

Handledarversion

Johannes, 55 år med bröstsmärta

Termin: T7

Tema: RC

Ansvarig: Peter Magnusson och Katrin Hruska

Lärandemål: Identifiera och utreda typiska symtom vid hjärt- och kärlsjukdomar (S4). Ischemisk hjärtsjukdom - angina, akut koronart syndrom (S4). Vanliga och viktiga metoder inom klinisk fysiologi: EKG och ekokardiografi. Läkemedelsgrupper vid sjukdomar/tillstånd inom ischemisk hjärtsjukdom, hypertoni och prevention av ateroskleros.

Ingress: Johannes, 55 år, söker på akutmottagningen obehag i bröstkorgen som pågått i ungefär sex timmar och blev värre när han skulle ta en promenad.

Del 1

Johannes, 55 år, uppger sig vara tidigare frisk men har känt sig trött och hängig av och till senaste månaderna. Arbetet som lastbilschaufför innebär mycket stillasittande och kosthållningen har inte varit den bästa. Gymkortet han fick i julklapp har inte utnyttjats på drygt 8 månader. Han har sedan 20 årsåldern haft övervikt och numera väger han 105 kg och är 179 cm. Hans sambo har uppmanat honom söka vårdcentralen då han snarkar väldigt högt och hon har noterat andningsuppehåll när han sover. Han dricker sparsamt med alkohol någon enstaka gång på helgen en gång i månaden när han inte jobbar. Däremot har han svårt att sluta röka och det blir ca 5 cigaretter dagligen. Han känner sig orolig över sin hälsa, särskilt med tanke på att hans far dog i hjärtinfarkt vid 52 års ålder.

På akutmottagningen får Johannes besvär med bröstsmärta igen. Den här gången är det tydlig koppling till fysisk ansträngning. Det har varit så i ett dygn. Han känner sig orolig, har tryck i bröstet vid minimal ansträngning och det är en utstrålade karaktär i bägge armar. Hustrun har skjutsat in honom till akutmottagningen.

Hur ska patienten prioriteras på akutmottagningen? Vilka differentialdiagnoser överväger du?

I status noterar du följande:

AT: orolig, ångestladdad. Saturation 99 %

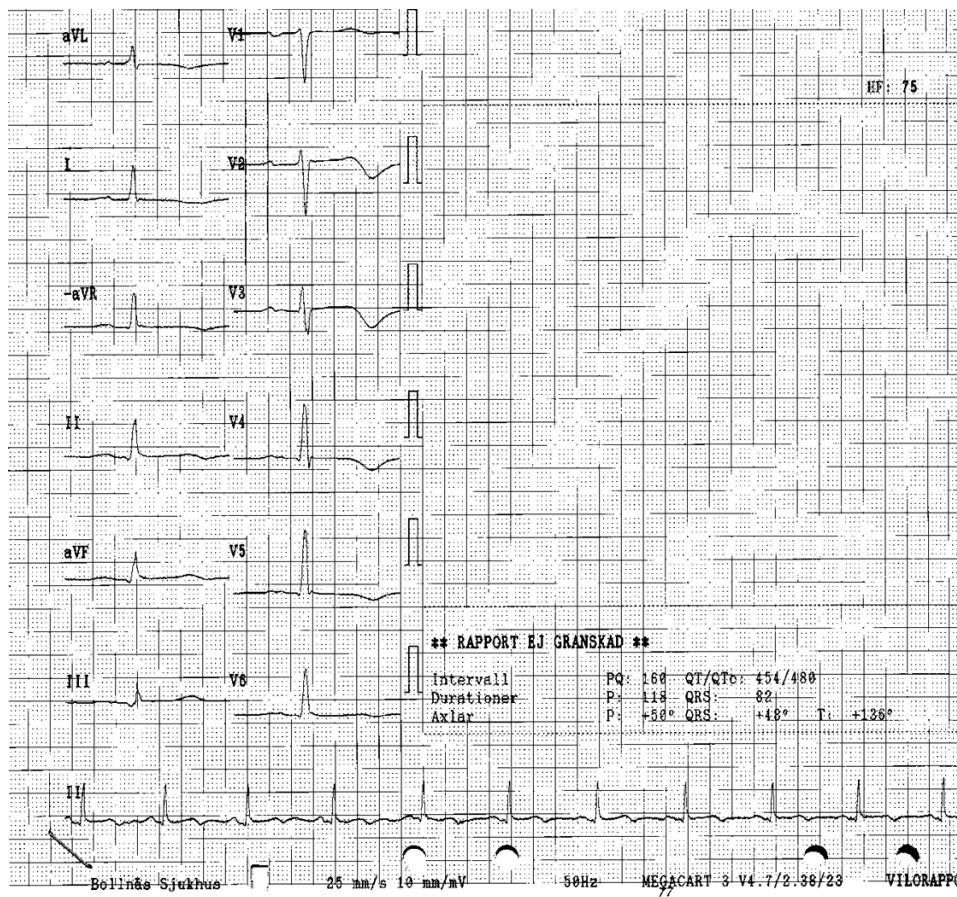
Hjärta: Regelbunden rytm, frekvens 89/min. Ingen bi- eller blåsljud.

