

Trombolytisk behandling med ev. påfølgende redningsangioplastikk kan være et fullgodt alternativ til primær angioplastikk ved akutt hjerteinfarkt

Trombolytisk behandling og/eller angioplastikk?

En artikkel av Sigrun Halvorsen og medarbeidere om dette emnet ble publisert i Tidsskriftet tidligere i år. Det var en metaanalyse av 19 studier som sammenliknet trombolytisk behandling og primær angioplastikk ved akutt hjerteinfarkt (1). Angioplastikk førte til økt overlevelse, redusert myokardskade og redusert slagfrekvens sammenliknet med trombolytisk behandling. Fordelen ved primær angioplastikk er at det gir raskere gjenåpning av infarktrelatert arterie, mens ulempen er at tiden til behandlingsstart forlenges hvis avstanden til sykehus som kan utføre angioplastikk, er lang.

Noen av innvendingene mot trombolytisk behandling har vært at behandlingen har måttet gjennomføres i sykehus, at gjenåpning av infarktrelatert arterie mislykkes i opptil 40 % av tilfellene, og at mer effektiv behandling (angioplastikk) kan forsinkes.

I dette nummer av Tidsskriftet viser Anders Hovland & Harald Vik-Mo (2) at disse innvendingene ikke er avgjørende. I et materiale fra St. Olavs Hospital i Trondheim fant de at redningsangioplastikk etter mislykket trombolytisk behandling førte til nær fullstendig og like rask gjenåpning av infarktrelatert arterie som hos tilsvarende gruppe infarktpasienter som fikk utført primær angioplastikk. Det var ingen forskjell i tidlig- eller senmortalitet mellom gruppene, men det var flere tilfeller av alvorlig blødning i gruppen som først hadde fått trombolytisk behandling.

Studien omfatter relativt få pasienter, er utført retrospektivt og ikke randomisert, men gruppene er ellers godt sammenliknbare. Resultatene må altså bedømmes med varsomhet. Men de viser at trombolytisk behandling etterfulgt av redningsangioplastikk hvis behandlingen mislykkes, kan være et fullgodt alternativ i de områder av Norge hvor avstanden til et sykehus som driver med primær angioplastikk, er så stor at primær angioplastikk ikke er et realistisk alternativ.

Jo tidligere trombolytisk behandling startes, jo bedre er resultatene (3). Flere vellykkede forsøk med prehospital trombolysis er gjennomført i Norge, og flere av de nye helseforetakene har utstyrt ambulansene med EKG-utstyr med direkte forbindelse til sykehus for rask infarktdiagnostikk og start av prehospital trombolytisk behandling eller transport direkte til et sykehus som kan tilby primær angioplastikk.

For mange infarktpasienter utenfor store befolkningsentre vil prehospital/hospital trombolytisk behandling fortsatt være det beste og mest realistiske behandlingstilbud. Det er derfor en svært viktig konklusjon fra Hovland & Vik-Mos artikkel (1) at denne behandling kombinert med redningsangioplastikk hvis trombolytisk behandling mislykkes, ikke øker risikoen for død og reinfarkt.

Ifølge Halvorsen og medarbeidere ble det i 2001 utført primær angioplastikk hos 650 pasienter med akutt hjerteinfarkt, mens behovet ble beregnet til ca. 4 000 per år (1). Uansett hvilken modell som velges for utbygging av behandlingstilbudet for akutt hjerteinfarkt i Norge, vil en så betydelig økning reise en del vanskelige spørsmål.

Først og fremst kan det skape kapasitetsproblemer ved regionsykehus med økt ventetid for andre grupper hjertepasienter som

trenger invasiv hjerteutredning og kateterbasert intervensjon. Utviklingen vil føre til at mange pasienter med akutt hjerteinfarkt kanaliseres utenom de lokale sykehus og direkte til regionsykehusene. Dette kan svekke kompetansen lokalt og redusere rekrutteringen av kardiologer til sykehus utenom regionsykehusene.

De siste års raske utvikling innen kateter-, stent- og røntgenteknologi har bedret resultatene og sterkt redusert risikoen ved koronar angioplastikk og stentimplantasjon. Dette har medført at kateterbasert intervensjon i mange land (bl.a. i USA, Tyskland, Frankrike, Sverige og Danmark) er desentralisert også til sykehus uten hjertekirurgiske avdelinger. Overført til norske forhold ville en slik desentralisering kunne redusere ventetiden for elektive inngrep og øke regionsykehusenes muligheter for å ta seg av pasienter med akutt hjerteinfarkt. Skal dette gjennomføres i Norge, vil diskusjonen videre i stor grad måtte dreie seg om hvor mange prosedyrer som vil være påkrevd for at den enkelte «intervensjonist» skal få tilstrekkelig trening til at kvaliteten sikres.

I Norge utgjør mangel på «intervensjonskardiologer» og «intervensjonsradiologer» en begrensning for en desentralisering av virksomheten. Profesjonskonflikter mellom kardiologer og radiologer kan også forsinke utviklingen. En betydelig økt kapasitet innen utdanning av «intervensjonister» vil være nødvendig hvis en desentralisering av virksomheten skal gjennomføres. Til det trengs det både kardiologer og radiologer – og et nært samarbeid mellom spesialitetene.

Viggo Hansteen
Hjertelaboratoriet
Aker universitetssykehus

Viggo Hansteen (f. 1934) er spesialist i indremedisin og hjertesykdommer. Han er seksjonsoverlege ved Hjertelaboratoriet, Aker universitetssykehus og kst. professor II i hjertesykdommer 1996–2003.

Litteratur

- Halvorsen S, Myhre KI, Steigen T, Nordrehaug JE, Gundersen T, Wiseth R. Primær angioplastikk eller trombolytisk behandling ved akutt hjerteinfarkt? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 152–5.
- Hovland A, Vik-Mo H. Angioplastikk etter feilslett trombolytisk behandling ved akutt hjerteinfarkt. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1330–3.
- Widimsky P, Groch L, Zelisko M, Aschermann M, Bednar F, Suruyapranata H on behalf of the PRAGUE study group investigators: Multicentre randomized trial comparing transport to primary angioplasty vs immediate thrombolysis vs combined strategy for patients with acute myocardial infarction presenting to a community hospital without a catheterization laboratory. The PRAGUE study. Eur Heart J 2000; 21: 823–31.