

# THIVA Nätverksmötes rapport från Örebro 2017-04-07

Vill börja med att tacka för ett väl genomfört och intressant möte i Örebro som traditionsenligt inleddes med ett förmöte på en lokal restaurang kvällen innan själva mötet. På grund av attentatet i Stockholm gick inte hemresan lika bra för några av oss som var beroende av publika transportmedel med oplanerade övernattningar som följd.

## Ämnen som avhandlades helt eller delvis.

- 1 Perioperativ hjärtinfarkt.
- 2 Levosimendanstudien.
- 3 CRRT
- 4 Akut coronart syndrom
- 5 IABP och Impella.
- 6 Ulcusprofylax.
- 7 Oväntat svår maskinavgång.

## Perioperativ hjärtinfarkt: Diagnostik

EKG:

ST-förändringar pågående ischেমитеcken > 1mm ST-höjning, > 15 minuter.

Nyttillkommet LBBB

Utveckling av patologisk Q-våg

ST-sänkningar >0,5 mm i två angränsande avledningar.

TEE:

Regional hypokinesi

THIVA post op

Cirkulatorisk instabilitet.

Infarkt markörer: Här spretar det en del mellan klinikerna. Där ASAT bedöms vara en lika bra prediktor som CKMB. Några kliniker tar aldrig CKMB. Troponin mer svårtolkat men tas av alla kliniker åtminstone om ASAT värdet passerat den lokala triggerpunkten.

Gränsen för ASAT varierar en del mellan klinikerna från 2,0 till > 3

CKMB-höjning > 5ggr.>40-50micg/L

Troponin I > 10ggr. > 350ng/L.

Diagnosen perioperativ hjärtinfarkt kanske inte är så lätt att ställa då många parametrar hamnar i vågskålen. Kanske borde vi reangiografera fler men där väger operatörens bedömning ganska tungt.

## Levosimendanstudien

”Levosimendan infusion som startas innan hjärtkirurgi ger ingen profylaktisk effekt vad det gäller 30-dagars mortalitet, CRRT-behov, myocardininfarkt eller användning av mekanisk assist”

Sedan vårt möte har det kommit ytterligare studier där ingen stödjer perioperativ levosimendan användning.

Saknar nu bara en studie där levosimendan har getts som en fulldos behandling dygnet/dygnen innan operation.

Jag fick intrycket att de flesta av oss fortfarande använder milrinon peroperativt och direkt postoperativt.

## **CRRT**

Tidig eller sen start av dialys vid övervätskning eller dialysbehov?

Optimering av njurfunktion:

Tillräckligt MAP personligen eftersträvar jag samma MAP som patienten hade vid inskrivningen vilket enkelt kan räknas ut. <http://icd.internetmedicin.se/kalkylator>

Som vasopressor rekommenderas noradrenalin.

Balans av vätsketerapi

CVP kontroll

Ekokontroll av vätsketerapi ( hjärta- fyllnad /lungor- förekomst av B-lines)

” Early is not clearly better, late is always bad”

## **Akut coronart syndrome**

Medvetenheten om att DAPT bör återinsättas ökar men är långt ifrån tillfredställande. Studie är på gång.

## **IABP / Impella**

IABP används regelbundet på alla kliniker även i kombination med VA-ECMO.

Impellan lever, men i en tynande tillvaro. Används som sällanvara i Uppsala och Linköping.

## **Ulcusprofylax**

Omeprazol verkar användas genomgående (trots viss kritik från våra infektionsläkare då det kanske lite för effektivt påverkar ventrikelns bakteriella skyddsbarriär)

## **Oväntat svår maskinavgång**

Vid oväntade problem antagligen ingen PA-introducer. EKG, TEE. Hö? Vä? Svikt.

Högersvikt i regel luft i coronarkärl. Åtgärd reperfusion, milrinon, noradrenalin. PA-tryckmätning nål/ED-kat.

Om pulmonell hypertension revatio och ev PA-kateter.

Vä svikt milrinon, noradrenalin, adrenalin, IABP, VA-ECMO

## **Nästa möte i Umeå 171019-171020**

Ämnen?

Ett förslag jag fått är en genomgång av vårt införande av Metavision (patientinformationssystem)

Mikael Stenberg  
Umeå

