

## **Hjärtsjukdom , riktlinjer för uppföljning på SkaS**

Hur ofta bör vi se följande patientkategorier? Vad bör vi göra?  
(Uppdaterad 2016-04-05)

### **Aortastenosis**

- Nyupptäckt  
Gradient upp till 40 mmHg : kontroll efter 2 år med arbetsprov  
  
Vid symptom och tät stenosis behövs inte arbetsprov
- Kontroller  
Max gradient 16-40 mmHg: 3-5 år  
I fall där progress inte ses behövs inte läkarkontakt vid UCG-us  
40-65 mmHg: 1-2 år  
Över 65 mmHg: 0,5-1 år  
  
Förutsatt normal vk-funktion

### **Asymptomatiska aortainsufficienser**

Minimala aortainsufficienser behöver inte kontrolleras.

- Lindrig-måttlig  
Nyupptäckt :  
Kontroll om 1-2 år med arbetsprov  
  
Därefter:  
Vid progress: UCG-kontroll efter 1 år (vid uttalad insuff efter 6 mån)  
  
Utan progress jfr med första undersökningen:  
Lindrig: Ej ytterligare kontroller.  
Måttlig: Kontroller var (1-2):e år med UCG. Vid progress beställs arbetsprov.
- Uttalad  
UCG 1-2 ggr/år med läkarkontakt

### **Aortaklaffar postop (pat som är aktuella för reop)**

- Biologiska  
UCG omedelbart postop samt efter 3 mån  
Nästa efter 5 år  
Därefter individuell bedömning, 1-3 års intervall. UCG vid behov.
- Mekaniska  
UCG före hemgång samt efter ca 3 mån.  
F ö enl vårdprogrammet Kard klin KSS

### **Segelklaffsplastiker**

UCG omedelbart postop samt efter 3 mån  
Följs av kardiolog med klinisk kontroll med 1-2 års intervall. UCG vid behov.  
Vid nedsatt vänsterkammarfunktion måste uppföljningen individualiseras.

## Primärt valvulär mitralisinsufficiens

- Lindrig  
Ej uppföljning
- Måttlig, med normal vänsterkammare  
UCG efter 1 år med arbetsprov  
Därefter UCG med 2 års intervall
- Uttalad, ej symptom  
UCG och arbetsprov 1-2 ggr/år

## Mitralisstenos

- Lindrig (>1,5 cm<sup>2</sup>)  
Individuell bedömning
- Måttlig-uttalad (<1,5 cm<sup>2</sup>)  
UCG årligen med läkarkontakt.

## Thorakala aortaaneurysm

Vi använder oss av indexerade värden enl Olssons bok

### • Dimensioner 2D

#### Sinus valsalva och aorta ascendens

Övre gränsvärde för sinus valsalva hos män (mm).

BSA (m <sup>2</sup> )	Ålder (år)						
	20	30	40	50	60	70	80
1,7	35	36	38	39	40	40	40
1,8	35	37	38	39	40	40	41
1,9	36	37	39	40	40	41	41
2,0	36	38	39	40	41	41	42
2,1	37	38	40	41	41	42	42

Övre gränsvärde för aorta ascendens hos män (mm).

BSA (m <sup>2</sup> )	Ålder (år)						
	20	30	40	50	60	70	80
1,7	31	33	35	37	39	41	42
1,8	31	34	36	38	40	41	43
1,9	32	34	36	38	40	42	43
2,0	32	35	37	39	41	42	44
2,1	33	35	37	39	41	43	44

Övre gränsvärde för sinus valsalva hos kvinnor (mm).

BSA (m <sup>2</sup> )	Ålder (år)						
	20	30	40	50	60	70	80
1,7	33	34	35	36	37	37	37
1,8	33	35	36	37	37	37	37
1,9	34	35	36	37	38	38	38
2,0	34	35	37	37	38	38	38
2,1	34	36	37	38	38	39	39

Övre gränsvärde för aorta ascendens hos kvinnor (mm).

BSA (m <sup>2</sup> )	Ålder (år)						
	20	30	40	50	60	70	80
1,7	30	32	34	36	38	39	40
1,8	31	33	35	37	38	39	40
1,9	31	33	35	37	39	40	41
2,0	32	34	36	38	39	40	41
2,1	32	34	36	38	40	41	42

Modifierat efter Biaggi P, Matthews F et al. 2009.

När uppföljning initieras görs kartläggning av hela aorta med DT eller MR.  
Remiss till primärvården för blodtryckskontroll.

Dilatation med diameter upp till 6 mm över övre normalgränsen för individen:  
UCG-kontroll var 3:e år  
Läkarkontakt behövs ej vid UCG.  
Blodtryckskontroll vid undersökningen

Diameter mer än 6 mm över övre normalgränsen för individen  
UCG årligen med läkarkontakt.  
Blodtryckskontroll vid undersökningen

OBS! Systoliskt blodtryck under 130 eftersträvas. Handläggs som regel via primärvården.

