

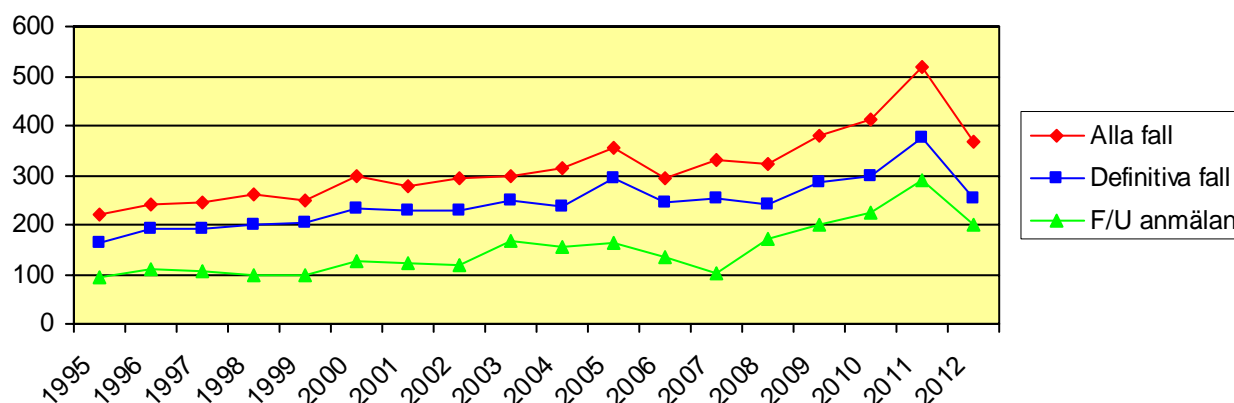
Årsrapport endokardit-registret 2012

Svenska endokardit-registret har existerat sedan 1995-01-01 med rapportering från samtliga svenska infektionskliniker. Rapportering sker i samband med utskrivning samt vid återbesök efter c:a 3 månader.

Övergång från rapportering via blankett till anmälan via internet har skett 2008. Parallellt har båda systemen använts av olika kliniker 2008-10. Från 2010 har samtliga kliniker rapporterat via internetanmälan. Resultat redovisas från båda anmälningssystemen.

Totalt 1995 – 2012 har 5884 fall anmälts, varav 4533 (77%) har klassificerats som definitiv endokardit enl Duke's kriterier. F/U-anmälan har gjorts av 2987 (51%) fall.

Figur 1. Rapporterade fall till svenska endokarditregistret 1995-2012.



Med kännedom att vid en del kliniker göres samlad årsvis rapportering i efterskott förväntas anmälda fall för 2012 öka. Detta har skett vid samtliga tidigare år.

Rapportering sker nu till det internetbaserade registret vid 30/30 infektionskliniker.

Kvalitetsmål

Under 2010 infördes 4 kvalitetsmål för endokarditbehandling. Dessa är att se som mål och är ej uppfyllda i nuläget. Enbart definitiva fall inkluderade, förutom transesofagalt ultraljud då denna undersökning kan innebära ändrad klassifikation från möjlig till definitiv endokardit.

1. Mortalitet < 10 % för män och kvinnor under behandling.

Rapporterad mortalitet för män under 2012: 10,2 %. (2011: 9,3 %)

Rapporterad mortalitet för kvinnor under 2012: 12,4% (2011: 15,1 %)

2. >90% ska ha genomgått transesofagalt ultraljud

Rapporterat män 2012: 86% (2011: 79%)

Rapporterat kvinnor 2012: 78% (2011: 76%)

Rapporterat totalt 2012: 83% (2011: 78 %)

3. > 75% ska ha genomgått tandläkarundersökning under vårdtid

Rapporterat 2012: 35,3 % (2011: 36,4%)

