



Hjärta och kretslopp



Vi har beslutat att lämna rekommendationslistan gällande läkemedel för hjärta och kretslopp oförändrad 2019 – 2020.

Hypertoni

På sensommaren 2018 fick vi nya riktlinjer för behandling av hypertoni (1) och mycket av diskussionen under 2019 har handlat om implementering av dessa riktlinjer. Hur ska vi lyckas nå ner till de optimala blodtrycksnivåerna på <130/80 hos en person <65 år? Uppmuntra hembloodtryck, betona fysisk aktivitet, viktreduktion, minska på saltet, låg tröskel för utredning av sömnapné, ja det finns mycket att tänka på parallellt med läkemedelsbehandlingen. Patienten måste förstå vikten av blodtryckskontroll, varför decennier av medicinering krävs för att skydda mot stroke, hjärtsvikt och hjärtinfarkt. OCH – se till att din mottagning har kapacitet att följa upp blodtrycksnivåerna! Om inte sjukvården efterfrågar blodtrycksresultaten, är det svårt för patienten att ta behandlingen på allvar.

I en stor spansk studie (2), redovisades hösten -19 både bättre blodtryckskontroll och färre kardiovaskulära händelser hos de patienter som fick ta sin blodtrycksmedicinering vid sänggåendet istället för på morgonen. Se där ett enkelt tips för att förbättra behandlingsresultat utan ökade kostnader! Patienterna i studien var 60,5 + 13,7 år,

så de allra äldsta deltog inte, vilket är värt att ha i åtanke (man kan föreställa sig fallrisk vid nattliga toalettbesök hos sköra äldre). Det har även förekommit en del metodologisk kritik mot studien, så vi lär få vänta innan det blir ändringar i allmänna hypertoni-riktlinjerna.

Lipidsänkare

Ytterligare en bekräftelse på att "lower is better", redovisas i de europeiska riktlinjerna för behandling av dyslipidemi (3). Högriskpatienter med hypertoni, rökning, diabetes mellitus typ 2 och tidigare stroke eller hjärtinfarkt anser expertgruppen ska ner i sitt LDL till <1,4 mmol/!! Drabbas denna patient av ytterligare en stroke eller hjärtinfarkt inom två år, diskuteras målnivåer för LDL på <1,0 mmol/!! Här har man krattat rejält för PCSK-9-hämmarna, kan tyckas. Det är viktigt att påpeka att dessa riktlinjer ännu inte har påverkat våra nationella behandlingsriktlinjer. I Västmanland har vi, sedan länge, valt en strategi med högintensiv statinbehandling efter hjärtinfarkt eller stroke. De aktuella riktlinjerna har bekräftat att det var rätt väg att gå. Jag höjer dock ett varningens finger för högdos rosuvastatin vid sänkt GFR! Redan vid GFR <60 ml/min krävs dosreduktion, eller övergång till atorvastatin. Vi får alla hjälpas åt att bevaka detta!

Hjärtsvikt

SGLT-2-hämmarna fortsätter sitt segertåg över världen! Ännu en studie (4) har visat på minskad risk för hjärtsvikt vid behandling med dessa preparat, både hos patienter med och utan diabetes mellitus typ 2. Jag hänvisar till kommentarer om läkemedel vid diabetes mellitus typ 2 i detta nummer av bulletinen.

Det var höga förväntningar på resultatet av PARAGON-HF-studien när den presenterades vid det europeiska hjärtläkarmötet i Paris på sensommaren -19. Skulle vår magra terapiarsenal för behandling av hjärtsvikt med bevarad ejektionsfraktion (HFpEF) äntligen kunna förstärkas med sakubitril/valsartan (Entresto)? I studien (5) jämfördes Entresto med valsartan hos patienter med symtomatisk hjärtsvikt och EF > 45 %. Studien lyckades dock inte påvisa signifikanta skillnader mellan de två behandlingsalternativen, varför vi står kvar med de tidigare rekommendationerna: behandla hypertoni, behandla ev. samtidig KOL, frekvensreglera förmaksflimmer o s v. För patienter med sänkt ejektionsfraktion är Entresto fortsatt ett utmärkt alternativ för dem som inte svarar på sedvanlig RAAS-blockad i optimala doser (6), men initiering sker nästan uteslutande på de sjukhusanslutna hjärtsviktsmottagningarna, och preparatet tar därför inte plats på listan. Glöm inte att remittera dina hjärtsviktspatienter till kardiolog, om du känner dig osäker på optimal behandling (7).

