

UTREDNING, BEHANDLING OG OPPFØLGING AV HJERTESVIKT I ALLMENNPRAKSIS

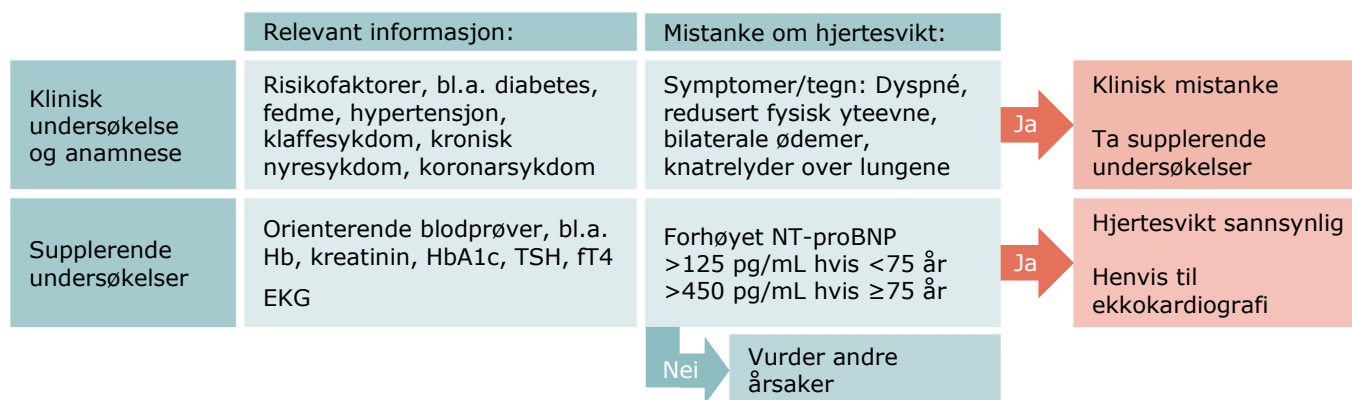
Veileder utarbeidet av arbeidsgruppen for
hjertesvikt i Norsk cardiologisk selskap
Versjon august 2024



Hjertesvikt er en alvorlig tilstand med dårlig prognose. Rask og riktig behandling er avgjørende for å bedre overlevelse, sykdomsforløp og livskvalitet. Hjertesvikt deles inn i tre kategorier: Hjertesvikt med redusert (HFrEF), moderat redusert (HFmrEF) og bevart ejeksjonsfraksjon (HFpEF).

UTREDNING

Hjertesvikt bør vurderes hos pasienter som presenterer symptomer og/eller tegn til hjertesvikt. Pasienter med høy risiko for hjertesvikt bør gjennomgå regelmessige vurderinger av symptomer og tegn.



BEHANDLING

Behandlingsprinsipper som gjelder for alle typer hjertesvikt

- Hjertesviktmedikasjon igangsettes og trappes opp så raskt som mulig, som angitt under hver undergruppe. Ved bedring av symptomer eller hjertefunksjon, skal pasienten likevel fortsette med hjertesviktmedisiner for å unngå forverring. Hos pasienter med kort forventet levetid og langtkommen hjertesvikt, skal behandling fortsette så lenge pasienten tåler det og ikke har bivirkninger (palliasjon).
- Slyngediuretika (furosemid eller bumetanid) gis kun til symptomlindring og/eller avvaning og skal trappes ned eller seponeres ved tilbakegang av lungestuvning og ødemer.
- Enkelte medisiner bør unngås grunnet risiko for forverring av hjertesvikt. Dette gjelder NSAIDs, samt følgende medikamenter for diabetes: rosiglitazon, pioglitazon og saksagliptin.
- Behandling ved mistanke om hjertesvikt i påvente av ekkokardiografi: Diuretika gis ved ødemer. Komorbiditeter bør behandles optimalt, bl.a. ACE-hemmer ved hypertensjon, betablokker ved rask atrieflimmer og SGLT2-hemmer ved diabetes type 2 eller kronisk nyresykdom.

Behandling av HFrEF

Anbefalt behandling av HFrEF er en kombinasjon av fire medikamentklasser.

