

# Guidelines on the management of valvular heart disease

## Norsk cardiologisk selskap – kvalitetsutvalget

### Guidelines on the management of valvular heart disease

Eur Heart J (2007) 28: 230-268

Kvalitetsutvalget har innhentet uttalelse fra: Prof. Terje Skjærpe, St. Olavs hospital. Han skriver bl.a.:

*”Side 238, ”Medical therapy”:* I tredje siste avsnitt står det at betablokkar kan brukast ved ”severe left ventricular dysfunction”. I den sammenhengen det står, må det antakeleg oppfattast som stor aortainsuff + alvorleg ve. ventr. svikt. Eg trur det i så fall vil vere svært dristig behandling. [...] Eg meiner at det i ei norsk utgåve av retningslinjene bør oppfordrast til betydeleg varsemd med betablokkar i slike situasjonar.

*Side 254, andre avsnitt, høgre spalte:* Dei anbefaler at alle klaffeopererte skal ha livslang oppfølging av kardiolog. I Trondheim, samt fleire andre sentra eg veit om, anbefaler ein ikkje livslang oppfølging av mekaniske ventilar (spes. etter operasjon for aortastenose) hos kardiolog. Dersom ein ved kontroll etter 3 månader finn fullt ut tilfredstillande funn m.h.p. ventil, ventrikelfunksjon og funksjon av andre klaffar, så kan oppfølging overlatast til fastlege. Problem hos slike pasientar vil vanlegvis dreie seg om tromboemboliske hendingar. Det vil dreie seg om nokså akutte symptom (slag – sviktutvikling), og vil reint statistisk svært sjeldan skje i samband med kontroll hos kardiolog.

*Side 257, andre spalte:* Eg sakner her ein kommentar om tromber som interfererer med lokkrørsler, dvs der ein med ultralyd finn forsinka lukking av ventillokka. Av erfaring veit eg at ventillokka (-et) på tilfeldige tidspunkt kan bli ståande opent med dramatisk konsekvensar. Eg må likevel medgje at dei eg har sett også hadde ein viss obstruksjon og difor ville blitt diagnostisert på den parameteren. Pga erfaringa ville nok vi behandle slike enten med kirurgi eller trombolyse (dersom det ikkje ligg føre andre kontraindikasjonar), og ikkje med forsterka antikoagulasjon om TEE viser trombestorleik <10 mm. Eg stusser også litt på at det tilsynelatande er relativt enkelt å gradere tromber som små eller store. Pga. den mekaniske ventilen er det i mi erfaring vanskeleg å få gode mål på storleiken. Vi har hatt pasientar der det i det heile kan vere vanskeleg å sjå tromben, og der diagnosen ventiltrombose er bekrefta av ein auka gradient som er blitt normalisert på forsterka antikoagulasjonsbehandling. Det er likevel ikkje så mange vi ser, og eg skal vere varsam med å slå i bordet i denne sammenhengen.

*Alt i alt likevel, svært gode retningslinjer, og med kommentarane ovanfor vil eg anbefale dei.”*

KU har også innhentet uttalelse fra overlege dr. med. Svend Aakhus, Rikshospitalet. Han påpeker bl.a. at henvisningene til endokardittprofylakse ved klaffefeil (AI, MI osv) er mindre aktuelle, siden det etter at guidelines ble publisert, er kommet mer begrensede anbefalinger fra AHA og NICE (UK). (NCS har tidligere i år, etter de to vurderingene ovenfor, sluttet seg til de AHA-baserte retningslinjene for profylakse.) Han mener det er prisverdig at guidelines omtaler viktigheten av stresstester ved vurdering av visse klaffefeil; dvs dobutamin stress-ekko ved AS med redusert VV funksjon, for å avklare om stenosen er fiksert, og ergometri-ekko ved MS for å avklare stenosegradient og trykk i lille kretsløp under belastning. Også Aakhus mener at anbefalingen om livslang oppfølging av kardiolog ikke kan gjennomføres i alle deler av Norge. Betablokkere har god indikasjon ved dilatert aorta ascendens, men ved stor AI har man et terapeutisk problem, som påpekt av Skjærpe. Betablokkere kan da brukes forsiktig: Ofte er det effekt på trykk og hemodynamikk før HR faller særlig.

