

Patienter med inflammatorisk reumatisk sjukdom har en riskökning för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom, jämförbar med den vid diabetes mellitus. Detta gäller särskilt:

- Patienter med reumatoid artrit (RA) och persisterande SR/CRP-stegring och/eller extraartikulära manifestationer
- Patienter med systemisk lupus erythematosus (SLE)

Även följande patientgrupper har på gruppnivå en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom

- Övriga patienter med reumatoid artrit
- Patienter med ankyloserande spondylit / radiografisk axial spondylartrit
- Patienter med psoriasisartrit
- Patienter med övriga inflammatoriska systemsjukdomar

Patienter med reumatisk sjukdom bör screenas regelbundet för påverkbara riskfaktorer såsom:

- Rökning
- Högt blodtryck
- Lipidrubbingar
- Diabetes
- Sänkt njurfunktion

Övervikt och levnadsvanor, såsom kost, alkohol, låg fysisk aktivitetsnivå och psykosocial stress, måste beaktas.

Behandla grundsjukdomen optimalt; hög sjukdomsaktivitet är en bidragande faktor till risken att utveckla hjärt-kärlsjukdom. Beakta organmanifestationer vid systemsjukdom.

Vid förekomst av fosfolipidantikroppar, överväg trombocythämmare eller antikoagulantibehandling. (Se särskilda [rekommendationer avseende SLE](#))

Beakta att långvarig behandling med NSAID (COX-hämmare) vid reumatisk sjukdom kan öka risken för kardiovaskulär sjukdom, liksom hos befolkningen i övrigt.

Kontrollera:

- Rökning
- Blodtryck
- Lipidstatus
- fP-glukos
- BMI
- Njurfunktion

Förslag till manuell riskskattning:

1. Beräkna 10-års risk med SCORE2 (bilaga 1).
Kön, ålder, systoliskt blodtryck, rökning och icke-HDL-kolesterol används.
 2. Multiplicera med 1.5 hos patienter med RA
 3. Använd procenttalet från SCORE2 för modifierad riskgruppering (Bil 2).
 4. Beakta målnivåer (omstående sida)
- Riskskattning med Kardiovaskulära modulen i SRQ:**
<http://www.srq.nu> (kräver inloggning)

Rekommendationer för kardiovaskulär primärprevention vid inflammatorisk reumatisk sjukdom - 2024

Det är angeläget att vi inom reumatologin screenar för kardiovaskulära riskfaktorer och ser till att behandling av dessa initieras. Beroende på lokala traditioner bör sedan behandlingen i flertalet fall skötas av, eller i nära samarbete med, primärvården.

Vi föreslår att patienter screenas regelbundet för kardiovaskulära riskfaktorer. Vid bedömning av utfallet bör flertalet riskfaktorer inkluderas, här finns skattningsverktyg som stöd vilka väger in flera faktorer (systoliskt blodtryck, rökning, lipider, kön och ålder) samt det faktum att faktorerna interagerar:

SCORE (Bilaga 1a) skattar risken för kardiovaskulär död inom 10 år

SCORE2 (Bilaga 1b) och SCORE2-OP (older people) (Bilaga 1c) skattar risken för kardiovaskulär händelse i ett bredare åldersspann (40-69 år respektive 70-89 år) samt baseras på ett uppdaterat befolkningsmaterial.

För RA gäller, i enlighet med rekommendationer från EULAR, att den skattade risken för kardiovaskulär död bör multipliceras med 1.5 (1).

Arbetsgruppen föreslår att riskskattningen (låg/måttlig/hög risk) modifieras utifrån reumatisk sjukdom (Bilaga 2). För riskkalkylator för befolkningen hänvisar European Society of Cardiology till SCORE2 / SCORE2-OP (<https://u-prevent.com>).

Det finns få kardiovaskulära interventionsstudier som studerat patienter med reumatisk sjukdom. Våra rekommendationer bygger därför i stor utsträckning på vad som rekommenderas till allmänbefolkningen.

