

VOC

2026-03-18

Lindemberger/Nielsen

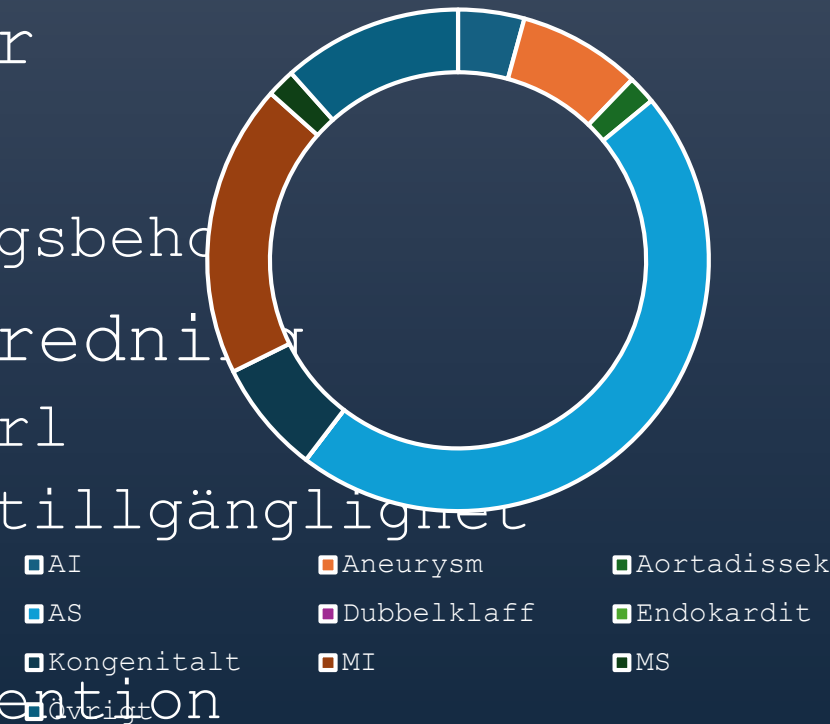
Vilka är vi?

- Niels-Erik Nielsen
- Anders Bergström
- Mohammad Rahgozar
- Aleksandra Krzynska
- Marcus Lindenberger
- Robert Östring
- Sofia Sunnerud
- Tobias Rosenqvist
- Shiba Younus (enkelspecialist, introduceras kommande året)

Året som gått

- 164 preoperativa vitie-utredningar
- 93 % polikliniska.
 - Reviderade dokument kring rehydreringsbehandling
- Ökade väntetider till kallelse utredning
 - Sämre tillgång till CT aorta/kranskärler
 - Positiv dialog med röntgen och ökad tillgänglighet
- 82 % leder till intervention
 - 1/3 thoraxkirurgi, 2/3 kateterintervention

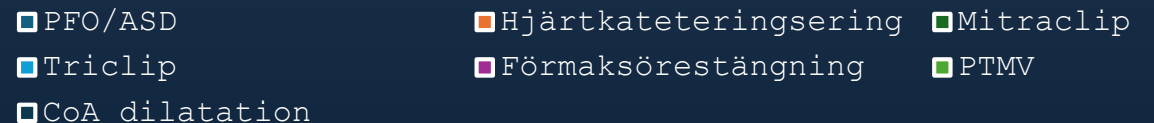
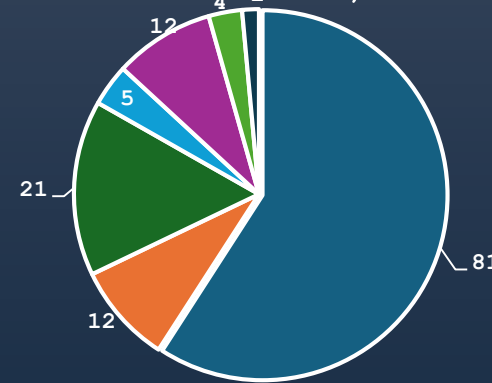
Utredningsorsak



