

VURDERING AV “ESC GUIDELINES ON MYOCARDIAL REVASCULARIZATION”

<http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/percutaneous-coronary-interventions.aspx>
European Heart Journal (2010) 31,
2501-2555

Kvalitetsutvalget har innhentet uttalelse fra:

1. Klinikksjef professor Rune Wiseth, Hjertemedisinsk klinikk, St. Olavs Hospital, Trondheim
2. Seksjonsoverlege dr.med. Svein Rotevatn, Hjereteavdelingen, Haukeland universitetssykehus, Bergen

De har valgt å sende en felles uttalelse som er gjengitt nedenfor

Disse retningslinjene tar for seg alle sider ved koronar revaskularisering. Dokumentet er utarbeidet i fellesskap mellom European Society of Cardiology (ESC) og European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS).

I innledningen er det presisert at man har lagt vekt på å utarbeide retningslinjer som er balanserte og hvor anbefalingene både skal være pasientsentrerte og evidensbaserte. Dokumentet er nødvendigvis overlappende med andre ESC-retningslinjer, spesielt gjelder dette retningslinjer for N-STEMI/utstabil angina og retningslinjer for STEMI fra 2008.

Når det gjelder de ulike kategorier av ustabile koronarsyndromer, mener vi at de nye retningslinjene for revaskularisering i all hovedsak kort oppsummerer de viktigste punktene i NSTEMI- og STEMI-retningslinjene uten at det fremkommer mye nytt. De nye retningslinjene for koronar revaskularisering bidrar først og fremst med noe nytt i forhold til pasienter med stabil koronarsykdom.

Dokumentet består av i alt 14 kapitler. Vi finner ikke grunn til å kommentere samtlige kapitler, men foretar et utvalg.

Dokumentet er tydelig på betydningen av multidisiplinær vurdering av pasienter før valg av revaskulariseringsmetode bestemmes. Betydningen av å diskutere pasienten i “Heart team”, eller “hjertermøte”, understrekes. Resultater fra Syntax-studien er tatt inn og utgjør et viktig grunnlag for dokumentets anbefalinger. Dokumentet er også tydelig på at pasienter skal informeres og selv være med i beslutningsprosessen i den grad det er mulig. Viktigheten av transparense understrekes, likeså pasienters rett til/behov for kunnskap om de enkelte sentre og operatørers resultater. Når det gjelder hvilken plass “hjertermøtet” skal ha, er det satt opp en tabell som konkluderer at ved akutt koronarsyndrom er det som hovedregel ikke grunnlag for multidisiplinær beslutning. Her er det ofte indisert med PCI, og i all hovedsak er dette beslutninger som kan tas av PCI-operatør. Ved stabil koronarsyndrom er imidlertid dokumentet tydelig på at multidisiplinær tilnærming skal være hovedregelen. Dette er et viktig poeng fordi det vil begrense muligheten for ad hoc-PCI. For norske forhold ville dette bety en betydelig endring i forhold til dagens innarbeidede rutiner ved våre PCI-sentre. Det er imidlertid usikkert hvor bokstavelig man skal ta dette. En kan for eksempel ved de enkelte sentra utarbeide retningslinjer for hvordan “Heart-team” forholder seg til ulike situasjoner.

Ved proksimal LAD-stenose og omfattende trekarsykdom samt ved hovedstammestenose, er dokumentet nokså tydelig på at ad hoc-prosedyrer ikke er å anbefale. Dette er en anbefaling som det er vanskelig å argumentere mot, og som kanskje i noe større grad enn tilfellet er i dag burde være førende også for norsk praksis.

I et kapittel omtales ulike diagnostiske modaliteter for fremstilling av koronaranatomi. Koronar CT-angiografi omtales og gis en IIbB- og IIaB-anbefaling ved

henholdsvis symptomatisk koronarsykdom med lav eller intermediær pretest-risiko. Det er også verdt å merke seg at dokumentet gir en IIIB-anbefaling (dvs. fraråding - KUs kommentar) i forhold til screening av asymptomatiske pasienter med koronar CT-angiografi. Dette er viktig punkt som det norske fagmiljøet bør merke seg, da det er tegn i tiden som tyder på at CT angiografi kan komme til anvendelse ut over det som anbefales i dette dokumentet.

Dokumentet legger stor vekt på iskemitesting ved stabil koronarsykdom, og det presiseres at hovedindikasjon for revaskularisering er symptomer tross optimal medisinsk behandling. Det gis en fullstendig oversikt over de randomiserte studier som foreligger både i forhold til medisinsk behandling og revaskulariserende behandling samt til randomiserte studier mellom PCI og koronarkirurgi.

I oversiktlig tabellform lages det en oversikt over hvilken revaskulariseringsstrategi som bør velges ved de ulike konstellasjoner av koronarsykdom. Ved proksimal LAD-affeksjon, trekarsykdom og hovedstammestenose er det en anbefaling på koronarkirurgi. Ved proksimal LAD-stenose og trekarsykdom med Syntax-score < 22 og ved definerte hovedstammestenoser er det gitt en IIaB-anbefaling for PCI. Ved trekarsykdom og Syntax-score over 22 og ved hovedstammestenose og to-/trekarsykdom med Syntax-score > 33 er det en III-anbefaling på PCI, det vil si at ved disse tilstander defineres PCI som kontraindisert.