Nedanstående behandlingsförslag bör beaktas utifrån riskskattning enligt Bilaga 2:

- Vid mycket hög risk enligt riskskattning: Högdos statinbehandling (1a hand atorvastatin 40–80 mg och vid behov tillägg ezetimib) med mål LDL under 1,4 mmol/l.
- Vid hög risk enligt riskskattning: Statin och vid behov tillägg ezetimib med mål LDL under 1,8 mmol/l.
- Vid måttlig risk enligt riskskattning: Mål LDL under 2,6 mmol/l.

Behandlingsmål vid hypertoni:

- <70 år 120–129/70–80
- ≥70 år 130–139/70–80

För läkemedelsval hänvisas till rekommendationer från lokala läkemedelskommiteer och specifika rekommendationer vid njurengagemang (2, 3) .

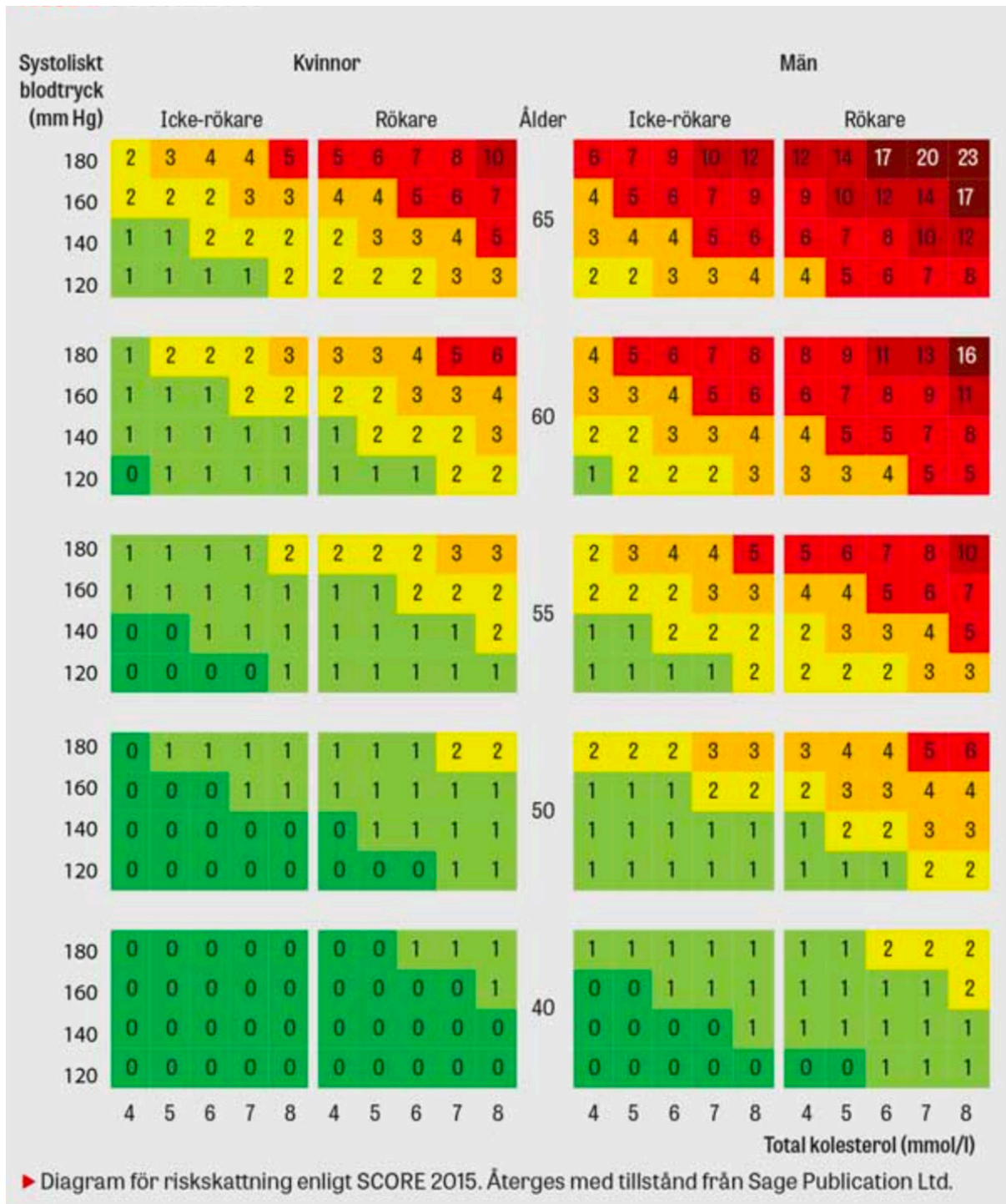
Fosfolipidantikroppar ökar risken för tromboembolisk sjukdom. Livslång antikoagulantibehandling är vanligen indicerad vid persisterande fosfolipidantikroppar och trombos. Hos patienter med s.k. högrisk fosfolipidantikroppsprofil (flera positiva test/höga titrar) rekommenderas trombocythämmare som primärprofylax. För detaljer avseende detta hänvisas till [SRFs rekommendationer avseende SLE](#). Långvarig behandling med NSAID (COX-hämmare) vid reumatisk sjukdom kan öka risken för kardiovaskulär sjukdom, liksom i befolkningen i övrigt.