Katetereringrepp

- 357 stycken under året (361 st 2024)
 - 145 interventioner exkl. TAVI (137 st 2024)
 - PFO/ASD-slutning 81
 - Mitraclip 21
 - LAAO 12
- Korta väntetider numera
 - PFO-slutning 1-2 mån
 - Mitra/Triclip - inom 3 mån

Kateterburna ingrepp exkl. TAVI



TAVI

- 209 TAVI (236 st 2024)
 - 90 % Sapien, 10 % Evolut
 - 84 dagar medianväntetid från beslut (TAVI-rond) till åtgärd
 - 40 % får intervention inom 60 dgr mot 72 % i landet i stort (alla TAVI-centra)
 - För lång tid..! Extra-TAVI tisd+torsd nov+dec 2025 minskat VL
 - Grundproblemet är för liten tillgång/vecka, nu 4 st mot behov 6 st
 - Arbete fortsätter med Thorax-kärl - Seldinger/post.op platser
- Fortsatt god kvalitet
 - 30-dgr mortalitet 1,4 %

TAVI

- EKG-triggad DT är viktigt – används för pre- och perop planering
- TEE tycker vi fortfarande ger värdefull information – men kan avstås on biologisk klaffprotes och bicuspid klaff
- Kranskärlskartläggning? – fortsättning följer imorgon.....
- Snabbare mobilisering?

Ronder

- VOC-ronder
 - Videoronder fortsatt med Norrköping, Jönköping, Kalmar
 - Fungerar bra - se kommande slides för mer
 - Teknikstrul bitvis (ingen uppkoppling, bild- och ljudproblem)
 - Dålig överföring av bilder
 - låg FPS - ibland svårt att bedöma ssk insufficiensviter över länk:

Video-rond måndagar

- Upplägg nu:
 - 13.00-13.30 ViN uppkopplade. Parallellt denna tid har vi tillgång till PCI-läkare
 - 13.30-14.00 Thoraxradiolog ansluter
 - 14.00-15.00 Ryhov över länk
 - 15.00- Kalmar över länk
 - Därefter US patienter tills dess att rondan är klar
- Specialfall: Aorta!
 - Vi har thoraxradiolog till hjälp, som innan rond får remiss med frågeställning om vad vi vill se.
 - ViN skickar också remiss till thoraxradiolog och deltar då över länk
 - Jkpg: Om ascendensproblem avtal att man skickar remiss till US för dragning på vår VOC-rond.
 - Kalmar: Inget avtal

Video-rond måndagar

- Kan ibland bli "lite rörigt" med ordningen, men löser sig alltid
- I nuläget (försök) att fysiskt träffa Ryhov-teamet med gemensam rond 2 ggr/termin
 - Vi (ML och BL) skissar på ett förslag att även bjuda in ViN och Kalmar till fysiska möten, kanske 1 gång/termin
 - Övriga sjukhus?
 - Alternnerande plats?
 - Diskutera ett par knepigare patienter var
 - Lära oss av varandra – hur vi beskriver patientfallen, lägger upp visning av undersökningar mm.
 - Vilka patienter skall dras/behöver inte dras på rond/skall hellre dras på interventionsrond?
- Öppet för synpunkter/förslag

Endokarditron

- Initiativ från infektionskliniken med inspiration från andra universitetssjh/guidelines
- Innan togs diskussioner på efter direktkontakt med VOC-ansvarig
 - Kardiolog från Ryhov, ofta även Västervik, tar kontakt
 - Infektionsläkare tar kontakt från Kalmar och Norrköping
 - Olika frågeställningar
 - Titta på eko-bilder - förenligt med endokardit?
 - Kirurgi aktuell?
 - Om inte, förslag på uppföljning
 - ...
 - VOC-ansvarig läser på (NPÖ), granskar EKO, kontaktar