4. Tid till korrekt insatt antibiotika på sjukhus ≤ 3 dagar

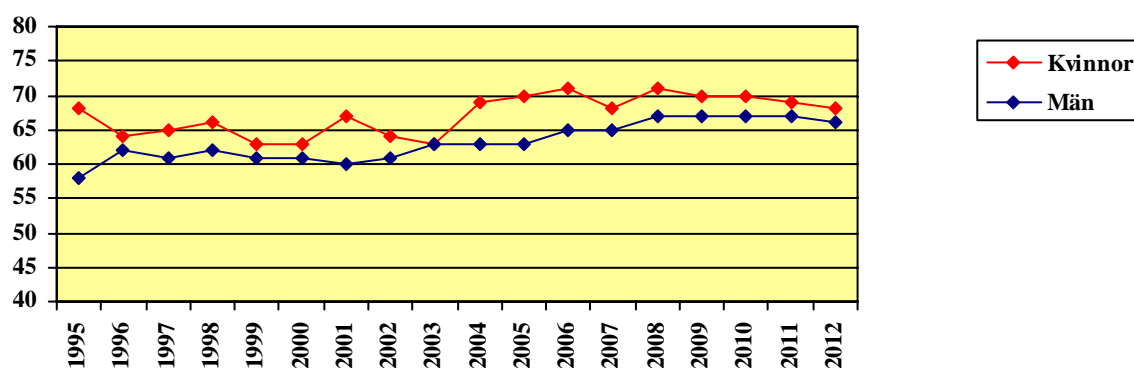
Rapporterat 2012: ≤ 3 dygn 130/190 (68,4%) av def fall (2011: 73,4%)

Ålder och kön

År 2012 var medelålder 66 år (median 69 år), Medelålder för män jämfört med kvinnor var 66 vs 68 år (median 69 vs 73 år)

. Som alltid föreligger en övervikt med fler anmälda fall hos män jämfört med kvinnor (64 % vs 36 %). En trend kan noteras med något sjunkande medelålder för kvinnor medan medelåldern för män ligger mer stabilt.

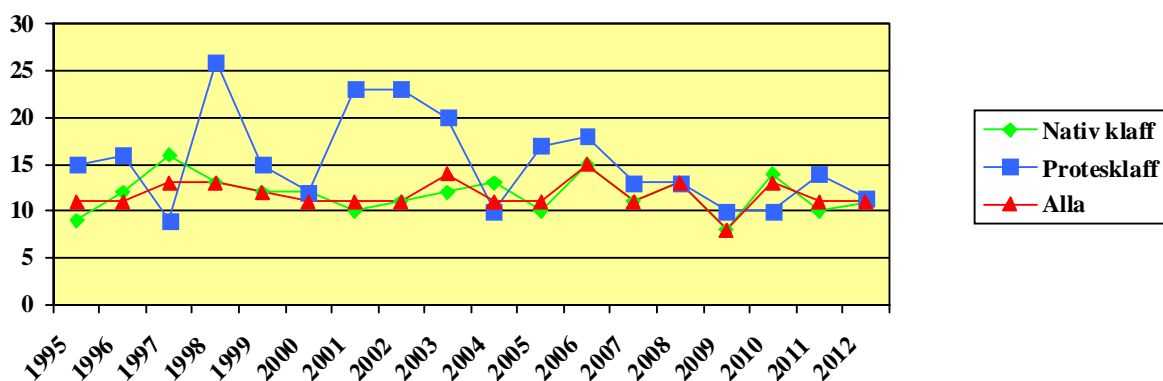
Medelålder för kvinnor resp män 1995 - 2012



Mortalitet

År 2012 noterades en mortalitet på 11,0 % under behandling, Vid nativ klaffinfektion 10,9 % samt protesinfektion 11,4 %. Mortalitet för kvinnor är som tidigare högre än för män (12,4 % vs 10,2 %), där dock medel/median-åldern för kvinnor som vanligt är högre än för män. Fallen med protes-endokardit är så pass få att de bör bedömas över längre tidsperiod än ett år.