Patienter med vissa reumatologiska sjukdomar har också en ökad risk för arrytmier, klaffvitier och/eller hjärtsvikt. Finns misstanke om nydebuterad hjärtsvikt bör [Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Hjärtsvikt – nydebuterad](#) beaktas. Hos patienter med känd hjärtsvikt kan behandlingen av den reumatologiska sjukdomen behöva justeras (se [Läkemedelsbehandling och kardiovaskulär risk](#)).

För patienter med diabetes mellitus finns särskilt inriktade beräkningsverktyg och rekommendationer, se www.ndr.nu/risk/.

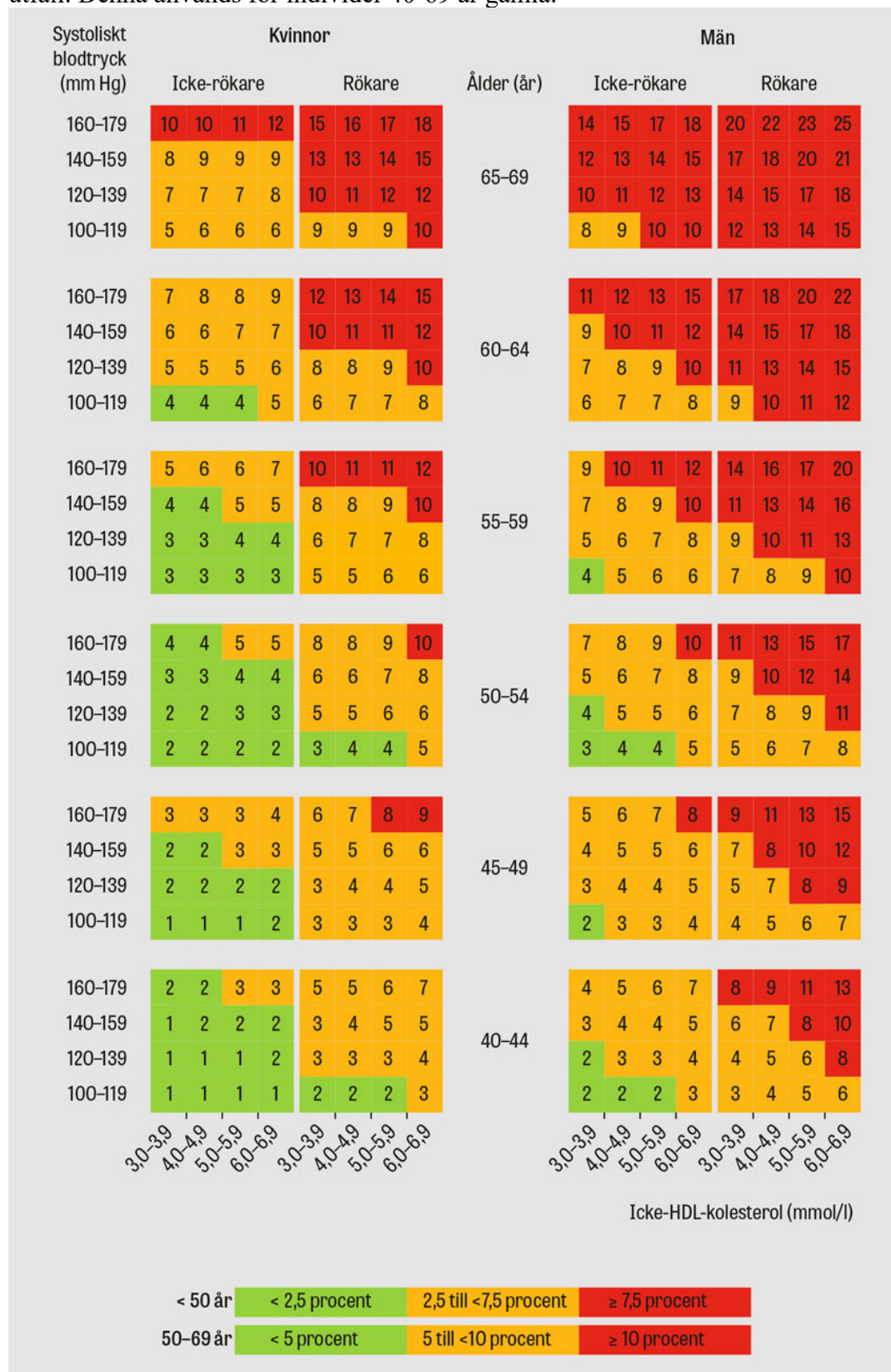
Rekommendationer framtagna 2009 och reviderade 2024 av Arbetsgruppen för kardiovaskulär komorbiditet inom Svensk Reumatologisk förening (SRF)