Endokarditrond

- Försök till struktur:
- Onsdag em, 3-4 patienter max
 - Närvarande infektionsläkare, thoraxkir, fysiolog, kardiolog
 - Hittills 6 veckor med enbart patienter från region Östergötland som diskuterats
 - Vi är inte helt övertygade än på VOC - än mer ronder mm. men...
 - Under VT -26 så kommer ni att få mer information hur ni kan sätta upp patienter och dra dem på rondan. Fysiolog US förevisar bilder.
- Akuta patienter diskuteras som tidigare mellan

Aneurysmrond

- På remiss från regionen samt egna patienter
 - Max 6 patienter/vecka
 - Oftast korta väntetider, men byggs på en skuld efter jul/sommaren (radiologer drar ner)
- Vi vill påtala att:
 - B dissektioner (> 6 mån efter indexinsjuknande) samt descendensdilatationer skall remitteras till kärlkirurg, ej kardiolog!
 - De har sin egen angiorond med radiolog/kärlkirurger på plats
 - Kärlkir sätter vb upp på aneyrysmrond för introduktion även för thoraxkir/kardiolog
- Se kommande två slides...

Aorta – uppdaterade riktlinjer

RPO

- Reviderade dokument inom RPO under 2025.
 - Lokalt motstånd från delar av regionens kärlkirurger fortsatt
- Aneurysm i ascendens och arcus
 - Kardiologens sjukdom, remiss till kardiolog vid behov av bedömning på t ex aneurysmrond
 - En del aortarelaterade frågor bedömer kard själva utanför rondan och remissbesvarar
- Aneurysm i descendens och bukaorta
 - Kärlkirurgens sjukdom, remiss till kärlkirurgi vid behov av bedömning på t ex aneurysmrond
 - En del aortarelaterade frågor bedömer kärl själva utanför rondan och remissbesvarar

