Orion Pharmas utdanning innen

avansert & akutt HJERTESVIKT

INTRODUKSJON

Januar 2020

Innholdsfortegnelse

Introduksjon		3
UTDANNINGSMODULER		
Alma 79 år	Preoperativ hjertesvikt	4
Harald 78 år	Akutt bukperforasjon med sepsis	5
Oscar 69 år	Lungeemboli med høyre ventrikkelsvikt	6
Peter 56 år	Hjerteinfarkt med ST-elevasjon, hjertestans og kardiogent sjokk	7
Randi 88 år	Akutt koronarsyndrom (AKS) som kommer sent til sykehus, hjertesvikt og nyrepåvirkning	8
Sigvard 76 år	Avansert hjertesvikt	9

I samarbeid med anestesiolog Hilde Norum ved Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet, kardiolog Volker Pönitz ved Stavanger Universitetssykehus, kardiolog Geir Øystein Andersen ved Oslo Universitetssykehus Ullevål, kardiolog Kristina Larsby ved Tromsø Universitetssykehus og kardiolog Darjan Ribic ved Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet, er Orion Pharmas utdanning innen avansert og akutt hjertesvikt nå oppdatert.

Utdanningsmaterialet består av PowerPoint presentationer

- 6 ulike pasientkasuistikker.
- Hjertesvikt kan ha mange ulike årsaker og det er viktig å diskutere ulike problemstillinger da de krever ulike tiltak og behandling.
- Se beskrivelsene av de ulike pasientkasuistikkene for å finne ønsket tematikk og problemstilling.
- Patofysiologiske aspekter løftes frem under respektive årsaker i de ulike kasuistikkene.

Pasientkasuistikkene komplementeres med interaktive spørsmål for å aktivisere og involvere deltagerne. Diskusjoner rundt ulike fordeler og ulemper ved ulike behandlingsalternativer er et viktig element i undervisningen.
Når det gjelder tilleggsbehandling er det ikke like åpenbart og tydelig hvilken behandling man skal velge. Man har noen råd og retningslinjer fra ESC Guidelines, men de fleste tilleggsbehandlingene har ingen sterke anbefalinger, og det er jo nettopp pasienter med behov for tilleggsbehandling man behandler hver dag på sykehus.
Det er derfor viktig å utveksle erfaringer, diskutere bakenforliggende årsaker, diskutere hvilke diagnostiske verktøy man bør benytte seg av for å finne ut hvorfor pasienter er forverret samt identifisere hemodynamiske endringer i forbindelse med forverring av kronisk hjertesvikt. Denne kunnskapen må tas med i betraktningen for å kunne individualisere og tilrettelegge behandlingen for hver enkelt pasient.

Utdanningen er fleksibel og kan skreddersys ulike anledninger

- En pasientkasuistikk tar mellom 30-60 minutter inkludert diskusjon.
- Man kan supplere med faktabilder f.eks. vedrørende patofysiologi. Mere fakta – lengre tid!
- Utdanningen kan legges opp som et halvdagskurs eller en 2-3 timers afterwork/kveldsmøte.
- Man kan invitere forelesere fra andre sykehus om det er ønskelig, ellers er det bra å benytte lokale forelesere som setter seg inn i materialet og leder undervisningen og diskusjonen.
- En blandet gruppe bestående av anestesiologer, kardiologer, internmedisinere og akuttleger er gunstig for tverrfaglig diskusjon.
- Grupper på 10-25 personer er hensiktsmessig da alt for store grupper kan hindre diskusjonen.
- Man kan også benytte materialet som en undervisningsserie der man tar opp ett par pasientkasuistikker per gang. F.eks. planlegge gjennomgang av 2-3 kasuistikker med et par måneders mellomrom.

Det skal være enkelt å arrangere denne undervisningen – materialet finnes allerede klart!
Orion Pharma stiller med den interaktive platformen og ordner med alt det praktiske (lokaler/bespisning osv.)

Alma 79 år

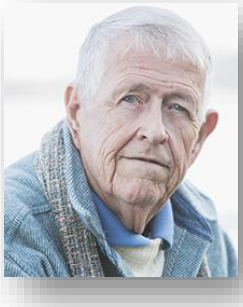
Alma har kronisk hjertesvikt fra tidligere. Hun har nå falt i hjemmet og pådratt seg en collumfraktur.

