

Utredning, behandling og oppfølging av hjertesvikt i allmennpraksis

Veileder utarbeidet av arbeidsgruppen for hjertesvikt i Norsk cardiologisk selskap, versjon 18.01.2024

Hjertesvikt er en alvorlig tilstand med dårlig prognose. Rask og riktig behandling er avgjørende for å bedre livskvalitet, sykdomsforløp og overlevelse.

Utredning

Hjertesvikt bør mistenkes ved dyspné eller nedsatt arbeidskapasitet, særlig hos pasienter med disponerende sykdom som tidligere hjerteinfarkt, atrieflimmer, klaffesykdom, diabetes, fedme, høyt blodtrykk eller tidligere kreftbehandling.

Ved mistanke om hjertesvikt bør følgende undersøkelser gjøres:

- **Klinisk undersøkelse:** Bilaterale ødemer, knatrelyder over lunger og bilyd over hjertet kan gi mistanke om hjertesvikt.
- **EKG:** Alle avvik fra normale funn styrker mistanke om hjertesvikt. Normal EKG forekommer sjeldent hos hjertesviktspasienter.
- **NT-proBNP:** Forhøyet NT-proBNP kan indikere sannsynlighet for hjertesvikt. Ved NT-proBNP < 125 pg/dl bør annen årsak til plagene vurderes (orienter deg om laboratoriets grenseverdier).
- **Blodprøver:** Hemoglobin, natrium, kalium, kreatinin, TSH, fritt T4 og HbA1c gir informasjon om komorbide tilstander.

Ved mistanke om hjertesvikt og/eller NT-proBNP >125 pg/dl: Henvis til ekkokardiografi.

Behandling

Behandling for hjertesvikt styres i stor grad etter ejeksjonsfraksjon (EF), og deles inn i hjertesvikt med redusert (HFrEF), moderat redusert (HFmrEF) og bevart ejeksjonsfraksjon (HFpEF). Felles for alle tre hjertesviktkategoriene er:

- Rask opptrapping av hjertesviktmedikasjon med kontroll av kalium, kreatinin, puls og blodtrykk
- Diuretika gis kun til symptomlindring og/eller avvaning (furosemid eller bumetanid)

HFrEF: Hjertesvikt med redusert EF (EF ≤40 %)

- RAAS-hemmer: ACE-hemmer (enalapril, lisinopril, ramipril), angiotensin II-reseptorantagonist (kandesartan, losartan, valsartan) eller angiotensin II-reseptorantagonist og neprilysinhemmer (sakubitril/valsartan). Sakubitril/valsartan har høyeste grad av anbefaling.
- Betablokker (metoprolol, bisoprolol, karvedilol)
- Aldosteronantagonist (spironolakton, eplerenon)
- SGLT2-hemmer (empagliflozin, dapagliflozin)

Norske forskrivningsregler tilsier i dag at man kan få disse medisinene på blå resept, med unntak for sakubitril/valsartan der pasienten må ha fått målt EF ≤ 35 % for forhåndsgodkjent refusjon.

Start med alle 4 medikamentgrupper i lav dose så snart som mulig, og foreta deretter opptrapping til anbefalt måldose. Behandlingen gis for å hindre både sykkelighet og død (en 55-åring kan forvente 6 år ekstra levetid med alle 4 medikamentgruppene sammenlignet med bare ACE-hemmer og betablokker). Ved bedring av symptomer eller økning i EF skal pasienten likevel fortsette med det medikamentelle regimet for å unngå forverring. Unntak er slyngediuretika som kan trappes ned eller seponeres ved rekompensert hjertesvikt (redusert stuvning/ødemer).

HFmrEF: Hjertesvikt med moderat redusert EF (EF 40-50 %)

SGLT2-hemmer (empagliflozin, dapagliflozin) har sterk anbefaling.

ACE-hemmer eller angiotensin II-reseptorantagonist, betablokker og aldosteronantagonist har lavere grad av anbefaling.

HFpEF: Hjertesvikt med bevart EF (EF >50 %)

SGLT2-hemmer (empagliflozin, dapagliflozin), samt behandling av komorbiditeter, særlig hypertensjon, diabetes og atrieflimmer.

SGLT2-hemmerne empagliflozin og dapagliflozin har fra 15.01.24 refusjon uavhengig av EF.

Oppfølging

Pasienter bør få tilbud i spesialisthelsetjenesten om hjertesviktpoliklinikk, som er et tverrfaglig sykepleierdrevet tilbud for opptrapping av medisiner og opplæring i sykdommen og egenomsorg. Hjertespesialist bedømmer om det er behov for regelmessig kontroll i spesialisthelsetjenesten med ekkokardiografi basert blant annet på etiologi og andre komorbide tilstander.

Alle pasienter med hjertesvikt bør følges med regelmessige kontroller i kommunehelsetjenesten. Vi anbefaler kontroll minimum 2 ganger per år i stabil fase. Ved uttalt komorbiditet, polyfarmasi eller hyppige forverringer anbefales hyppigere kontroller.

Innhold i rutinekontrollene

Funn/vurderingspunkt	Henvis til spesialisthelsetjenesten ved
NYHA funksjonsklasse	Tap av funksjonsnivå tilsvarende en NYHA-klasse
Kalium, kreatinin, NT-proBNP	Dosering av de enkelte medikamentklassene vurderes basert på nyrefunksjon. Se «praktiske råd og utfordringer».
Medikamentgjennomgang	Vurdering medikamentoptimalisering, se avsnitt om behandling. Henvis ved spørsmål om optimalisering eller bruk av ny behandling ved nye indikasjoner.

Praktiske råd og utfordringer

Redusert nyrefunksjon: Mange pasienter med hjertesvikt har nyresvikt eller utvikler dette under behandling. Man aksepterer 50 % stigning i kreatinin på behandling med hjertesviktmedikamenter. Ved stigning over det eller ved fall i eGFR <20 ml/min/1.73m² bør det konfereres med nefrolog.

Hyperkalemi: Serum-kalium (K) mellom 5,0 og 5,5 mmol/l bør kontrolleres hyppig. Aldosteronantagonist og RAAS-hemmere bør dosereduseres med 50 % ved K = 5,5–5,9 og seponeres ved K ≥6,0 mmol/L. Ved K >5,5 mmol/l kan spesialist vurdere indikasjon for kaliumbindere (H-resept).

Stigning i NT-proBNP: Betydelig stigning bør føre til revurdering av medikasjon og kartlegging av mulige årsaker som tilkommet atrieflimmer, forverret nyrefunksjon, infeksjon og underbehandling.

Svimmelhet og hypotensjon: Plagsom svimmelhet kan medføre behov for dosereduksjon. Dersom pasienten bruker diuretika vurder redusere dosen av dette først, eventuelt seponere. Mange pasienter «svimler» når de reiser seg fort opp. Hjertesviktbehandling kan likevel ofte tåles godt med god informasjon. Lavt blodtrykk uten svimmelhet er vanlig og ufarlig.

Andre medikamenter: NSAID kan utløse akutt forverring av hjertesvikt og av nyresvikt og bør unngås. Kalsiumkanalblokkere har vanligvis ingen plass hos pasienter med hjertesvikt. Enkelte medikamenter for diabetes, som glitazoner, spesielt rosiglitason, men også pioglitazon, samt DPP-4 hemmeren saxagliptin, kan gi forverring av hjertesvikt.