Aorta – uppdaterade riktlinjer

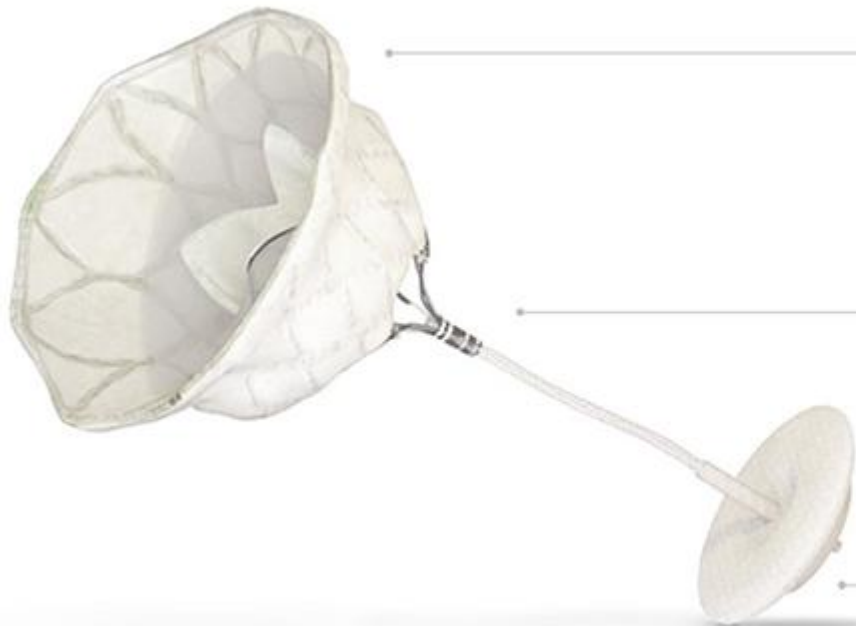
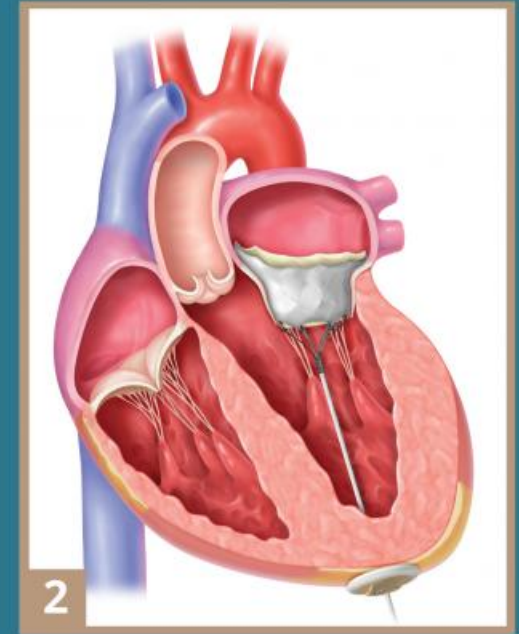
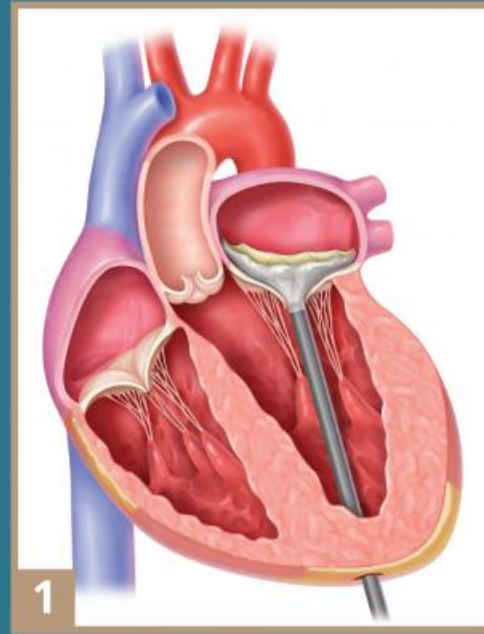
RPO

- Reviderade dokument inom RPO under 2025.
 - Lokalt motstånd från delar av regionens kärlkirurger fortsatt
- Dissektion i ascendens (Typ A)
 - Kardiologens sjukdom, remiss till kardiolog vid behov av bedömning på t ex aneurysmrond
 - En del aortarelaterade frågor bedömer kard själva utanför rondan och remissbesvarar
- Dissektion i descendens (Typ B)
 - Kärlkirurgens sjukdom men där kardiologen håller i utredning 1:a 6 mån efter insjuknande (1v, 1, 3, 6 mån kontroller), därefter remiss till kärlkirurgi vid behov av fortsatt bedömning på t ex aneurysmrond

Sammanfattningsvis

- Vi har jobbat bort en del köer till interventioner, men TAVI återstår
- Vi önskar att jobba vidare på utformningen av VOC-ronderna
- Uppdaterade riktlinjer för aortasjukdom i regionen
- Vi ser vad endokarditronder kan bidra med för

Tendyne- klaff



VALVE DESIGN

- Dual-frame, tri-leaflet, bioprosthetic valve
- Outer frame contoured to mitral annulus
- Multiple valve sizes and profiles to address broad range of patient anatomies

TETHER DESIGN

- Enables full retrievability through duration of procedure
- Repositionable for optimal placement

APICAL PAD

- Placed over ventricular access site

Pris 340.000
skr

Evoque- klaff

EVOQUE Tricuspid Valve Replacement System

Unique valve design engages leaflets, chords, and annulus to achieve secure placement



Atraumatic anchors compatible with pre-existing leads and respect the native anatomy