Bilaga 1a: SCORE: Skattar risken för dödliga kardiovaskulära händelser för de kommande 10 åren, baseras på ett äldre befolkningsmaterial (uppdaterat riskfaktordata senast 1999)



SCORE-algoritmen för skattning av risk att dö i kardiovaskulär sjukdom under den närmaste 10-årsperioden. Risken i % fås genom att för en person leta fram **kön, ålder och rökkategori** i diagrammet; för **blodtryck** och **kolesterol** väljs den nivå som ligger närmast personens. Betydelsen av livslång exponering fås genom att följa diagrammet uppåt. För personer under 40 år kan diagrammet beskriva den ökande risken om en viss riskprofil kvarstår i högre ålder.

Bilaga 1b: SCORE2: Skattar risken för dödliga och icke-dödliga kardiovaskulära händelser för de kommande 10 åren, baseras på aktuella uppgifter avseende riskfaktorer och utfall. Denna används för individer 40-69 år gamla.



Tabellen tolkas på samma som SCORE i Bilaga 1a.
Läkartidningen. 2021;118:21164 (6)

Bilaga 1c: SCORE2-OP: Skattar risken för dödliga och icke-dödliga kardiovaskulära händelser för de kommande 10 åren, baseras på aktuella uppgifter avseende riskfaktorer och utfall. Denna används för individer 70-89 år gamla. Idag finns denna endast icke-översatt och nås genom publikationen i European Heart Journal – Figure 3, land med moderat risk (7)

Bilaga 2: Faktaruta – Modifierad riskgruppering

Hög risk- Mycket hög risk

- Dokumenterad tidigare kardiovaskulär sjukdom (sekundärprevention)
- Markant förhöjning av enskilda riskfaktorer, till exempel totalkolesterol > 8 mmol/L, systoliskt blodtryck \geq 180 mm Hg och/eller diastoliskt blodtryck \geq 110 mm Hg, eller rökare med > 20 paketår (antal paket \times 20 cigaretter per dag \times antal år) före eller under behandling
- Beräknad 10-årsrisk för kardiovaskulär död enligt SCORE* på \geq 5 %
- Beräknad 10-årsrisk för kardiovaskulär händelse enligt SCORE2* på \geq 7,5 % hos individer <50 år och \geq 10% hos individer 50-69 år
- Beräknad 10-årsrisk för kardiovaskulär händelse enligt SCORE2-OP* på \geq 15% hos individer >70 år
- **SLE, RA med persisterande förhöjning av CRP/SR eller RA med aktuella/tidigare allvarliga extraartikulära manifestationer** och måttlig-hög risk enligt SCORE, SCORE2 eller SCORE2-OP**
- Kronisk njursjukdom med GFR <60 mL/min/1.73 m² kroppsyta