Op indikation vid diameter:

- 5,5 cm
- 5,0 cm vid Marfan, bicuspid aortaklaff eller vid hereditet för dissektion
- 4,5 cm vid Loeis-Dietz (högriskvariant av Marfan)

Postop uppföljning:

- Stentgraft  
Årlig kontroll med lämplig metod, första året eventuellt tätare.
- Kompositgraft  
Årligt UCG?

Överväg screening av sömnapné syndrom vid hypertoni.

### **Aortadissektion**

Vi inväntar nytt vårdprogram som är på gång....

Tills vi hör något från SU kontrollerar vi dem med MR eller DT aorta årligen upp till 5 år.  
Därefter behövs ej kontroller om blodtrycket är välreglerat.

### **Bicuspid aortaklaff**

- Misstanke om bicuspid klaff

Om dilaterad aortarot >4,0cm (oberoende av kroppstorlek) och ej tydlig bild av aortaklaffen – gör TEE (eller MR)

- Initial utredning vid fynd av bicuspid klaff

Hela aorta ascendens ska vara visualiserad – om ej: gör MR eller DT  
Om dilatation/aneurysm i aorta ascendens – kartlägg hela aorta med MR eller DT

Coarctatio aortae är endast associerat med fusion mellan vänster och höger coronara cusparna.

Screening av förstegradssläktingar bör övervägas.

- Kontroller

Aortadiameter över 4,5 cm – kontroll årligen med metod som visualiserar dilatationen (vanligen UCG).

Aortadiameter 4,0-4,5 – glesare kontrollintervall beroende av grad av dilatation och/eller familjeanamnes.

Vid progress >3mm/år eller diameter överstigande 5,0 cm bör mätning göras med ytterligare metod ( DT eller MR).

OBS Blodtrycks kontroll!

Avstå kraftig fysisk ansträngning och isometrisk träning.

- Operationsindikation

- Diameter (aortarot eller aorta asc) > 5,5cm
- Diameter (aortarot eller aorta asc) >5,0 + andra riskfaktorer (coarctatio aortae, hypertension, familjeanamnes på dissektion eller ökning av diameter 3mm/år)
- Vid Turners och Marfans syndrom ska op övervägas tidigare.
- Vid behov av kirurgi pga aortaklaffel ska aortarotsrekonstruktion övervägas vid diameter >4,5cm.

Ska inte gå på GUCH-mott.

### **Dilaterad kardiomyopati (kompenserad)**

UCG 3-4 mån efter att optimal medicinering är insatt (för ställningstagande till eventuell devicebehandling)

Inga kontroller med UCG efter att beslut för/emot device tagits.

### **Hypertrof kardiomyopati**

Återbesök årligen (anamnes på händelser i familjen?)

Arb.prov/holter/UCG enl egen bedömning från fall till fall

*Frågan om genetisk utredning får utredas ytterligare*

### **Uppföljning efter koronarintervention?**

#### **Arbetsprov på vilka?**

- Vid kvarstående symptom
- Psykologisk indikation ("ett kärl är fortfarande tätt")
- CABG-op i arbetsför ålder om pat inte kommer igång adekvat
- Yrkeschaufförer m fl högriskyrken där intyg krävs

Vid recidivsymptom inom 6 mån (efter initial besvärsfrihet)

– ej arbetsprov, direkt reangiografi

## **UCG**

Se Dilaterade kompenserade kardiomyopier

### **Remisser från VC:**

#### **Asymtomatiska blåsljud – ska alla göra UCG?**

Svar till inremitterande att ny auskultation är önskvärd. Hemodynamiska situationen orsak till tillfälligt blåsljud?

#### **Sviktfrågeställning. NT-pro-BNP ett krav?**

Ja, vid ”nybesök” med oförklarlig andfåddhet eller svullna underben.

#### **Arbetsprov**

- Atypisk bröstsmärta:
  - Uppgift om riskfaktorer ska krävas på remissen – annars remiss åter för komplettering
  - Vid avsaknad av riskfaktorer är arbetsprov inte indicerad.

#### **Herceptinbehandlade**

UCG är golden standard för värdering av ev kardiotoxisk effekt av Herceptin, men NT-proBNP bör användas som komplement i ökande omfattning..

### **Övrigt:**

#### **ICD-patienter**

- Primärpreventiva – remiss till ICD-mott
- Sekundärpreventiva – personlig kontakt med ICD-läk för beslut
  
- Devicekontroll på pacemakermottagningen
- Kliniska kontroller sker hos PAL.