Conforming frame designed to achieve optimal retention force

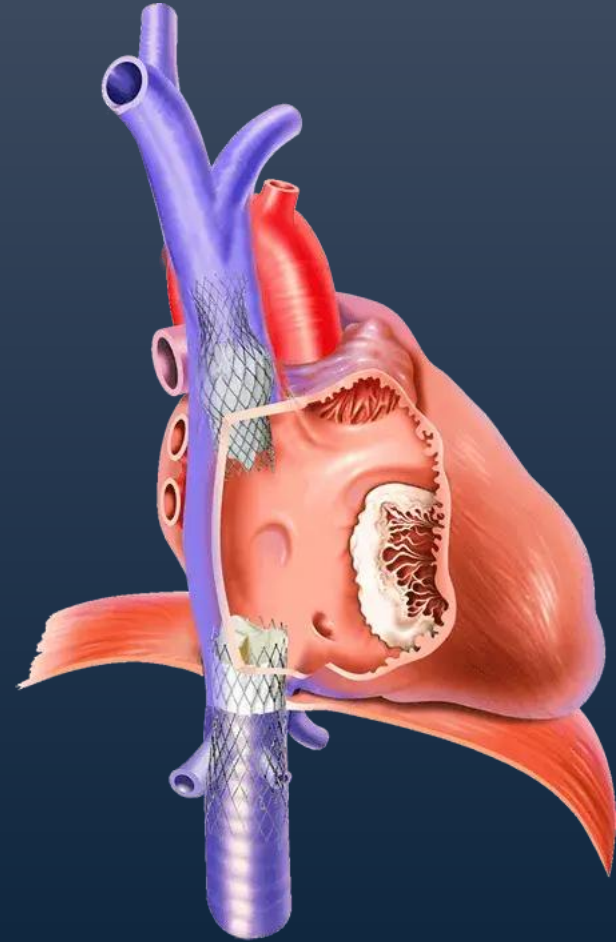
Multiple sizes offer treatment for a broad range of tricuspid pathologies and anatomies (44, 48, 52 mm)

28F transfemoral delivery system with multiple planes of flexion and depth control

CAUTION: Investigational device. Limited by Federal (or United States) law to investigational use.