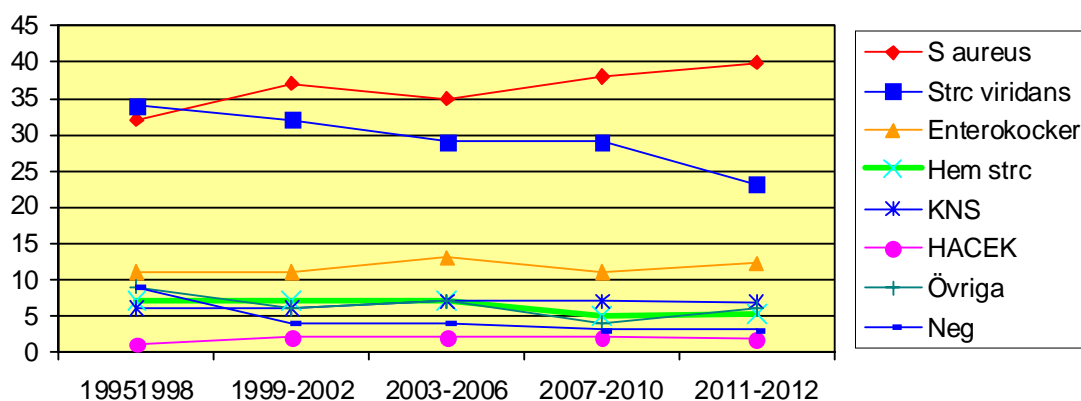
Mortalitet (%) 1995-2012.



Bakteriell etiologi

Under 2012 har *S aureus* (41%) förstärkt förstaplatsen jämfört med alfa-streptokock-gruppen (22%), enterokocker (12%), hemolytiska streptokocker grp A, B, C, G, F, pneumokock) (7%), koagulasnegativa stafylokocker (KNS) (6%), HACEK-gruppen (2%), övriga (6%) samt negativ odling (3%). En relativt låg andel med negativ odling får ses som en markör för god kvalitet i diagnostiken.

Mikrobiologisk etiologi definitiv endokardit (%) 1995 - 2012



Resistens / annan problematik

MRSA

Antal MRSA-fall under åren 2008 – 2012 är 1 – 2 – 4 – 1 – 6 fall, dvs en viss ökning över tid. Mortaliteten för MRSA-fall 2012 var 2/6 (33%) jämfört med 15/98 (15%) för MSSA-fall.

VRE

Inga fall med vancomycin-resistent enterokock har rapporterats.

Enterococcus faecalis – höggradig aminoglykosidresistens

Antal fall med Ent faecalis under åren 2008 – 2012 är 24 – 32 – 27 – 43 – 28.

Andel med höggradig aminoglykosidresistens (MIC > 128 mg/L) där resistens har rapporterats är 28% - 5% - 17% - 14% - 11%.

Streptokocker grp A

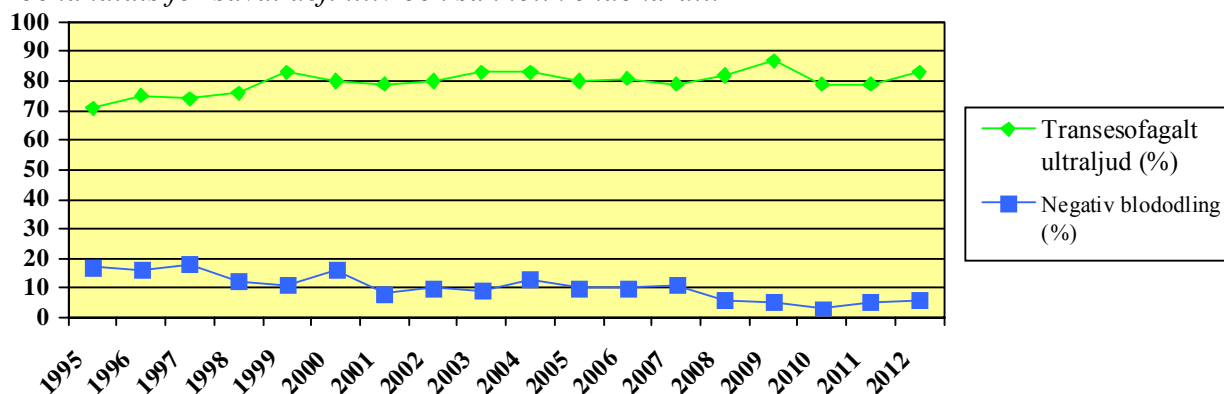
Fall orsakade av streptokocker grp A under åren 2008 – 2012 är 2 – 1 – 0 – 2 – 3, jämfört med i medeltal 1,4 fall / år under åren 1995 – 2007.

