

GUIDELINES FOR PRE-OPERATIVE CARDIAC RISK ASSESSMENT AND PERIOPERATIVE CARDIAC MANAGEMENT IN NON-CARDIAC SURGERY

<http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/perioperative-cardiac-care.aspx>
European Heart Journal (2009) 30, 2769–2812

Kvalitetsutvalget har innhentet uttalelse fra:

- seksjonsoverlege dr.med. Bjørn Bendz, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, og
- seksjonsoverlege Gunnar Smith, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Disse har kommet med en felles uttalelse. Et utdrag er som følger:

“... Dette er de første offisielle retningslinjer fra ESC om kardiologisk preoperativ vurdering før ikke-kardial kirurgi. Det er sjelden det oppstår kardiologiske komplikasjoner ved vanlig kirurgi ... 30 dagers risiko for infarkt og død for ulike inngrep er satt opp i tabell 4 (side 2774) hvor det fremkommer at høy risiko først og fremst er knyttet til inngrep i aorta og andre store kar.

Dokumentasjonen for disse retningslinjene er sparsomme, og det er derfor i stor grad ekstrapolert data fra tilgrensende emner, noe som er en stor svakhet. Pasientens komorbiditet, inngrepsomfang og hastegrad er de mest sentrale faktorene vi må forholde oss til. Det er sjelden en kardiologisk vurdering påvirker det kirurgiske resultatet, men den kommer svært ofte til nytte i den postoperative perioden.

Anamnese, faste medisiner og vurdering av pasientens funksjonskapasitet er helt avgjørende før et kirurgisk inngrep. Pasienter som ikke kan gå to etasjer i trapp eller gå fort/løpe et kort stykke, har høy risiko for postoperative kardiologiske komplikasjoner... Rutinebruk av biokjemiske markører som troponin og CRP anbefales ikke, og EKG skal bare tas ved risikofaktorer. Det skal også bare gjøres ekkokardiografi, SPECT, MR og CT dersom det er klinisk mistanke om svikt. Ved nylig gjennomgått STEMI, NSTEMI og UAP bør det gjøres koronar angiografi, dersom dette ikke allerede er gjort.

I praksis skal alle pasienter fortsette med sine faste medisiner, men ACE-hemmere/All-blokkere kan nulles selve operasjonsdagen pga. fare for alvorlig hypotensjon under narkose ... Det konkluderes at pasienter med kjent hjertesykdom, høy risiko for hjertesykdom og pasienter som skal til kirurgi i store kar, bør betablokkeres ...

Seponering av acetylsalisylsyre 3-dobler risikoen for en tromboembolisk episode ved kirurgi, og skal derfor bare nulles dersom blødningsrisikoen er mer alvorlig. Dersom pasientene er antikoagulert med warfarin, bør man diskutere hvilket INR-nivå kirurgene kan akseptere, evt. bruke heparin som bro.

PCI og ACB lindrer kritiske stenoser, men beskytter ikke mot akutt plakkruptur ...

Koronarutredning før elektive inngrep bør forbeholdes ustabile pasienter fordi man ellers risikerer at evt. koronar stenting fører til utsettelse av det planlagte inngrep uten at risikoen reduseres ...

Ved hypertensjon grad 3, BT >180/110, bør man vurdere å utsette planlagt kirurgi. Alvorlig symptomgivende aortastenose bør behandles (åpen kirurgi/TAVI) før kirurgi ... Symptomgivende mitralstenoser bør ikke ha takykardi (atrieflimmer), og man må tenke på antikoagulasjon. Ellers må man tenke generelt på endokardittprofylakse ...

Alvorligheten av utvikling av postoperativ nyresvikt omtales ... og til slutt er det en kort beskrivelse av lungeproblematikk der KOLS og pulmonal hypertensjon får mye plass fordi disse pasientene ofte har hjertesykdom i tillegg ...

Alt i alt er dette leseverdige anbefalinger som bevisstgjør oss ved kardiologiske tilsyn før kirurgi. Svakheten er imidlertid manglende dokumentasjon. Kardiologens rolle blir derfor å vurdere pasientens anamnese/funksjonsnivå og til slutt optimalisere den medisinske behandlingen.”

Kvalitetsutvalgets vurdering (møte 11.01.10)

Dette er de første offisielle retningslinjene for kardial risiko vurdering og perioperativ behandling ved ikke-kardial kirurgi utgitt av ESC. Vurderingen bærer preg av at det ofte ikke finnes større randomiserte studier som en kan vise til, og flere av anbefalingene er basert på ekspertuttalelser og erfaring (level of evidence C). Størst risiko for infarkt og død er knyttet til inngrep på aorta og de store kar. Klinikk på ustabil koronar sykdom og pasientens funksjonsnivå er de viktigste faktorene som ellers sier noe om risiko og prognose. Forebyggende medikamenter i form av titrert betablokkerbehandling og statiner er anbefalt for pasienter med kjent koronarsykdom og for dem som går til høyrisiko inngrep. Behov for tilleggsundersøkelser som ekkokardiografi og

stresstester er tonet ned, men skal selvsagt fortsatt utføres på klinisk indikasjon og når resultatet kan få betydning for valg av videre behandling.

Med disse presiseringer mener Kvalitetsutvalget at NCS bør gi sin tilslutning til retningslinjene.

Kvalitetsutvalget presiserer

Retningslinjer er råd, ikke regler

Disse retningslinjer er ment som en støtte for legers kliniske beslutninger angående utredning og behandling. De beskriver flere mulige fremgangsmåter, som vil være passende for de fleste pasienter under de fleste omstendigheter. Bedømmelse og behandling av den enkelte pasient må gjøres av legen og pasienten i lys av den aktuelle pasients spesielle situasjon. Det vil dermed finnes situasjoner der det er akseptabelt å fravike retningslinjene.

Oslo den 11. januar 2010

Ole-Gunnar Anfinssen
leder (sign)

Tone Nerdrum
(sign)

Vernon Bonarjee
(sign)

NCS har i styremøte den 10.03.2010 gitt tilslutning til disse retningslinjer, med ovennevnte reservasjon.