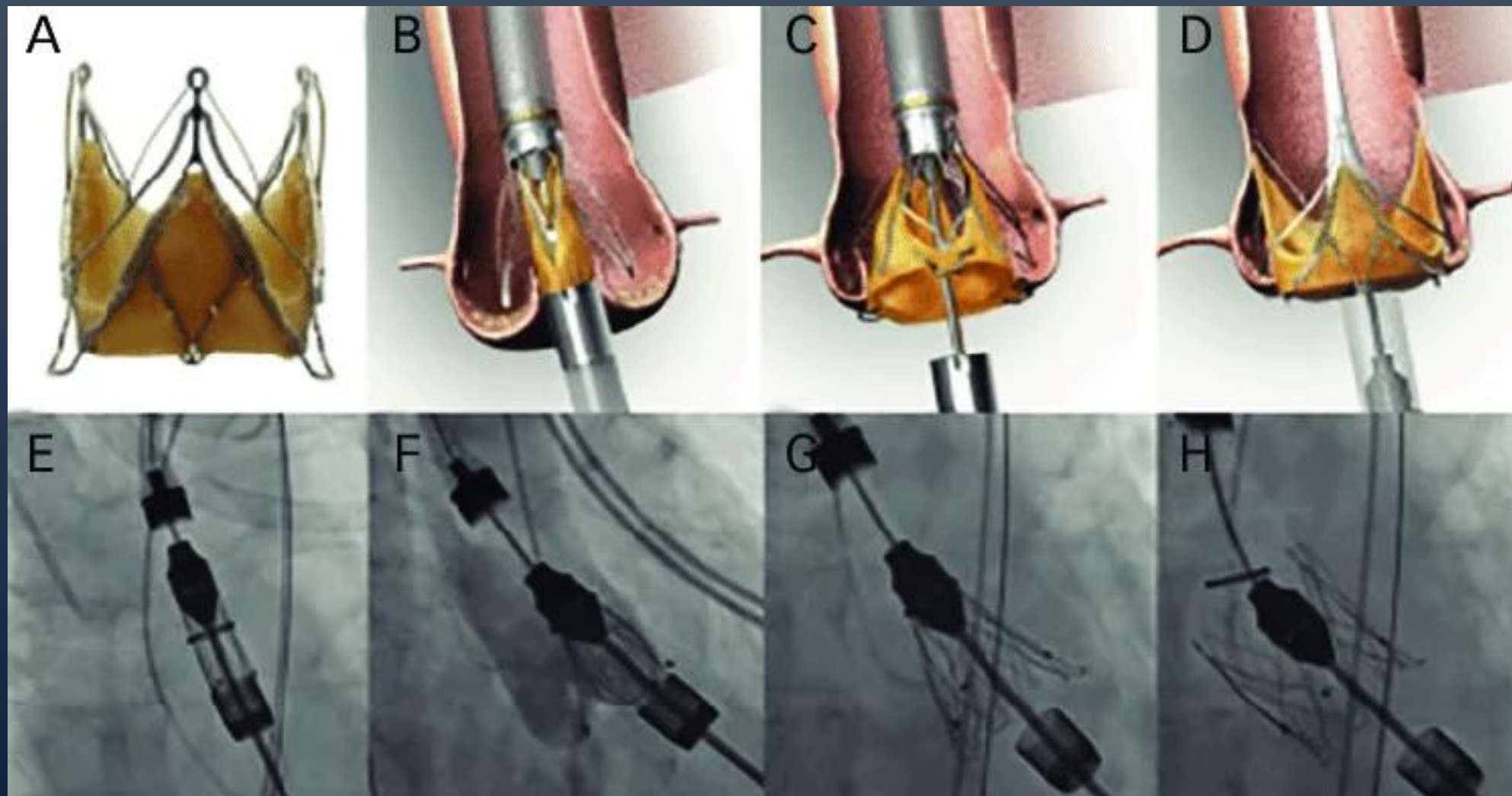
Pris 425.000
skr

TricValve



