

Ved akut opstået dyspnø er sondringen mellem kardial og anden genese væsentlig men vanskelig

Natriuretiske peptider ved hjertesvigt

Hjertesvigt er en hyppig sygdom, som indebærer en stor belastning for sundhedsvæsenet, specielt hospitalsvæsenet. Således er den i Danmark den 4. dyreste sygdom for hospitalsvæsenet. Der er årligt i Danmark ca. 13.000 indlæggelser med denne hoveddiagnose, de fleste akutte på grund af akut opståede eller forværrede symptomer, oftest åndenød. Samtidig er hjertesvigt en væsentlig komorbiditet ved mange andre akutte sygdomme. I de senere år er vores viden om de natriuretiske peptiders diagnostiske og prognostiske værdi øget, samtidig med at en række målemetoder er blevet tilgængelige. Interessen samler sig nu væsentligst om BNP (brain natriuretisk peptid) og dets spaltningsprodukt Nt-proBNP (N-terminal proBNP), som har udmærket sig ved en meget høj diagnostisk og prognostisk værdi, bedst undersøgt for hjertesvigt.

I dette nummer af Tidsskriftet fremlægger Cathrine Knudsen og medarbejdere resultaterne fra det store internationale Breathing Not Properly-studiet (BNP-studiet) med anvendelse af BNP differentialdiagnostisk ved akut opstået dyspnø (1). I denne situation vil specielt sondringen mellem pulmonalt og kardialt udløst dyspnø være vanskelig, og supplerende undersøgelser som ekkokardiografi er ofte ikke tilgængelige akut.

Behandlingen vil derfor ofte blive præget af prøving og feiling. Sammenlignet med den kliniske vurdering var den diagnostiske træfsikkerhed i studiet højere for såvel en isoleret anvendelse af BNP-måling som for en kombination af klinisk vurdering og BNP. Dette skyldes primært den meget høje sensitivitet for BNP, mens specificiteten var højere for den kliniske vurdering. I den akutte situation må sensitiviteten være det vigtigste, for ikke at overse en kardial genese. Det kan diskuteres om man supplerende kan anvende en høj BNP-værdi til at diagnosticere hjertesvigt i denne population. Dette forhold er imidlertid dårligt belyst og patienter med forhøjet BNP-niveau, hvor hjertesvigt er sandsynligt, bør under alle omstændigheder udredes yderligere.

Ud fra denne elegante undersøgelse, og flere tidligere mindre studier, er der næppe tvivl om at anvendelsen af BNP-analysen sammen med den tilgængelige kliniske og parakliniske viden (EKG, røntgen thorax) hos patienten med akut dyspnø vil være en væsentlig hjælp differentialdiagnostisk, specielt for den klinisk mere uerfarne læge, som jo ofte er den der modtager patienten.

Også som diagnostisk hjælp ved udredning for mistænkt «stabil» hjertesvigt ambulant eller i almen praksis har BNP og Nt-proBNP vist sig at have stor værdi (2). Hjertesvigt er en hyppig sygdom – 1–2 % af befolkningen har hjertesvigt – med en svært dårlig prognose på linje med mange cancersygdomme, men med gode terapeutiske muligheder, såvel medicinsk som mekanisk. Ét af de store problemer er såvel under- som overdiagnosticering, primært pga. manglende kapacitet til diagnostiske undersøgelser som f.eks. ekkokardiografi. BNP og Nt-proBNP har i denne situation vist sig meget værdifuld til initial screening for at udelukke hjertesvigt og er godkendt til dette brug i såvel Europa som USA. Ved de valgte cut off-værdier ses hos patienter med åndenød af ukendt genese en diagnostisk sensitivitet på 98–100 %, det vil sige en meget lille risiko for at overse hjertesvigt, men på bekostning af en relativ lav specificitet på 45–70 %, hvilket betyder at en del personer uden hjertesvigt bør udredes nærmere med blandt andet ekkokardiografi. Anvendt

som diagnostisk screening hos personer med symptomer på hjertesvigt er metoden således en god test for at udelukke hjertesvigt.

Den diagnostiske værdi støttes af en meget høj prognostisk værdi. I stort set alle undersøgelser kommer BNP og Nt-proBNP ud som en meget stærk markør for overlevelse, indlæggelser for kardiovaskulære sygdomme og indlæggelser generelt hos patienter med såvel akut åndenød som kronisk hjertesvigt (3). Dette gælder også for BNP hos patienter med akut koronart syndrom (3), og indikerer at BNP-analysen muligvis kan anvendes ved vurdering af hvor aggressiv behandlingen skal være, samt udskrivelsestidspunktet. Vi mangler dog en del viden om dette, men mange studier er på vej. Også ved andre sygdomme med belastning af hjertet synes BNP og Nt-proBNP at være værdifulde redskaber. Dette gælder f.eks. ved vurdering af klapsygdomme, specielt er dette undersøgt ved aortastenose (3).

Også i befolkningsstudier er BNP og Nt-proBNP vist at have en meget høj prognostisk værdi, men en generel screening vil dog næppe være samfundsøkonomisk rentabel, da alt for mange vil skulle henvises til videre udredning pga. den relativ lave specificitet. Derimod kan analyserne meget vel vise sig værdifulde til risikovurdering i risikogrupper med f.eks. hypertension.

Ved vurdering af akut opstået åndenød er det naturligvis væsentligt at den diagnostiske markør er let og hurtig tilgængelig. Til dette er en «bed-side»-analyse generelt bedst, som den anvendte i det omtalte BNP-studie. Ved diagnostisk vurdering af «stabil» hjertesvigt eller ved de øvrige anvendelser er den akutte tilgængelighed ikke nødvendigt, hvorfor analyserne af BNP eller Nt-proBNP lige såvel kan udføres på laboratorieplacerede analyseapparater. Det vigtigste her er en så høj grad af præcision som muligt.

Vi har efterhånden en stor viden om nytten af BNP-måling ved hjertesvigt, såvel diagnostisk ved «stabil» hjertesvigt i ambulatoriet og hos den praktiserende læge, som hos patienten med akut opstået åndenød. Denne viden må efterhånden være så stærk at det er på tide at anvende metoden i almindelig praksis, som foreslået af Knudsen og medarbejdere (1).

Per Hildebrandt

per.hildebrandt@fh.hosp.dk

Per Hildebrandt (f. 1952) er specialist i kardiologi og har drevet med epidemiologisk og klinisk forskning innen diagnostikk av hjertesvikt i mange år. Han er klinikkssjef ved Kardiologisk-endokrinologisk klinik E, Frederiksborg Universitetshospital i Danmark.

Forfatteren har mottatt honorar fra Roche Diagnostic for foredrag om Nt-proBNP.

Litteratur

1. Knudsen CW, Westheim A, Omland T. B-type natriuretisk peptid i diagnostisering av hjertesvikt hos pasienter med akutt dyspné. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2045–8.
2. Maisel AS, Koon J, Krishnaswamy P, Kazenegra R, Clopton P, Gardetto N et al. Utility of B-natriuretic peptide as a rapid, point-of-care test for screening patients undergoing echocardiography to determine left ventricular dysfunction. Am Heart J 2001; 141: 367–74.
3. de Lemos JA, McGuire DK, Drazner MH. B-type natriuretic peptide in cardiovascular disease. Lancet 2003 early online publication www.thelancet.com/journal/journal.isa (3.6. 2003).