

Tilbud om utredning av akutt hjerteinfarkt avhenger av pasientens bosted og kjønn. Slik bør det ikke være.

Likeverdig behandling ved hjerteinfarkt?

Med ferske tall fra Norsk hjerteinfarktregister bringer Jortveit og medarbeidere oss ny kunnskap om utredning og behandling av akutt hjerteinfarkt (1). Forfatterne fremhever kjønnsforskjellene, og selv om det finnes noen begrensninger i materialet, er det liten grunn til å betvile hovedbudskapet: Hjerteinfarkt rammer flere menn enn kvinner, og menn er gjennomgående yngre når de får infarkt. Kvinner med ikke-ST-elevasjonsinfarkt fikk utført koronar angiografi sjeldnere enn menn. Samtidig fikk kvinner i like stor grad som menn utført revaskulariserende behandling (perkutan koronar intervensjon, koronar kirurgi) når det først var påvist behandlingstrengende koronarsykdom. Hvem som er egnet for slik behandling kan man ikke vite før det er utført koronar angiografi. Det er derfor grunn til å anta at kvinner i mindre grad enn menn får tilgang til denne behandlingen.

Også når det gjelder sekundærprofylakse kommer kvinner dårligere ut (1). Færre kvinner enn menn fikk foreskrevet (enkel og dobbel) platehemmende behandling. Det kan være flere forklaringer på dette. Alder og komorbiditet påvirker behandlingsvalg. Kulturelt betingede forskjeller i holdninger til kvinner og menn kan bidra. Også forskjellen i tilbudet om koronar angiografi kan medvirke, men uansett er anbefalingene i retningslinjene dobbel platehemmende behandling etter infarkt, uavhengig av alder og kjønn, og uavhengig om det er utført revaskulariserende behandling (2).

Infarktomsorgen i Norge ble tidlig på 2000-tallet bygd opp etter daværende retningslinjer for behandling av ST-elevasjonsinfarkt, som ikke var så forskjellige fra de vi bruker i dag (3). Invasive behandlingstilbud ved ST-elevasjonsinfarkt var sentralisert til de seks universitetssykehusene – Tromsø, Trondheim, Bergen, Stavanger, Oslo (Rikshospitalet og Ullevål). I tillegg åpnet Arendal sitt PCI-senter i 2004. Begrunnelsen for opprettelsen av Arendal var i hovedsak den store avstanden til eksisterende invasive behandlingstilbud. Tidlig prehospital diagnostikk og behandling, kombinert med en godt utbygd ambulansetjeneste for rask transport direkte til invasiv senter – 24 timer i døgnet, 365 dager i året – er fundamentet i behandlingen av ST-elevasjonsinfarkt. Jortveit og medarbeidere viser at dette fungerer svært godt. For begge kjønn blir hele 84 % av pasientene med ST-elevasjonsinfarkt invasivt utredet og behandlet, selv om kvinnene også her kommer dårligere ut når de er over 80 år. Betydelig forbedringspotensial er det imidlertid for de 75 % av pasientene som hadde ikke-ST-elevasjonsinfarkt. Bare 54 % av disse fikk tilbud om koronar angiografi, og de eldre ble prioritert særlig lavt. En norsk studie viser at pasienter over 80 år med ikke-ST-elevasjonsinfarkt kan ha god nytte av et slikt tilbud (4). Det er derfor bekymringsfullt at allerede fra 60 år får en fallende andel av pasientene dette tilbudet.

I de internasjonale retningslinjene som vi bruker i Norge, anbefaler man invasiv utredning og behandling etter ikke-ST-elevasjonsinfarkt innen 24 timer (2). Dette kriteriet kan i dag bare oppfylles for pasienter som tilhører et sykehus med tilbud om invasiv behandling, eller der man raskt kan overflytte pasientene til et slikt sykehus. Dette er ikke hverdagen for de fleste: Tall fra Norsk hjerteinfarktregister viser regionale forskjeller i behandlingstilbudet ved hjerteinfarkt, og at pasienter bosatt i nærheten av sykehus med et slikt tilbud oftere blir invasivt utredet og behandlet enn pasienter lenger unna (5).

Behandlingstilbudene ved akutt hjerteinfarkt er derfor ikke likeverdige. De dokumenterte kjønns- og aldersforskjellene kan ikke forklares ut fra medisinske vurderinger og kunnskap alene. Andelen pasienter som får invasivt utrednings- og behandlingstilbud er for lav, og det er langt frem om man skal etterleve gjeldende retningslinjer. Data fra Norsk hjerteinfarktregister bør brukes til å finne årsakene til disse forskjellene.

Det har ikke vært endringer i organiseringen av behandlingstilbudet ved akutt hjerteinfarkt siden 2004, mens faget og teknologien har utviklet seg betydelig, og endringene i behandlingstilbud og indikationsstillinger fortsetter. Det er vist sammenheng mellom størrelse på invasivt senter og kvalitet på tjenestene som leveres (6). Dette har vært viktig for den sentraliserte strukturen i Norge. I Finland har man prioritert å ta mer hensyn til geografiske forhold, og landet har seks ganger så mange sentre som oss i forhold til innbyggertall. Også Sverige har flere og mindre sentre, uten at man har rapporter som tyder på at denne organiseringen gir dårligere kvalitet på behandlingen. Ny kunnskap gir grunn til å diskutere holdninger, prioriteringer og organisering av det invasive behandlingstilbudet i Norge på nytt.

Lars Aaberge

laraab@ous-hf.no

Lars Aaberge (f. 1954) er dr.med., leder av Seksjon for invasiv kardiologi, Kardiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Jortveit J, Govatsmark RES, Langørgen J. Kjønnsforskjeller i utredning og behandling av hjerteinfarkt. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1215–22.
2. Roffi M, Patrono C, Collet JP et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2016; 37: 267–315.
3. Steg PG, James SK, Atar D et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J 2012; 33: 2569–619.
4. Tegn N, Abdelnoor M, Aaberge L et al. Invasive versus conservative strategy in patients aged 80 years or older with non-ST-elevation myocardial infarction or unstable angina pectoris (After Eighty study): an open-label randomised controlled trial. Lancet 2016; 387: 1057–65.
5. Norsk Hjerteinfarktregister. Årsrapport 2014. Trondheim: Nasjonalt sekretariat for Norsk Hjerteinfarktregister, 2015. <http://hjerteinfarktregisteret.no/MRS/Hjerteinfarktregisteret/2015/%C3%85rsrapport%202014.%20V6.13.10.15.pdf> (5.7.2016).
6. Banning AP, Baumbach A, Blackman D et al. Percutaneous coronary intervention in the UK: recommendations for good practice 2015. Heart 2015; 101 (suppl 3): 1–13.



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no