Kardiellt ultraljud

År 2012 utfördes transesofagalt ultraljud (TEE), en kvalitetsindikator, hos 83 % av alla patienter. Ökning av andel TEE ses sista året främst för manliga pat, vilket nu ånyo ökat skillnaden jämfört med kvinnor (86% vs 78%). TEE utfördes hos patienter ≥70 år i 82%, ≥ 80 år i 81%, ≥85 år i 77% av fallen, vilket är en ökning och får anses tyda på god kvalitet. I 3% av fallen har typ av UCG-undersökning ej rapporterats.

I diagram nedan illustreras utfört transesofagalt ultraljud respektive negativ blododling vid samtliga fall som behandlats för misstänkt endokardit. En successiv förbättring av kvalitét vid endokardit-diagnostik kan noteras.

Utfört transesofagalt ultraljud (%) resp negativ blododling (%) beräknas för fall som behandlats för såväl definitiv och sannolik endokardit.



Tidsfördröjning till behandling

Totalt dröjsmål mellan symptomdebut till adekvat antibiotikaterapi är 9 (0 – 227) dagar (median) under 2012. Under åren 2008 - 2011 var total delay (median) 10 – 9 – 6 – 7 dagar. Således har en förskjutning till något längre dröjsmål ägt rum.

Patientens eget dröjsmål att söka någon form av vård var 3 dagar median, samma som föregående år.

Dröjsmål mellan besök hos första doktor till inläggning på sjukhus rapporteras till median 0 dagar, vilket troligen är en falsk glädjereport beroende på otillräcklig anamnespenetration.

Dröjsmål på sjukhus till adekvat terapi är median 2 dygn.

S aureus har ett totalt delay (median) 6 dagar år 2012. Under åren 2008 – 2011 var total delay (median) 7 – 5 – 4 – 4 dagar.

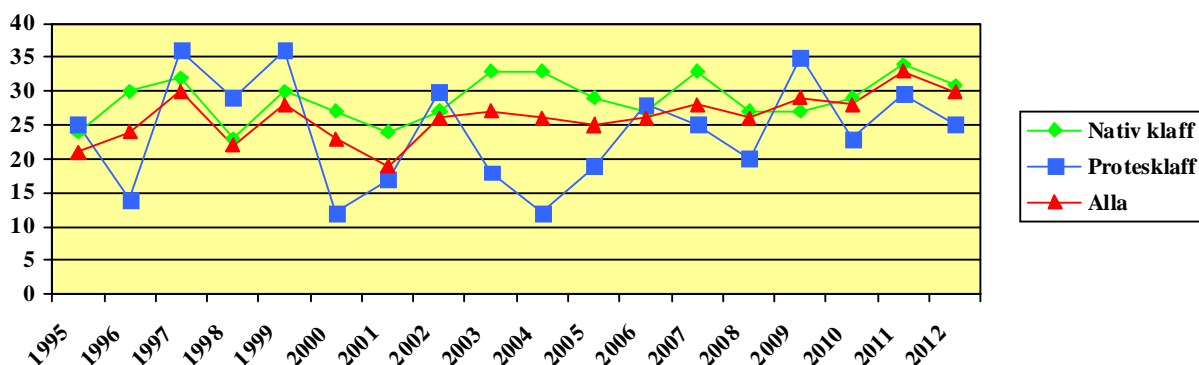
Alfastreptokocker har ett totalt delay (median) 21 dagar år 2012. Under åren 2008 – 2011 var total delay (median) 25 – 22 – 20 – 19 dagar.