Antikoagulantia

Sen till det svåra kapitlet om antikoagulation och trombo-cythämning. Var och en för sig eller kombinerat? Dubbel trombo-cythämning och antikoagulation (s k trippelterapi) vid förmaksflimmer och genomgången hjärtinfarkt? Vilka preparat? Vilka doser? Hur länge? Långtidsbehandling med lågdos rivaroxaban (Xarelto) eller ticagrelor (Brilique) som tillägg till ASA? Ja, frågorna är många, svaren inte alltid självklara.

Rivaroxaban (Xarelto) i låg dos (2,5 mg x 2) som tillägg till ASA kan övervägas för vissa patienter med koronarsjukdom eller avancerad perifer artärsjukdom som har hög risk för kardiovaskulära händelser och låg risk för blödning (8). Initiering på sjukhuskliniken.

På samma sätt väljer vi ibland att förlänga behandlingstiden med ticagrelor (Brilique) efter det första året postinfarkt, men då i dosen 60 mg x 2 i väl utvalda fall med hög risk för fortsatt kranskärlproblematik (9). Initiering av kardiolog. Av dessa skäl låter vi dessa styrkor av preparaten fortsatt stå utanför listan.

Som tidigare uppmuntrar vi till att leta efter patienter med förmaksflimmer och förse dessa med NOAK vid CHADS-Vasc >1 poäng. Se till att dosreducera vid försämrad njurfunktion, men glöm inte att öka dosen igen, om njurfunktionen förbättras! Vi ser många som går med suboptimal styrka på sin NOAK-behandling. Vi måste också komma ihåg att notera antikoagulantibehandlingen i Cosmics uppmärksamhetssignal under "Behandling och tillstånd".

Expertgrupp Hjärta och kretslopp

Ingemar Lönnberg

ingemar.lonnberg@regionvastmanland.se

Referenser och länkar:

1. ESC/ESH Hypertension guidelines
2. Bedtime vs morning
3. ESC/EAS Dyslipidemia guidelines
4. DAPA-HF Trial
5. Paragon-HF
6. Paradigm-HF
7. Samverkansdokument Hjärtsvikt
8. COMPASS
9. PEGASUS-TIMI 54

Miljö

Substans	Motiveringar	Åtgärdsförslag
Felodipin	Mätningar avser Sverige om inget annat anges.	Observera att patientens bästa alltid går i första hand, se rekommenderade läkemedel i Basläkemedel 2020. För flera miljöbelastande substanser har miljöutredningar genomförts för jämförbara alternativ av Region Stockholm.
Felodipin	Halter i miljön bedöms kunna leda till terapeutiska nivåer i fisk baserat på ämnets fettlöslighet.	Felodipin rekommenderas inte. I stället rekommenderas amlodipin som är bättre från miljösynpunkt än felodipin.
Irbesartan	Utifrån uppmätta halter i ytvatten beräknas irbesartan kunna ansamlas i fisk till terapeutiska koncentrationer. Uppmätta koncentrationer i enstaka studerade fiskar har dock varit lägre.	Irbesartan rekommenderas inte i Kloka Listan. Alternativ som angiotensinreceptorblockerare kan vara kandesartan (rekommenderas, men osäkert bedömningsunderlag gör att det inte går att avgöra om det är fördelaktigt ur ett miljöperspektiv) eller losartan (rekommenderas, och är bättre ur miljösynpunkt än irbesartan). Startförpackningar för kandesartan och losartan finns inom förmånen.