Målet med kasuistikken:

- Hjertesviktspasienter har en økt risiko for død i forbindelse med ikke-kardiell kirurgi
- Man opererer i dag eldre pasienter der hjertesvikt er en vanlig problemstilling
- Bør man rette større oppmerksomhet til disse pasientene preoperativt?
- Hvordan bør man monitorere en pasient med hjertesvikt før ikke-kardiell kirurgi?
- Kan man optimalisere pasienter med behov for akutt kirurgi bedre?
- Hvordan skal man jobbe videre med disse pasientene i framtiden? Hva kommer til å kreves av behandlingen?

For Alma finnes det flere problemerstillinger å ta hensyn til:

- Hvordan bør man sedere en pasient med hjertesvikt?
- Almas Hb er lavt, hva er optimalt?
- Alma står på NOAK, når kan man legge spina- og epiduralanestesi på en slik pasient?
- Hvilke behandlinger blir aktuelle, samt hva gjør man om det oppstår problemer?



Harald 78 år

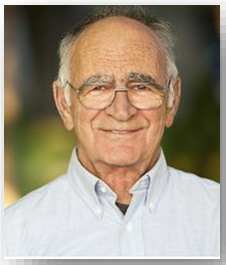
Harald er en relativ frisk mann som blir rammet av en buksepsis pga. en perforasjon i magesekken etter NSAID-behandling. Ved ankomst AMK er han kald perifer, vasokonstringert og hypovolemisk. Fra tidligere har han kombinert systolisk og diastolisk hjertesvikt.

Kasuistikken belyser hemodynamiske utfordringer fra ankomst AMK til respiratoravvenning på intensiv. Viktigheten av å forstå grunnleggende patofysiologi, monitorering og tolking av verdier samt valg av behandling poengteres. Å tenke diastolisk svikt er viktig hos denne type pasienter.

Målet med kasuistikken:

- Poengtere hvor viktig tidsfaktoren er hos pasienter med sepsis
- Tidlig igangsettelse av antibiotikabehandling samt kirurgi er viktig!
- Hvilken overvåkning og diagnostikk trenger man for å kunne bedømme disse pasientene?
- Når er det på tide å gjøre et EKKO?
- Er det behov for hemodynamisk overvåkning, og i så fall hvilken?
- Sepsis har et veldigt dynamisk forløp – behandlingsbehov og overvåkning kan variere og endres time for time.
- Diastolisk svikt er vanlig på intensiv.

Fokuset ligger på hjertefunksjonen og behov av ulike inotropiske medikamenter. Hemodynamikk er sentralt både med tanke på invasive målemetoder, EKKO og kliniske verdier i forbindelse med Forrester-klassifikasjon.



Oscar 69 år

Tidligere hjertesyk pasient som får en akutt bukaortaanurisme og kommer inn på sykehuset i blødningsjokk. Får vellykket behandling for dette, men opplever postoperative komplikasjoner med en DVT som "løsner" og medfører et stor lungeemboli. Dette fører igjen til høyre ventrikkelsvikt.

Målet med kasuistikken:

- Lungeemboli er en vanlig postoperativ komplikasjon, men også en vanlig årsak til at pasienter søker akutt hjelp via AMK.
- Høyre ventrikkelsvikt er vanskelig å behandle og er ikke alltid lett å se på et EKKO
- Hvilke diagnostiske metoder er viktig å prioritere?
- Hvilke behandlinger kan være gunstige?
- Hemodynamikk ved behov for ventilasjon, hva bør man tenke på ved høyre ventrikkelsvikt?

For Oscar finnes det flere problemstillinger å ta hensyn til:

- Hvordan skal man behandle en sadelemboli hos en nyoperert pasient?
- Hvilke antikoagulantia kan man benytte?
- Risiko vs. nytte ved operasjon, embolektomi med hjerte-lunge maskin inkl. fullheparinisering.

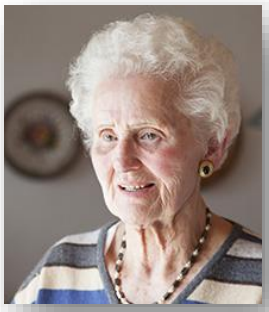
I Oscars tilfelle er dette en postoperativ komplikasjon, men problemer med DVT og lungeemboli er en veldig vanlig årsak til at pasienter søker hjelp via 113. Kasuistikken illustrerer hvilke problemer man skal være oppmerksom på, samt hvordan man skal prioritere diagnostikk og behandling av disse pasientene.