Lungor: enstaka krepitationer, andningsfrekvens 16/min.

Buk: mjuk och oöm, adipös

Anklar: inga ankelödem.

Vad visar EKG?



Du ringer hjärtjouren. **Hur rapporterar du enligt SBAR?** Sköterskan på akuten undrar om syrgas på grimma ska kopplas. **Vad svarar du?**

Kommentar: Träna studenten i att rapportera det väsentliga. Syrgas enbart indicerat om saturation är under 90 %. ESC riktlinjer om ischemisk hjärtsjukdom www.escardio.org

Del 2

Patienten läggs in på HIA, med MIDAS (ST-övervakning) som visar ST-sänkningar med rörlighet och genombrott av bröstsmärta. Du stannar kvar en stund på HIA och diskuterar med hjärtjouren insättande av läkemedel och remiss för koronarangiografi. **Vilka läkemedel ordineras på akuten respektive HIA? Hur brådskande är en angiografi?**

Kommentar: Går att diskutera om dubbel trombocythämning ska ges på akuten eller enbart ASA, kan skilja sig i lokala rutiner. Angiografi är brådskande eftersom det är smärtgenombrott och ST-dynamik. ESC riktlinjer om ischemisk hjärtsjukdom www.escardio.org

Del 3

Angiografi görs, PCI med stent, och du överhör diktatet från angiografören: "....normal huvudstam, proximal LAD-stenos som bedöms som *culprit lesion*, ett läkemedelsstent (DES) sätts med gott resultat och fullgott flöde. I en marginalgren (M1) ses 60% stenosis som lämnas utan åtgärd. Högerdominant kranskärlsanatomi. I övrigt RCA och LcX med ateromatosis men inga signifikanta stenoser..."

Patienten sätts in på ytterligare läkemedel på HIA där han kvarstannar till efterföljande dag och flyttas då till eftervården med fortsatt telemetri och ekokardiografi görs.

Ekokardiografiutlåtande: Blodtryck 140/85 mmHg. Hjärtfrekvens 85/min. Goda transmissionsförhållanden. Dyskinesi över framväggen men kompensatorisk hyperdynamik i övriga segment, sammantaget LVEF 55 % vid visuell skattning. Minimal mitralklaffinsufficiens, övriga klaffar ua. Max hastighet över trikuspidalisklaffen 2,2 m/s. Aortaklaffen trikuspid, aortaroten 28 mm. Vänster förmak lätt förstorat. Ingen perikardvätska.

Under 48 timmar görs telemetriövervakning, några VES ses och en episod med NSVT på 5 slag ses, i övrigt inget anmärkningsvärt.

Vilka läkemedel bör patienten ha vid utskrivning? Hur motiverar du indikation för respektive läkemedel för patienten?

Vilka sekundärpreventiva riskfaktorer avseende livsstil tar du upp vid utskrivningen?

Kommentar: Betablockad (håller på att diskuteras vid bibehållen vänsterkammarfunktion, ändringar i riktlinjer kan komma att ske), ACE-hämmare, dubbel trc hämning, statin. ESC riktlinjer om ischemisk hjärtsjukdom www.escardio.org

Del 4

Efter ett par veckor får patienten återbesök till sjuksköterska på SEPHIA-uppföljning. Det visar sig att patienten har höga kolesterolvärden, LDL 4.2 mmol/L trots god följsamhet av läkemedelsbehandlingen. Du har handledning med en erfaren kardiolog som har särskilt intresse för kardiogenetiska sjukdomar. Sjuksköterskan kommer förbi och undrar om detta kan vara en ärftlig hyperkolesterolemi och om patienten ska sättas upp för läkarbesök?

Vad innebär familjär hyperkolesterolemi? Vilka konsekvenser för indexpatientens släktingar få en sådan diagnos? Vilka behandlingar kan bli aktuell om statinbehandling inte är tillräcklig? Vilka livsstilsråd är särskilt viktiga och hur följs de upp?

Kommentar: Målvärde för LDL är 1.4 efter hjärtinfarkt. Kolesterol synteshämmare kan bli aktuell om inte högintensiv statinbehandling är tillräckligt. PCSK9-hämmare kan övervägas hos denna relativt unga patient som inte når målvärde. Ärftlig komponent viktigt att diskutera och komma ihåg släktutredning.