



Akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon - kan pasientene vente?

KOMMENTAR

CHRISTIAN EEK

E-post: sbeekc@ous-hf.no

Christian Eek er overlege ved Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

JARLE JORTVEIT

Jarle Jortveit er seksjonsoverlege ved Sørlandet sykehus, Arendal.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

OLE JOHAN JAKOBSEN

Ole Johan Jakobsen er overlege ved Sørlandet sykehus, Arendal.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Bønaa & Steigen gjennomgår i sin kronikk indikasjon og tidspunkt for koronar angiografi ved akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon (NSTEMI) (1).

De konkluderer med at rutinemessig angiografi antakelig er indisert ved slike infarkt, men sier seg uenige i dagens europeiske retningslinjer som gir en 1A anbefaling for koronar angiografi innen 24 timer ved denne diagnosen.

Undertegnede utgjorde i 2015 ekspertgruppen som evaluerte retningslinjene for norske forhold. Vi anbefalte å etablere andel pasienter som angiograferes innen 24 timer som en kvalitetsindikator i tråd med European Society of Cardiology sin anbefaling. I følge Norsk register for invasiv kardiologi (NORIC) var det i 2016 fremdeles betydelige forskjeller mellom sykehusene, og kun ett av ni invasive sykehus nådde kvalitetsmålet.

Akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon utgjør ca. $\frac{3}{4}$ av alle hjerteinfarkt og er en alvorlig sykdom med høy mortalitet. Det er godt dokumentert at opp mot en fjerdedel av pasientene med slike infarkt har et totalokkludert koronarkar. Disse pasientene har dårligere prognose enn den generelle NSTEMI-populasjonen, og ville med stor sannsynlighet profittert på umiddelbar reperfusjon på lik linje med pasienter med akutt hjerteinfarkt med ST-elevasjon (STEMI). Trenden i internasjonale retningslinjer har vært å anbefale stadig tidligere invasiv utredning for NSTEMI-pasienter. Sikkerheten ved tidlig invasiv utredning er også svært godt dokumentert.

Bønaa & Steigen argumenterer med at tidlig koronar angiografi er kostbart, men gjør i liten grad rede for mekanismene bak dette. Hvorfor det totalt sett skulle være billigere å overflytte og angiograferer en pasient etter fire-fem dagers observasjon på lokalsykehus, sammenliknet med rutinemessig overflytting neste dag, er for oss vanskelig å forstå.

Ventetid til koronar angiografi utgjør et stort antall liggedøgn på norske lokalsykehus. En reduksjon i ventetid vil dermed kunne medføre betydelige besparelser, mens en økt ventetid øker presset på allerede overbelastede lokalsykehus. En reduksjon er praktisk gjennomførbar, eksempelvis har Haukeland universitetssykehus i et prosjekt halvert ventetiden til angiografi de siste årene uten vesentlig økt bruk av ressurser. For pasientene må det også være svært frustrerende å være hospitalisert i dagevis før man får endelig diagnose og korrekt behandling av en alvorlig tilstand.

Norge er et land med betydelige geografiske avstander, og vi innser at angiografi neste dag i mange tilfeller kan by på utfordringer. Vi er likevel redde for at ved å argumentere slik Bønaa & Steigen gjør, vil en allerede for lang ventetid øke ytterligere. Vi er også bekymret for at en slik «pragmatisk» tilnærming vil føre til at enda flere pasienter med akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon og koronare okklusjoner ikke får tilbud om akutt revaskulariserende behandling.

Dersom man ikke når et mål kan man som kjent angripe dette på to måter, enten anstrenge seg for å hoppe høyere, eller legge listen lavere. Vi er ikke sikre på at det siste er mest fornuftig, hverken fra pasientens, lokalsykehusenes eller samfunnets ståsted.

LITTERATUR:

1. Bønaa KH, Steigen T. Koronar angiografi ved akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon - hvem og når? Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 1776 - 8.

Publisert: 22. januar 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0003
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no