- RAAS-hemmer: ACE-hemmer (enalapril, lisinopril, ramipril), angiotensin II-reseptorantagonist (kandesartan, losartan, valsartan) eller kombinasjon av angiotensin II-reseptorantagonist og neprilysinhemmer (sakubitril/valsartan). Blant disse har sakubitril/valsartan høyeste grad av anbefaling, og kan gis på forhåndsgodkjent refusjon til pasienter med EF ≤35%.
- Betablokker (metoprolol, bisoprolol, karvedilol)
- Aldosteronantagonist (spironolakton, eplerenon)
- SGLT2-hemmer (empagliflozin, dapagliflozin)

Opptrapping av behandling skjer ofte på sykehusenes hjertesviktpoliklinikker, men det kan være aktuelt å starte behandling før pasienten får oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller bistå i opptrappingen.

Opptrapping etter at hjertesvikt er diagnostisert

Innfasing og opptrapping gjennomføres med 1-2 endringer hver 1-2 uke til maksimalt tolererbare doser. Nyrefunksjon (eGFR), blodtrykk (BT), kalium (K) og hjerterefrekvens (HR) kontrolleres 1-2 uker etter hver medikamentjustering. Ved endringer som angitt under bør dosering reduseres. Ved endringer som angitt i parentes bør man beholde dosering. Det er ofte tilstrekkelig at dosetilpasningen utføres for en medikamentgruppe av gangen. Eksempel: For aldosteronantagonist bør innfasing eller opptrapping unngås ved kalium 5-5,5 mmol/L og dosering reduseres ved kalium >5,5 mmol/L.

Medikamentklasse	Mulige opptrappingstrinn ¹	Kontroll	Redusere (beholde) dose
RAAS-hemmer	Ramipril: 1,25 x 2 → 2,5 x 2 → 5 x 2	BT, eGFR, K	Fall i eGFR >30% (>20%) SBT <90 (<95) mmHg og kraftig (lett) ortostatisme ² K >5,5 (>5) mmol/L HR <50 (<55)/min
Betablokker	Metoprolol depot: 25 x 1 → 50 x 1 → 100 x 1 → 150 x 1 → 200 x 1	BT, HR	
Aldosteronantagonist	12,5 x 1 → 25 x 1 (→ 50 x 1)	BT, eGFR, K	
SGLT2-hemmer	10 x 1		

¹Eksempel på et hyppig brukt alternativ innenfor sin medikamentklasse er oppgitt der det er alternativer med ulik dosering. Alle doser er oppgitt i mg. ²Lett svimmelhet ved oppreisning bør tolereres.

Behandling av HFmrEF og HFpEF

HFmrEF: SGLT2-hemmer har sterk anbefaling. ACE-hemmer eller angiotensin II-reseptorantagonist, betablokker og aldosteronantagonist har lavere grad av anbefaling.

HFpEF: SGLT2-hemmer har sterk anbefaling, samt behandling av komorbiditeter, særlig hypertensjon, diabetes og atrieflimmer.

OPPFØLGING

Rutinemessige kontroller og oppfølging etter opptrapping

Pasienter med hjertesvikt bør følges med regelmessige kontroller av fastlege. Vi anbefaler halvårlige kontroller, og hyppigere kontroller hos pasienter med betydelig komorbiditet og etter medikamentjusteringer.

Forslag til innhold i halvårskontroller

Klinisk undersøkelse og anamnese	Symptomer og tegn	Medikamentgjennomgang
Supplerende undersøkelser	Blodprøver: NT-proBNP, eGFR, Na, K	EKG: Arytmi, HR, QRS-bredde, grenblokk

Dosetilpasninger kan gjennomføres ved endringer som angitt under «Opptrapping». De vanligste problemstillingene som bør vurderes i spesialisthelsetjenesten og tiltak som kan gjennomføres av fastlege er oppgitt under. Forverring av hjertesvikt vurderes basert på grad av stuvning (vektøkning, økende ødemer og/eller dyspné) og økning av NT-proBNP.

Vurderes for innleggelse	Oppfølging hos og/eller konferering med spesialist	Kan håndteres av fastlege
K ≥6 mmol/L: Rytmeovervåking og akuttbehandling Betydelig forverring av stuvning: Intravenøs diuretika	Opptrapping ved eGFR <30: Tilpasset opptrapping K ≥5 mmol/L og behov for opptrapping: Kaliumbinder kan være aktuelt Forverring av stuvning og betydelig økning av NT-proBNP	Tilpasning av dosering som angitt under «Opptrapping» Økende stuvning: Igangsetting eller doseøkning av slyngediuretika Pause RAAS-hemmere, aldosteronantagonist, SGLT2-hemmere og slyngediuretika ved interkurrent sykdom med feber, oppkast eller diaré