Kirurgi

År 2012 utfördes akut klaffkirurgi under behandling hos 76 (30%) av patienterna med definitiv endokardit, vilket är i nivå med tidigare siffror. Nativ endokardit resp protesendokardit opererades i 31% resp 25% av de definitiva fallen. Se bifogad figur. Män opererades i klart högre frekvens jämfört med kvinnor (33% vs 25%). Operationsfrekvens för patienter >70 år var hög 23%. Hos de äldsta ≥ 80 år utfördes främst extraktion av pacemaker-system i (8/10 fall). De två äldsta där klaffbyte genomfördes var 80 resp 88 år, båda skrevs ut som utläkta, men en avled i icke-IE-relaterad orsak 5 månader postop.

Fallen med protes-endokardit är så pass få att de bör bedömas över längre tidsperiod än ett år.

Andel patienter med akut hjärtkirurgi (%) 1995-2012

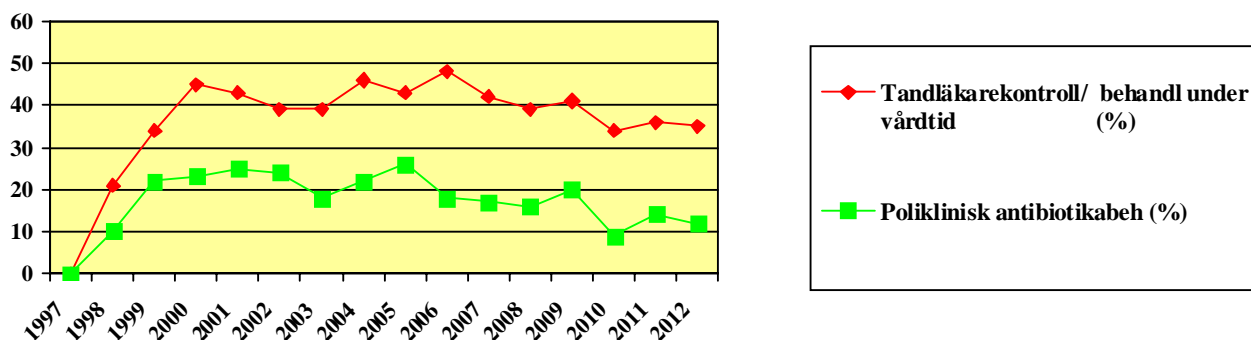


Processdata - kvalitetsindikatorer

Här föreligger en sjunkande trend, vilket främst beträffande tandläkarbedömning är olyckligt. Tandläkarkontroll avspeglar en vilja att förebygga framtida endokardit-insjuknanden hos denna uttalade riskgrupp med genomgången endokardit. En strukturerad policy förordas för detta vid resp sjukhus.

Poliklinisk behandling vid okomplicerade fall kan säkerligen övervägas vid ytterligare många fall, om vårdstruktur finnes.

Antibiotikaproylax-information har utgått som parameter då ingen rekommendation om detta numera föreligger från Läkemiddelsverket.



Vårdtid

Under 2012 var medelvårdtiden för hela sjukdomstiden 33 dagar (median 32 dagar). Detta är i samma nivå som tidigare år. Under 2008 - 2011 har medelvård-tiden varit 33 - 34 - 35 - 34 dagar. Således har ingen större förändring skett. Ett utbyggt system med poliklinisk behandling skulle kunna utgöra ett alternativ i många fall under sista delen av behandling, vilket sker i flera länder. Det har ännu ej skett i någon större omfattning.

Slutsatser

Rapportering till det nya internetbaserade registret sker nu från samtliga kliniker i landet. En glädjande ökning av täckningsgrad kan noteras de sista åren efter införd internet-baserad inrapportering och ökad uppmärksamhet på infektionsläkarföreningens kvalitetsregister. Dröjsmål till registrering, förekommer dock fortfarande. Fullständig rapportering är dock det mest väsentliga, även om det sker av rapportansvarig enbart halvårs- eller helårsvis. Återbesöksrapportering bör ske i större utsträckning

130630

Lars Olaison
Registeransvarig endokarditregistret