

Fler patienter med hjärtsvikt bör remitteras till specialist

Ny förenklad strategi ger stöd för bedömning

TONJE THORVALDSEN, doktorand, specialistläkare
rand, specialistläkare
tonje.thorvaldsen@karolinska.se

LARS H LUND, docent, överläkare

re; båda enheten för kardiologi, institutionen för medicin, Karolinska institutet; kardiologkliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

I en studie som nyligen publicerats [1] visades att patienter i åldern <80 år med måttlig till svår hjärtsvikt huvudsakligen dör av hjärtsvikt eller hjärtsviktsrelaterade sjukdomar, vilket antyder behovet av hjärtsviktsspecifik behandling. I studien presenteras ett enkelt verktyg för att bedöma vilka patienter som bör remitteras till hjärtsviktsspecialist.

Totalt 2 procent av befolkningen bedöms lida av hjärtsvikt [2]. Trots farmakologisk behandling, sviktpacemaker (CRT) och implanterbar defibrillator och takykardibrytande pacemaker (ICD), har många patienter uttalade symtom, dålig livskvalitet och hög mortalitetsrisk.

Hjärttransplantation är en etablerad behandling vid svår hjärtsvikt; årligen genomförs ca 4 000 hjärttransplantationer i världen [3], ca 50 i Sverige. Mekaniska hjärtpumpar har utvecklats snabbt och visats förbättra överlevnaden. De rekommenderas nu som brygga till transplantation eller som permanent behandling; ca 2 000 implanteras årligen i USA. Etableringen är än så länge mindre i Europa, med <50 per år i Sverige. Indikationer för dessa avancerade behandlingar är väl kända bland hjärtsviktsspecialister.

Många patienter med svår hjärtsvikt följs dock i primärvården, internmedicinen eller den allmänna kardiologin. Man tror att många av dessa patienter har indikation för mer avancerad behandling, men att remittering för vidare utredning sker för sent eller inte alls [4]. Prognosen vid hjärtsvikt är svårbedömd, och några kriterier för när/om remittering till hjärtsviktsspecialist bör ske finns inte.

Fem prediktorer för dålig prognos

I den aktuella studien [1] användes RiksSvikt, ett nationellt register för patienter med hjärtsvikt. 10 062 patienter med måttlig till svår hjärtsvikt (NYHA III–IV, ejektionsfraktion <40 procent) studerades. Fem prediktorer för dålig prognos hade definierats på basis av prognostisk styrka i litteraturen och deras enkelhet: systoliskt blodtryck ≤ 90 mm Hg, kreatinin ≥ 160 $\mu\text{mol/l}$ och hemoglobin ≤ 120 g/l samt avsaknad av behandling med RAS-blockerare eller betablockerare.

Förekomst av 1, 2 respektive 3–5 riskfaktorer hos patienter <80 år gav en 1-årsöverlevnad på 79 procent, 60 procent respektive 39 procent. Jämförelsevis är 1-årsöverlevnaden vid hjärttransplantation och behandling med mekanisk pump ca 90 procent och 80 procent [3, 5]. Jämförelserna antyder att remittering och eventuell behandling skulle vara fördelaktigt hos vissa patienter. Detta specifika remissförfarande har i sig inte utvärderats i prospektiva studier.

Således bör man hos patienter med måttlig till svår hjärtsvikt i åldern <80 år med en eller flera riskfaktorer överväga remiss till hjärtsviktscentrum för optimering av basbehandling. Vid kvarvarande symtom efter farmakologisk optimering bör sviktspecialist ta ställning till avancerad behandling,

text CRT, ICD, mekanisk hjärt pump eller hjärttransplantation. Om dessa behandlingar inte anses lämpliga, görs vårdplan för bra palliativ vård för de svårt sjuka.

Tydlig vårdkedja primärvård–smala specialiteter krävs

Hjärtsviktspatienter behöver och kan inte skötas enbart i specialistvård, men det krävs en tydlig och fungerande vårdkedja mellan primärvård och smala specialiteter, där kontinuitet och täta kontakter underlättar triagering. För många patienter brister uppföljning och optimering. Detta kan förklara varför många patienter i studien saknade basal farmakologisk behandling och behandling med CRT/ICD, vilka måste optimeras innan ställningstagande till mer avancerad behandling kan göras.

Avsaknad av läkemedelsbehandling mot hjärtsvikt kan bero på läkemedelsintolerans eller osäkerhet kring uppföljning och biverkningar som hypotoni och njursvikt. Oavsett skälet till underbehandling är det motiverat att patienten får träffa hjärtsviktsspecialist för dessa svåra överväganden.

För den överbelastade primär- och akutvården kan det vara till hjälp med enkla tydliga kriterier för remittering, vilket var syftet med studien.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Lars H Lund har erhållit konsult- och/eller föreläsningarsvoden från hjärt pump- och pacemakerindustrin (Thoratec, HeartWare och St.Jude).*

■ *Den refererade studien finansierades av Stockholms läns landsting, Hjärt-Lungfonden, Thoratec (tillverkar hjärtpumpar) och Boston Scientific (tillverkar CRT och ICD) i form av anslag till Lars H Lund.*

REFERENSER

- Thorvaldsen T, Benson L, Ståhlberg M, et al. Triage of patients with moderate to severe heart failure: Who should be referred to a heart failure center? *J Am Coll Cardiol.* 2014;63:661-71.
- Zarrinkoub R, Wettermark B, Wändell P, et al. The epidemiology of heart failure, based on data for 2.1 million inhabitants in Sweden. *Eur J Heart Fail.* 2013;15:995-1002.
- Lund LH, Edwards LB, Kucheryavaya AY, et al. The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: thirtieth official adult heart transplant report-2013; focus theme: age. *J Heart Lung Transplant.* 2013;32:951-64.
- Zabarovskaja S, Gadler F, Gabrielsen A, et al. Identifying patients for advanced heart failure therapy by screening patients with cardiac resynchronization therapy or implantable cardioverter-defibrillator: a pilot study. *J Heart Lung Transplant.* 2013;32:651-4.
- Kirklin JK, Naftel DC, Pagani FD, et al. Long-term mechanical circulatory support (destination therapy): On track to compete with heart transplantation? *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2012;144:584-603.

SAMMANFATTAT

Hos patienter med måttlig till svår hjärtsvikt i åldern <80 år med en eller flera riskfaktorer bör remiss till hjärtsviktscentrum för specialistbedömning och eventuellt ställningstagande till avancerad behandling övervägas.

De riskfaktorer som bör föranleda ett sådant övervägande är: systoliskt blodtryck ≤ 90 mm Hg, kreatinin ≥ 160 $\mu\text{mol/l}$ och hemoglobin ≤ 120 g/l samt avsaknad av behandling med RAS-blockerare eller betablockerare.