KU har gjort flere forsøk på å få thoraxkirurger til å gi en vurdering av retningslinjene, men har etter mer enn ett års saksbehandling, ikke oppnådd dette. I 2003 nedsatte imidlertid NCS en arbeidsgruppe med representanter for Norsk Thoraxkirurgisk forening (Stein Erik Rynning, Per Erling Dahl og Arnt Fiane), Arbeidsgruppe i intervensjonskardiologi (Thor Melberg og Pål Gunnes)

og Arbeidsgruppe i ekkokardiografi (Terje Skjærpe og Reidar Bjørnerheim). Arbeidsgruppen beskrev praksis angående klaffekirurgi i ulike regioner, og vurderte guidelines. I sin rapport, som vi har fått oversendt fra Reidar Bjørnerheim, gir arbeidsgruppen sin uforbeholdne anbefaling av ESCs 2007 guidelines.

### **KU vil selv fremheve og kommentere følgende fra retningslinjene:**

De fleste anbefalingene i dokumentet har evidensnivå C, expert opinion. Det gir relativt stort spillerom for ”avvik” fra anbefalingene, hvilket bør has in mente bl.a. ved vurdering av potensielt kontroversielle forhold, så som antitrombotisk behandling ved nyoperert biologisk klaff og antitrombotisk behandling av gravide.

Ønsket INR ved mekanisk klaff graderes etter klaffens trombogenisitet og kliniske risikofaktorer (MVR, TVR, PVR, tidligere tromboembolisme, AF, LA diameter > 50 mm, spontankontrast i LA, MS uansett grad, EF<35%, hyperkoagulabel tilstand):

	Ingen risikofaktor	Risikofaktor
Lav trombogenisitet	2,5	3,0
Middels trombog.	3,0	3,5
Høy trombog.	3,5	4,0

KU tror dette ofte blir glemt.

For gravide med mekanisk klaffeprotese anbefaler retningslinjene warfarin gjennom hele svangerskapet, dersom døgndosen er < 5mg (anbefaling IIaC). Ellers anbefales warfarin fra uke 12-36, uansett dose (anbefaling IC). Andre regimer medfører høy maternell risiko, i følge retningslinjene. Kvalitetsutvalget har i forbindelse med retningslinjene for hjertesykdom hos gravide (uttalelse avgitt 041203), åpnet for at LMWH kan forsøkes, men merker seg at en slik strategi, fire år senere ikke anses veldokumentert.

### **Kvalitetsutvalgets vurdering (møte 091208):**

- Kvalitetsutvalget er enig i at betablokker bør brukes med stor forsiktighet ved stor AI, fordi regurgitasjonsvolumet øker med diastoletiden. Bradycardi kan derfor gi en betydelig sviktførverrelse.
- Kvalitetsutvalget mener at ikke alle som er operert med mekanisk klaff trenger rutinemessig, livslang oppfølging av kardiolog. Kontrollene, spesielt INR-kontroller, kan ofte med fordel foregå i primærhelsetjenesten, hvilket også er nødvendig, slik norsk helsevesen er dimensjonert og organisert.
- Kvalitetsutvalget slutter seg ikke til omtalen av endocardittprofylakse, jf. NCS' tilslutning til AHA-baserte, mer begrensede retningslinjer.

Kvalitetsutvalget anbefaler at NCS gir sin tilslutning til retningslinjene, med de tre reservasjoner som nevnt ovenfor.

### **Kvalitetsutvalget presiserer:**

#### **Retningslinjer er råd, ikke regler**

Disse retningslinjer er ment som en støtte for legers kliniske beslutninger angående utredning og behandling. De beskriver flere mulige fremgangsmåter, som vil være passende for de fleste pasienter under de fleste omstendigheter. Bedømmelse og behandling av den enkelte pasient må gjøres av legen og pasienten i lys av den aktuelle pasients spesielle situasjon. Det vil dermed finnes situasjoner der det er akseptabelt å fravike retningslinjene.

**NCS har i styremøte den 22.01.09 gitt tilslutning til disse retningslinjer, med ovennevnte reservasjon.**

Oslo den 091208

Torkel Steen  
leder  
(sign)

Lars Aaberge  
(sign)

Jan Eritsland  
(sign)