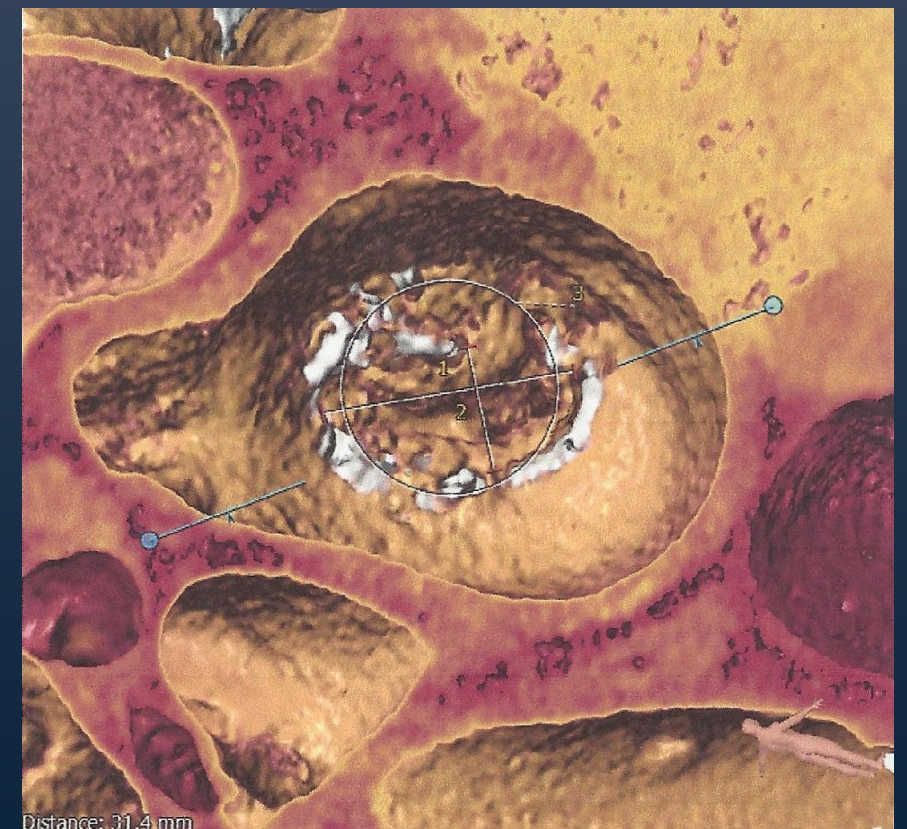
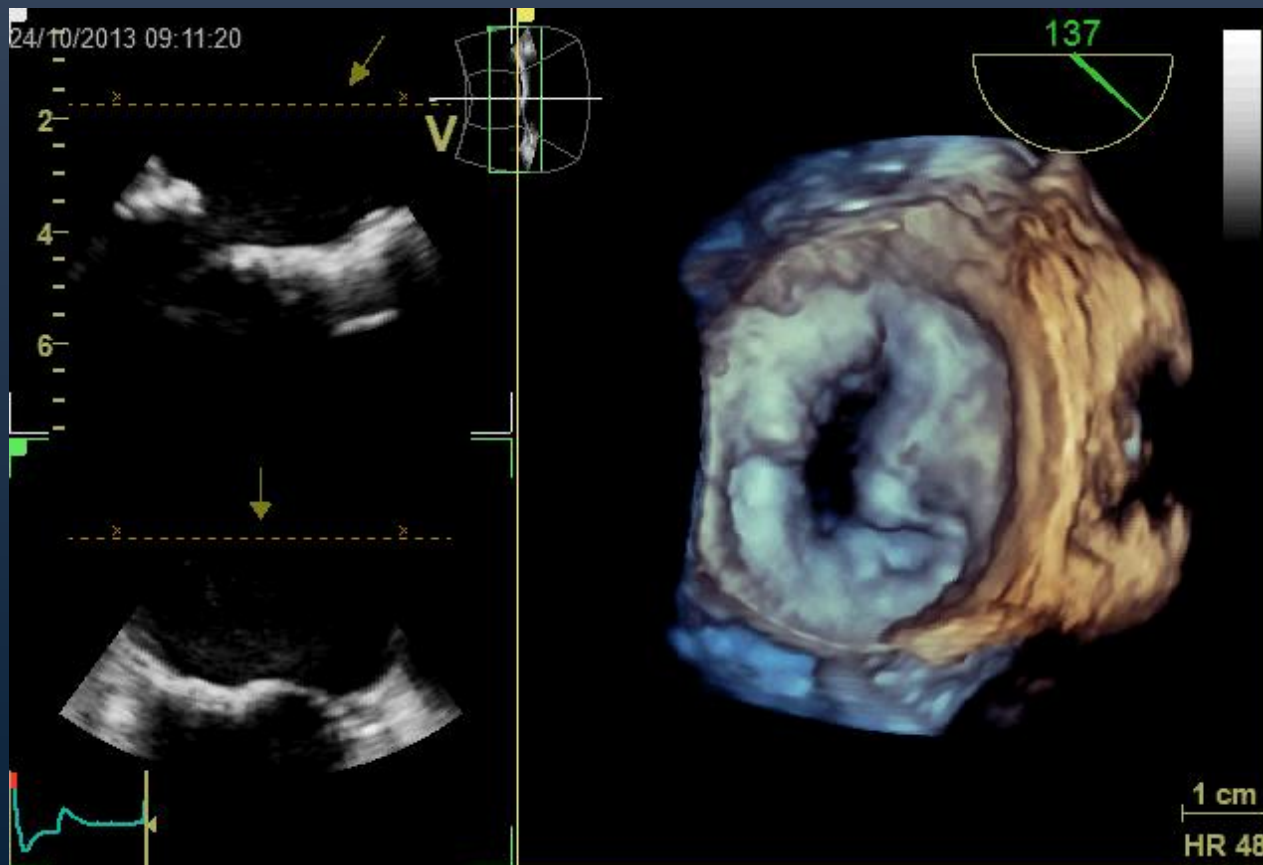
Pris: Som
clip

