



KARLSKRONA LÄKAREFÖRENINGENS Protokoll fört vid Karlskrona Läkareförenings 1433:e sammankomst, onlineföreläsning, den 5:e november 2020

Ordförande Olof Blivik förklarar mötet öppnat. Föregående mötesprotokoll läses upp och läggs till handlingarna.

Dagens föreläsning heter "Covid-19 – vad har vi lärt oss?" och hålls av Lars-Magnus Andersson, verksamhetschef vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och ordförande i Svenska Infektionsläkarföreningen. Han kommer hålla en föreläsning om Covid-19 med fokus på det kliniska förloppet, behandlingsmöjligheter samt deras erfarenheter av uppföljning efter genomgången infektion. Lars-Magnus har en bred erfarenhet som forskare och kliniker och har organiserat uppskattade nationella möten under hela pandemin. Lars-Magnus är också drivande i Covid-19 arbetsgruppen som Svenska Läkaresällskapet bildat.

Föreläsningen börjar med att han diskuterar hur allt började. Runt nyår 2020, kom nyheter kring att ett nytt virus som orsakar sjukdom i luftvägarna. Relativt tidigt kom det fram att det existerade person till person smitta. De första patienterna visade till en början mest lindriga symtom. Ett stort problem i början av pandemin var även testningen och det tog lång tid och fanns bra kapacitet. Efter ett tag märktes det att det fanns smitta öppet i samhället. Tyvärr drog det ut någon vecka på tiden innan man kunde konstatera detta, då man först endast provtog de som varit utlandssmittade. Man började också se längre vårdtider på IVA för de med Covid-19. Den branta ökningen som var i våras diskuteras och att det blev en lugnare sommar med färre sjuka. En sak som var förvånande var att män över 50 år var så pass överrepresenterade. Viktigaste faktorn för att förutspå död, är ålder.

Mer forskning kring hur dessa ska behandlas togs fram och där såg man att bukläge förbättrade syresättningen för patienten. Viktigt för såväl intuberade som icke intuberade patienter.

Efter detta visas lungröntgenbilder från olika covid-fall. Fall man har följt upp idag visar att det är få som utvecklar lungfibros. En annan tydlig observation är den ökade trombosbenägenheten hos dessa patienter.

Han går igenom att riktlinjerna nu säger att alla som läggs in och kräver syrgas, ska ha trombosprofylax i normaldos. Om man blir kritisk sjuk, använder de på SU dubbel dos. Är dock svagt evidensläge. Ges idag mellan 14–28 dagar beroende på hur allvarligt sjuka patienterna har varit. Men poängterar att detta behöver studeras vidare.

Han går igenom olika forskningsresultat. Är ett höljeförsörjt virus. Dödas av "spritning". ACE-receptorn, kan ha att göra med hur svårt sjuk patienten blir, det är en teori. Mikrotromboser på grund av vätskeutträde, leder till andningsinsufficiensen.

Sedan visas ett schema över vårdtider på IVA, där man kan sammanfatta att det var långa vårdtider.

Man smittar i asymtomatisk fas, och är som mest smittsam precis innan man blir sjuk och dagarna efter sjukdom. Är svårt att odla virus efter en vecka. Torde tala för att man är mycket mindre smittsam efter

dag 7, oavsett symtom. Detta stämmer överens med smittsamheten för mässling. Det är först efter 14 dagar man kan börja detektera antikroppar.

Ett dilemma med PCR test är att testet passar bäst för de med aktiv sjukdom eller precis innan sjukdom. Därför börjar man nu tala om att det vore bättre att använda andra screeningmetoder, där antigenest är mest lovande. Detta skulle exempelvis kunna hitta de smittsamma som inte har typiska symtom. Skulle också kunna användas på vårdcentral. Hoppas få klarhet i detta under hösten.

När det var som värst på Östra sjukhuset så intuberades cirka 7 personer om dagen under den värsta perioden. Den först patienten tog 6 timmar att förbereda med artärnål, intubation etcetera. Efter bättre rutiner kunde tiden kortas ner till 1,5 timmar. Var ett specifikt team som arbetade med detta. Finns en stor oro nu, om det kommer blir för mycket patienter för att det konceptet man har arbetat fram inte ska fungera.

Det stora genombrottet var Recovery-studien. Den slog fram hur dexametason ska användas. Var den bästa studien som gick att göra med rådande omständigheter. Viktigt att sätta in kortison vid kraftigaste inflammationen, detta är ofta runt dag 8. Blev klinisk praxis från och med juni. Har visat sig kunna korta ned tiden på IVA.

Remdesivir-studie en annan viktig studie, som funnits tillgänglig i någon vecka. Sannolikt bättre effekt vid tidig insättning, av de patienter som är måttligt eller svårt sjuka. Då något bättre prognos. Men sen insättning, ingen effekt.

Efter det dras ett patientfall, där en patient fått tromboser i mesenterialkärl pga Covid-19. Finns även tecken på axonskada hos patienter. Men man har ej kunnat visa på virusRNA i liquor. Kvarstår om detta är hypoxiska eller toxiska förändringar.

Ett område vi vet väldigt lite om är långtidseffekterna. Det man kan se är att de flesta återhämtat sig efter några månader och att lungförändringarna ej kvarstår. Men finns få patienter med kvarvarande inflammation och sjukdom.

Näsa fråga är om man blir immun?

Finns flera fall med bekräftas infektion och sedan reinfektion. I de flesta publicerade fall lindrigare reinfektion, och mindre smittsamhet, men inte helt icke-smittsam. Detta får självklart påverkan när man studerar vaccinationsutveckling. Risk för smittspridning om några år. Vid högkänsliga antikroppstestar, ser man att alla utvecklar antikroppar.

Näsa område som tas upp är vacciner där det finns flera under utveckling. RNA-baserat vaccin och adenovirusvektorvaccin. Ännu vet vi inte om dessa fungerar och om de skyddar mot svår sjukdom.

Vill avslutningsvis slå ett slag för vårdprogrammet ”Nationellt vårdprogram för misstänkt och bekräftad Covid-19”. Man kan anmäla sig till ”State of the art covid-19” den 15-16 december 2020. Går även bra att skicka in material till dessa dagar.

Sedan rundar föreläsaren av och tackar för idag!

Vid protokollet Axel Elofsson, sekreterare Karlskrona Läkareförening