Litteraturgjennomgangen og argumentasjonen er god, og vi mener det i all hovedsak er grunn til å gi disse anbefalningene tilslutning. Et hovedbudskap i disse retningslinjene er at kompleks trekarsykdom i sterkere grad er indikasjon for kirurgi enn hva tilfellet er for mindre komplekse hovedstammestenoser. Det er verdt å merke seg at retningslinjene nå gir åpning for at hovedstammestenoser kan PCI-behandles. Retningslinjene i forhold til hovedstammestenose kan komme til å endres etter hvert som data fra pågående randomiserte

studier mellom kirurgi og PCI på hovedstammelesjoner kommer.

Ustabile koronarsyndromer

Som tidligere anført er det lite nytt når gjelder NSTEMI og STEMI. I dokumentet presiseres at det ikke er noen data som taler for at det er medisinsk gevinst ved å utsette invasiv behandling hos pasienter med NSTEMI, men dokumentets anbefaling er at høyrisikopasienter skal til angiografi innen 24 timer. Ved middels risiko er det fortsatt 72 timers grense. I forhold til STEMI er det ikke noe nytt sammenlignet med ESC STEMI-retningslinjer fra 2008. Dokumentet presiserer forholdet mellom volum og resultat ved primær PCI, og det advares mot å etablere lavvolumsentre for å tilby primær PCI.

I kapittel 9 omtales en del spesielle tilstander som revaskularisering ved diabetes, kronisk nyresvikt, revaskularisering ved klaffekirurgi, ved perifer karsykdom og ved hjertesvikt. Dette kapittelet er en generell gjennomgang av disse forholdene, og det er lite nytt. Dette er også tilstander hvor det er få randomiserte studier og det hele bærer preg av skjønn. De vurderinger som gjøres virker imidlertid rimelige, og det er lite å være uenig i disse avsnittene.

I dokumentet er det også en diskusjon av DES vs BMS. Diskusjonen er preget av at dette spørsmålet fortsatt er uavklart, og avsnittet fremstår som et godt argument for å gjennomføre NORSTENT-studien.

Når det gjelder antitrombotisk behandling i forbindelse med revaskularisering, inklusive ustabile koronarsyndromer, er det ikke noe vesentlig nytt sammenlignet med tidligere retningslinjer. Det bemerkes imidlertid at anbefalt startdose for klopidogrel både ved NSTEMI og STEMI samt før elektiv PCI nå er 600 mg.

Sammenfattende vurdering:

Igjen er det laget et solid dokument med anbefalinger som er vel verdt å lese. Dokumentet har en fyldig litteraturliste med 270 referanser. Dette er nyttig lesing og for en stor del er det repetisjon av forhold som allerede står i andre ESC-retningslinjer. Det er mest nytt i forhold til stabil koronarsyk-

dom. Påvisning av iskemi før revaskularisering og "hjertemøtets" betydning presiseres. Det er likevel neppe grunn til i vesentlig grad å endre norsk praksis i forhold til bruk av ad hoc-PCI. Det gis relativt klare anbefalinger av hvilken form for revaskularisering som skal tilbys ved ulike konstellasjoner av koronarsykdom. Dokumentet er også tydelig i forhold til bruk av koronar CT-angiografi.

Kvalitetsutvalgets vurdering (170211):

Som det fremgår av ekspertuttalelsene ovenfor, er deler av retningslinjene stort sett det samme som står i retningslinjer for STEMI (2008) og NSTEMI (2007). Det som er nytt, gjelder retningslinjer ved behandling av stabil koronarsykdom. Her legges det stor vekt på en multidisiplinær beslutningsprosess (hjertemøtet) samt pasientens medvirkning i avgjørelsen om valg av behandling. Vektleggingen av "Heart Team" kan synes motstridende til praksis i Norge i dag, der PCI i stor grad utføres i samme seanse som angiografi. Retningslinjene gir likevel adgang til ad hoc-PCI i henhold til lokale retningslinjer og protokoller. Alle sentra som utfører PCI, bør derfor

utarbeide skriftlige retningslinjer for slike prosedyrer, i samarbeid med hjertekirurger/kirurgiske sentra.

Dokumentet kommer også med klare anbefalinger om bruk av ulike diagnostiske metoder for å påvise iskemi, spesielt bruk av CT angiografi. Bruk av medikamentavgivende stenter (DES) er omtalt i eget avsnitt. Det nevnes at kvaliteten på DES-studier varierer, og det anbefales at kun DES med dokumentert effekt bør anvendes. Situasjoner der DES bør unngås, er også oppført i en tabell.

Vi oppfatter retningslinjene som velfundert og fornuftige, og de samsvarer godt med den praksis vi har for revaskularisering i Norge i dag. KU anbefaler derfor 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 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, 17.februar 2011

Ole-Gunnar Anfinsen
leder
(sign)

Tone Nerdrum
(sign)

Vernon Bonarjee
(sign)

NCS har i styremøte den 28.03.2011 gitt tilslutning til disse retningslinjer, med ovennevnte reserverasjoner.