Jena-Valve



Pris 400.000
skr

Hybridintervention med Thorax Kateterklauff i MAC



TAVI i mekanisk

klaffprotes

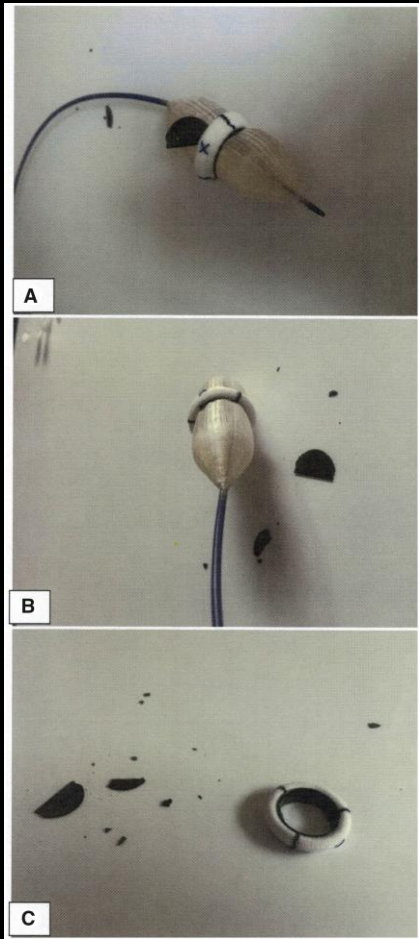
First successful transcatheter valve-in-valve implantation into a failed mechanical prosthetic aortic valve facilitated by fracturing of the leaflets: a case report Open Access

Christian Butter , Ralf-Uwe Kühnel , Frank Hölschermann

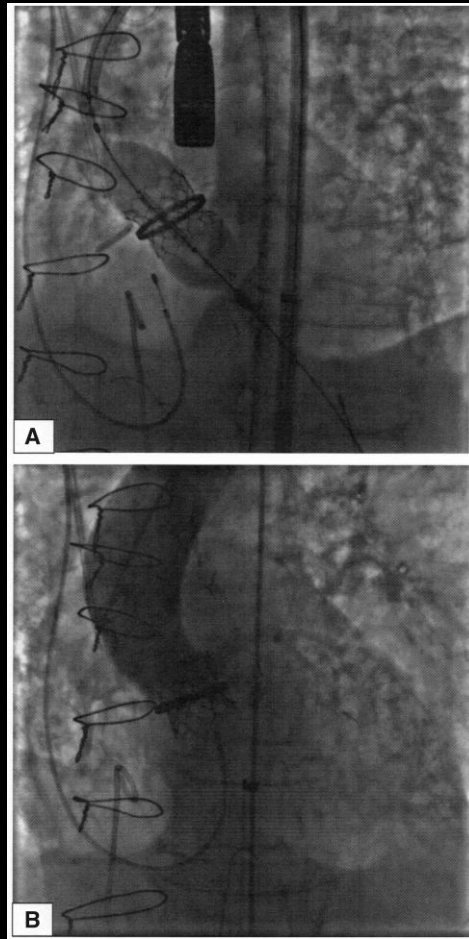
European Heart Journal - Case Reports, Volume 5, Issue 7, July 2021,

ytab130, <https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytab130>

Preclinical in vitro testing. (A) A 20 mm TRUE Dilatation balloon (Loma VISTA) fractured a SJM AHPJ 23. (B) ...



Transcatheter valve implantation



Use of cerebral protection device

