och Clorefuz (trippel behandling) vid utebliven effekt av ovan. Låg dos. Långsam nedtrappning.
- Vid svårbehandlade fall hänvisas till ESC guidelines.

Uppföljning

- Patienter med kolchicin instrueras om att kontakta sjukvård vid feber, halsont eller akuta infektionssymtom för att kolla vita.
- Återbesök efter c:a 2 veckor efter utskrivningen. Klinisk kontroll. Provtagning: CRP, Blod-, elstatus och TNI. EKG och UCG. Kolla compliance och biverkningar.
- I okomplicerade fall inget mer återbesök. I ö individualisera.
- Vid recidiverande perikardit kan PAL individualisera vidare kontakt och återbesök. Här är det viktigt att patienten har en läkare att vända sig till per telefon.
- Polikliniskt arbetsprov behövs inte.

Myokardengagemang

Myoperikardit: Perikardit med lindrig myokardpåverkan. Samma diagnoskriterier som för perikardit + troponinstegring + ingen nytillkommen vänsterkammardysfunktion på UCG eller MRT. Vanligast. Handläggs som ovan.

Perimyokardit: Dominerande myokardit med perikardpåverkan. Samma kriterier som för perikardit + högre troponinstegring + tecken till nytillkommen fokal eller diffus vänsterkammardysfunktion på UCG eller MRT. Mindre vanlig.

Handläggning

- Inläggning på hjärtcentrum, i andra hand MAVA. Telemetri. Temp och blodtryck x 2.
- CRP, Blod- elstatus och EKG dagligen.
- Troponinserie.
- Koronarangio kan behövas beroende på utvärdering av riskfaktorer och presentation.
- MRT rekommenderas i vissa fall.
- Vid tydligt myokardengagemang träningsrestriktion 6 månader

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kardiologi

Innehållsansvar: Jenny Hellberg, (jenjo16), Specialistläkare

Granskad av: Jenny Hellberg, (jenjo16), Specialistläkare

Godkänd av: Henrik Olsson, (henol2), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10067-2089204900-99

Version: 4.0

Giltig från: 2025-01-24

Giltig till: 2027-01-24