

2018 ESC/EACTS GUIDELINES ON MYOCARDIAL REVASCULARIZATION

<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/ESC-EACTS-Guidelines-in-Myocardial-Revascularisation-Guidelines-for-European-Heart-Journal-2019;40:87-165>,
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy394>

Kvalitetsutvalget har innhentet felles uttalelse fra

Overlege Erlend Eriksen, Hjereteavdelingen,
Haukeland universitetssjukehus, Bergen
og

Overlege, dr. med. Terje Steigen, Hjerete-
avdelingen, Universitetssykehuset
Nord-Norge, Tromsø og Universitet i
Tromsø, Norges arktiske universitet.

Deres vurdering for norske forhold gjengis (noe forkortet og tilpasset av KU)

ESC/EACTS guidelines on myocardial revascularization 2018 inneholder en del viktige presiseringer og justeringer. De er et resultat av faglig samarbeid mellom kliniske kardiologer, invasive kardiologer og hjertekirurger. I forhold til tidligere utgaver er tendensen at det stilles enda høyere krav til individuell vurdering av koronarpasientene. Når det gjelder revaskulariseringsmetode, ligger «heart-team» og pasient-medbestemmelse til grunn som før. Dette er et viktig prinsipp som kan komme i skyggen av tekniske diskusjoner mellom kardiologer og kirurger. Utregning av Syntax-skår ved hovedstammestenoze og flerkarsykdom har fått klasse I-indikasjon og er et klart signal til landets hjertemøter om å være grundige i klassifiseringen av kompleks koronarsykdom. Diabetikere og hjertesviktpasienter med kompleks flerkarsykdom har fått styrket indikasjon for aortokoronar bypasskirurgi (CABG), men det gis ikke sterke referanser for CABG ved hjertesvikt og lav EF. Det foreligger fortsatt

ikke randomiserte studier som sammenligner PCI og CABG ved hjertesvikt.

«Completeness of revascularization» er også kommet inn som et nytt begrep, men det er litt uklart hva dette begrepet innebærer i praksis. Mener man alle FFR/iFR-positive lesjoner eller alle angiografiske stenoser > 50 %? Ved CABG må man gjøre alt i en omgang og vil da ofte revaskularisere de 3-4 største karene og ikke kar som ligger nær hverandre eller som har en grad av konfluens. Ved PCI vil man gjerne revaskularisere de mest egnede og prognostisk viktigste karene i første omgang og utsette PCI av mindre egnede lesjoner til senere, ev. på klinisk indikasjon. Det er vel akkurat denne diskusjonen retningslinjene prøver å omtale, men det er i praksis til liten hjelp i å veilede terapi.

På den tekniske siden er det ved CABG kommet anbefaling om økt bruk av arterielle graft (LIMA +RIMA) og arteria radialis ved høygradige stenoser samt spesifikk venehøstingsmetode. Det er, så vidt vi vet, fortsatt ingen av de kirurgiske sentrene i Norge som i dag rutinemessig bruker arterielle graft utenom LIMA, og dokumentasjonen for dette er heller ikke overbevisende.

For PCI kommer økt fokus på intrakoronar diagnostikk (OCT og IVUS). Medikamentstent har klasse I-indikasjon, uavhengig av lesjon og varighet dobbel blodplatehemmende behandling. Anbefaling av radialis-tilgang er styrket (I, A). En anbefaler ved bifurkasjonsstenoser stent kun i hovedløpet («provisional strategy») hvis mulig (I, A). Det er svakere anbefaling for «distal protection device» (IIa, B) og bivalirudin (IIb, B, men I, C ved heparin-indusert trombocytopeni). Disse anbefalingene er vel allerede tatt til følge ved de norske PCI-sentrene. Et dilemma er anbefalingen om minst 25 hovedstamme-PCI-er per år per operatør (IIa, C). Volumet

av hovedstamme-PCI er ikke stort nok til at alle norske operatører har 25 slike i året. I en norsk modell hvor man fokuserer mer på senter og fagmiljø enn på individuell operatør, er det nok nødvendig med en annen tilnærming.

Vi merker oss også at ved PCI av hovedstamme der man vil bruke 2 stenter (i både hoved- og sidegren), anbefales «Double-kissing-crush»-metoden. Denne metoden har vist seg svært fordelaktig i noen studier, men er fortsatt ikke mye anvendt i praksis.