Peter 56 år

Tidligere frisk mann som blir akutt syk pga. et hjerteinfarkt med ST-elevasjon. Hvordan skal disse pasientene behandles, hvilke medikamenter skal man forsøke å unngå og hvilke medikamenter bør man benytte? Hvilke behandlinger bør prioriteres?

- PCI er i dag standardbehandling, men kan være en utfordring ved lang reisevei.
- Diskuter gjerne hva man skal gjøre om det er for langt til nærmeste PCI-senter.
- Peter utvikler kardiogent sjokk – løft frem behandlingsalternativer og prioriteringer.
- Diagnostikk og overvåkning – hvordan bør en pasient med kardiogent sjokk overvåkes og behandles?
- Hvilke behandlingsalternativer har man når det gjelder vasosktive og inotrope medikamenter?
- Når er det tid for mekanisk sirkulasjonsstøtte og hva skal man velge?

Behandlingen av hjerteinfarktpasienter har forbedret seg mye det siste tiåret, og PCI-behandling er i dag tilgjengelig ved flere norske sykehus, fra Arendal i sør til Tromsø i nord. Til tross for rask behandling riskerer 5-10 % av pasientene å utvikle hjertesvikt etter et hjerteinfarkt. Ca. 4 % av STEMI-patienter utvikler kardiogent sjokk. Kasuistikken er et eksempel på når problemene oppstår allerede på PCI-laben. I andre tilfeller kommer ikke problemene før på sengepost.



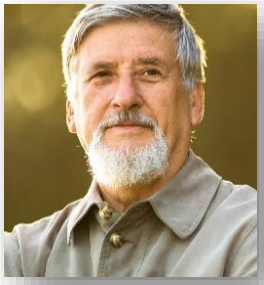
Randi 88 år

Som alt for mange eldre er Randi en gammel, mager dame som ikke vil være til besvær. Hun har hatt diaré og oppkast i 2–3 dager og ikke orket å spise eller drikke. Hun har også hatt akutte retrosternale smerter etterfulgt av dyspné. Smertene ga seg spontant, og hun har derfor blitt liggende hjemme og avventet med å søke hjelp.

Ettersom Randi ikke har fått i seg noe særlig mat og drikke, er hun dehydret når hun ankommer akuttmottaket.

- EKG viser mistenkt hjerteinfarkt
- Høyt troponin T, høyt NT-proBNP og lavt Na+
- Randi har høyt laktat og ser ”tørr” ut, men er staset over lungene.
- Hun har nedsatt nyrefunksjon – hvordan håndterer man dette? Hvor stor er riskikoen ved bruk av kontrastvæske?
- Hjertesviktbehandling? Kardiogent sjokk?

Diskuter fortsatt diagnostikk, Forrester-klassifikasjon, PCI eller ikke og ulike behandlingsstrategier ved hjelp av ulike medikamenter.



Sigvard 76 år

Sigvard er en pasient man ofte møter i akuttmottaket og på sengepost. Behandlingsalternativene er mer begrenset for kronisk avansert hjertesvikt enn for nyoppstått hjertesvikt. Avanserte kroniske hjertesviktpasienter plages av nedsatt QoL, tette symptomgjenombrudd og nedsatt fysisk kapasitet og velvære. Prognosen er dårlig, og det blir veldig viktig å redusere symtomer og tid på sykehus.

- Sigvard har en iskemisk hjertesykdom som årsak til sin hjertesvikt.
- Han har vært symptomfri og klart seg på peroral grunnbehandling i mange år.
- For 7 år siden opplevde han flere episoder med forverring, han fikk da satt inn en CRT som gjorde at han holdt seg bra i ytterligere 5 år.
- For 2 år siden kom han inn i en klinisk nedadgående spiral, og hans hjertesvikt ble ytterligere forverret.

- Diskuter hvordan man skal få fanget opp disse pasientene i tide?
- Hvilke behandlingsalternativer har man under sykdomsutviklingens gang?
- Hvordan bør behandlingen arrangeres for pasienter med avansert hjertesvikt?
- Hvilke pasienter skal ha mekanisk sirkulasjonsstøtte?
- Er hjertetransplantasjon et tilbud for denne pasientengruppen?

Bør det finnes en sjekkliste for å forsikre seg om at man har vurdért alle potensielle tilleggsbehandlinger, både medikamentelle og mekaniske muligheter i førsøket på å optimalisere behandling for disse pasientene?