Måttlig risk

- Beräknad 10-årsrisk för kardiovaskulär död enligt SCORE* 1- <5%
- Beräknad 10-årsrisk för kardiovaskulär händelse enligt SCORE2* på 2,5-7,4 % hos individer <50 år och 5-9% hos individer 50-69 år
- Beräknad 10-årsrisk för kardiovaskulär händelse enligt SCORE2-OP* på 7,5-14% hos individer >70 år
-

Låg risk

- Beräknad 10-årsrisk för kardiovaskulär död enligt SCORE* < 1 %
- Beräknad 10-årsrisk för kardiovaskulär händelse enligt SCORE2* på <2,5 % hos individer <50 år och <5% hos individer 50-69 år
- Beräknad 10-årsrisk för kardiovaskulär händelse enligt SCORE2-OP* på <7,5% hos individer >70 år

* Med multiplikation av skattat värde med 1.5 för patienter med RA

** Vaskulit, vaskulitrelaterad neuropati, perikardit, pleurit, interstitiell lungsjukdom, sklerit/episklerit, Feltys syndrom, glomerulonefrit (8).

Rättigheter:

Bilaga 1a:

Svensk version av SCORE 2015 återgiven med tillstånd från SAGE Publikation LTD (4) och Läkartidningen (5).

This material is the exclusive property of the SAGE Publishing and is protected by copyright and other intellectual property laws. User may not modify, publish, transmit, participate in the transfer or sale of, reproduce, create derivative works (including course packs) from, distribute, perform, display, or in any way exploit any of the content of the file(s) in whole or in part. Permission may be sought for further use from Publications Ltd., Rights & Permissions Department, 1, Oliver's Yard, 55, City Road, London EC1Y 1SP, Email: permissions@sagepub.co.uk. By accessing the file(s), the User acknowledges and agrees to these terms. www.sagepub.co.uk

Bilaga 1b: Fri att återge med korrekt referens Läkartidningen. 2021;118:21164

Referenser:

- (1) EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis.* 2017; 76: 17-28.
- (2) Drosos GC, Vedder D, Houben E, et al. EULAR recommendations for cardiovascular risk management in rheumatic and musculoskeletal diseases, including systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis.* Jun 2022;81(6):768-779. doi:10.1136/annrheumdis-2021-221733
- (3) Visseren FLJ, et al ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021;42:3227-3337.
- (4) Karjalainen T, Adiels M, Björck L, Cooney MT, Graham I, Perk J, Rosengren A, Söderberg S, Eliasson M. An evaluation of the performance of SCORE Sweden 2015 in estimating cardiovascular risk: The Northern Sweden MONICA Study 1999-2014. *Eur J Prev Cardiol.* 2017; 24: 103-110.
- (5) Eliasson M, Adiels M, Björck L, Karjalainen T, Perk J, Söderberg S, Rosengren A. Nya SCORE bättre på att skatta risk för död i hjärtinfarkt och stroke. *Läkartidningen.* 2017;114: EFMC.
- (6) Brunström M, Andersson J, Eliasson M, Fu M, Hansson PO, Söderberg S. SCORE2 – ett uppdaterat verktyg för att skatta kardiovaskulär risk. *Läkartidningen.* 2021;118:21164
- (7) SCORE2-OP working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. *Eur Heart J.* 2021 Jul 1;42(25):2455-2467. doi: 10.1093/eurheartj/ehab312. PMID: 34120185; PMCID: PMC8248997.
- (8) Turesson C, Jacobsson L. Epidemiology of extra-articular manifestations in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 2004; 33: 65-72.