Invasiv undersøkelse av alle høyrisiko akutt koronarsyndrom-pasienter innen 24 timer og alle akutt koronarsyndrom-pasienter innen 72 timer er ikke nytt i retningslinjene, men blir videreført som anbefaling. Det eksisterer fortsatt lite vitenskapelig dokumentasjon for å innføre koronar angiografi innen 24 timer som kvalitetsindikator for behandling av NSTEMI. Man har nå lagt til en nyere metaanalyse, men denne har heller ikke klart å dokumentere gevinst av tidlig revaskularisering, og det er vanskelig å se at dette fortjener en I, A-indikasjon. Vi har fra NCS' side påpekt dette, uten å få gjennomslag i retningslinje-komiteen. Vi får bruke retningslinjene til økt fokus på kardiologisk kvalitet og bruke klinisk og ekkokardiografisk vurdering for å selektene hvilke pasienter som trenger hjelp først, innenfor gruppen med akutte koronarsyndrom. Ved å generalisere pasienter med positiv troponin kan en risikere å behandle pasienter med lav risiko foran dem med høyere risiko. For pasientenes del kan kortere ventetid være en fordel, men den medisinske nytten er antagelig marginal. Anbefalingene i retningslinjer skal være medisinsk begrunnet og ikke for å forkorte liggetid eller dempe presset på sårt tiltrengte sengeplasser.

Det er kommet inn en anbefaling om klinisk evaluering etter revaskularisering, først ved 3 måneder og deretter årlig. En slik omfattende kontrollrutine har ingen klar vitenskapelig begrunnelse. Norge har en svært god primærhelsetjeneste ved fastlegeordningen og etter hvert gode kommunikasjonslinjer mellom allmennleger og spesialister. En kontrollrutine hos fastlegen er nok mer gjennomførbart i Norge enn kontroll hos spesialist.

På mange områder mangler det fremdeles kunnskap om valg av strategi for revaskularisering. Vi har ingen grundig dokumentasjon på FFR/iFR-veiledet revaskularisering med CABG. En ny studie publisert etterat disse retningslinjene var skrevet, med 100 pasienter, viste ikke effekt av FFR/iFR ved CABG (Thuesen et al, *J Am Coll Cardiol.* 2018; 72: 2732-2743). Det er også usikkert hva som er beste strategi ved revaskularisering av hjertesviktpasienter. Dette er ofte høyrisiko CABG-prosedyrer, hvor det mangler studier på sammenhengen mellom bildediagnostisk viabilitet og effekt av revaskularisering.

Konklusjon

I *ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization 2018* ligger hovedtrekkene fast. Man setter enda høyere krav til både kardiologer og kirurger med hensyn til individuell tilpasning av behandlingen og kvalitet/tekniske ferdigheter. I denne sammenheng har volum-kvalitet en sentral plass. Det er viktig å tenke på at vi i Norge har noen sentra med volumer som fort nærmer seg grensene for anbefalingene. Dette gjelder spesielt for CABG, men også PCI-sentra hvis vi fortsetter å desentralisere denne virksomheten.

Forholdet mellom revaskularisering ved CABG og PCI er i hovedsak som tidligere, men en nøyere individuell vurdering er anbefalt. Komplekse pasienter med diabetes anbefales CABG. PCI-sentrene må spesifikt se på hvordan volumet på hovedstamme-PCI kan opprettholdes. Det er sannsynligvis mer nyttig å se på volumet per senter enn per operatør. Tidskravet for invasiv utredning av akutt koronarsyndrom må evalueres etter medisinsk indikasjon. Kontrollrutinene må tilpasses den norske helsemodell, og en god kommunikasjon med primærhelsetjenesten er en forutsetning.

Kvalitetsutvalgets vurdering (møte 26.2.2019)

De nye revaskulariserings-retningslinjene erstatter tilsvarende fra 2014. Introduksjonen inneholder til figurer som gir en meget god oversikt over hva som er nytt i dokumentet og hvilke endringer som er gjort i forhold til forrige utgave. Det gis nå spesifikke anbefalinger for hvilke krav

som bør stilles til antall prosedyrer for hver lege og hvert senter. Tallene virker rime-
lige, men i noen tilfeller, som for eksempel
hovedstamme-PCI, kan prosedyretall per
lege være vanskelig å oppfylle i Norge. Som
det fremgår av de nasjonale fagekspertenes
sammendrag og kommentarer ovenfor,
synes det likevel å være godt samsvar mel-
lom de nye retningslinjene og etablert prak-
sis for revaskularisering i Norge. Vi anbefa-
ler derfor, med noen små forbehold, at NCS
gir sin tilslutning til disse 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 pas-
sende for de fleste pasienter under de fleste
omstendigheter. Bedømmelse og behand-
ling 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.

Kvalitetsutvalget i NCS

Ole-Gunnar Anfinen
leder
(sign.)

Assami Rösner
(sign.)

Vernon Bonarjee
(sign.)

NCS har i styremøte 9.4.2019 gitt tilslutning til disse retningslinjer, med ovennevnte reservasjon.