



Utredning, behandling og oppfølging av kronisk hjertesvikt i allmennpraksis

Hjertesvikt er en alvorlig tilstand med dårligere prognose enn de fleste kreftsykdommer. Rask og riktig behandling er avgjørende for å bedre livskvalitet og forløp av sykdommen.

Utredning

Hjertesvikt bør mistenkes ved dyspnø eller nedsatt arbeidskapasitet, særlig hos pasienter med disponerende sykdom som tidligere hjertesykdom, diabetes, høyt blodtrykk eller tidligere kreftbehandling.

Ved mistanke om hjertesvikt bør følgende undersøkelser tas:

- **Klinisk undersøkelse:** Ødemer, knatrelyder over lunger, ascites, og bilyd over hjertet
- **EKG:** Alle avvik styrker mistanke om svikt (særlig atrieflimmer)
- **Orienterende blodprøver:** Hb, Na, K, kreatinin, TSH/FT4, HbA1c og NT-proBNP
- **Ved mistanke om hjertesvikt:** Henvis til ekko cor

NT-proBNP kan indikere sannsynlighet for hjertesvikt. Ved verdi < 125 bør annen årsak til plagene vurderes. Orienter deg gjerne om ditt laboratoriums grenseverdier for tolkning.

Behandling

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

- Gradvis og rask opptrapping av sviktmedikasjon også dersom blodtrykk er lavt
- Diuretika til symptomlindring (furosemid eller bumetanid)
- Støttestrømper ved behov

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

- ACE-hemmer (enalapril, ramipril) eller angiotensin II-reseptorantagonist (losartan, valsartan, kandesartan) eller ARNI (sakubitril/valsartan)
- Betablokker (metoprolol, bisoprolol)
- MRA (spironolakton, eplerenon)
- SGLT2-hemmer (empagliflozin, dapagliflozin)

Norske forskrivningsregler tilsier i dag at man kan få disse medisinene på blå resept, med unntak for ARNI der man må ha en EF ≤ 35 % på det laveste for å få det på forhåndsgodkjent refusjon.

Pasientene i denne gruppen bør få høyest tolererbar dose av alle 4 medikamentgruppene. Behandlingen gis for å hindre både sykdom og død (en 55 åring kan forvente 6 år forlenget levetid med alle 4 medikamentgruppene sammenlignet med bare ACE-hemmer og betablokker). Ved bedring av symptomer eller økning i EF skal pasienten allikevel fortsette med det medikamentelle regimet for å unngå forverring. Unntak er loop-diuretika som kan trappes ned eller seponeres ved oppnådd velkompensert hjertesvikt.



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

- ACE-hemmer eller angiotensin II-reseptorantagonist
- Betablokker
- MRA

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

- Behandling av komorbiditeter, særlig hypertensjon, diabetes og atrieflimmer.

SGLT2-hemmerne empagliflozin og dapagliflozin har indikasjon for HFmrEF og HFpEF, men har foreløpig ikke refusjon ved EF >40 %. SGLT2-hemmer har også indikasjon og refusjon ved type 2 diabetes og kronisk nyresvikt med proteinuri.

Oppfølging

Pasienter bør få tilbud i spesialisthelsetjenesten om «hjertesviktpoliklinikk», som er et tverrfaglig sykepleierdrevet tilbud for opplæring i forhold til egenkontroll og opptrapping av medisiner. Hjertespesialist bedømmer om det er behov for regelmessig kontroll med ekko cor ut fra hva som er etiologi og prognose hos den enkelte.

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

Funn / vurderingspunkt	Henvis til spesialisthelsetjenesten ved
NYHA funksjonsklasse	Tap av funksjonsnivå tilsvarende en NYHA-klasse
Blodprøver: K, kreatinin, NT-proBNP	De enkelte medikamentklassene vurderes opp mot nyrefunksjon. Se avsnitt om utfordringer
Medikamentgjennomgang	Vurder medikamentoptimalisering, se avsnitt om behandling. Henvis ved spørsmål om optimalisering eller bruk av nye terapier/nye indikasjoner.

Utfordringer

Mange pasienter med hjertesvikt har nyresvikt eller utvikler dette under behandling. Man aksepterer 50 % stigning i kreatinin på behandling. Ved stigning over det bør pasienten henvises spesialist.

Kalium opp til 5,5 mmol/l er uproblematisk men må kontrolleres hyppig. Ved kalium > 5,5 mmol/l kan spesialist vurdere indikasjon for kaliumbindere (H-resept, må forskrives av spesialist).

Plagsom svimmelhet kan medføre behov for dosereduksjon. Mange pasienter «svimler» når de reiser seg opp. Hjertesviktbehandling kan likevel ofte tåles godt med samtidig grundig informasjon om viktigheten av medisinene. Lavt blodtrykk uten svimmelhet er vanlig og ufarlig.

Medikamentetterlevelse er ofte utfordrende da hjertesviktbehandling innebærer multifarmasi. Det anbefales at hjertesviktbehandling prioriteres så langt mulig fordi medisinene er livsforlengende, i tillegg til symptomlindrende.

NSAID kan utløse akutt forverring av hjertesvikt og av nyresvikt.