

ESC GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROMES IN PATIENTS PRESENTING WITHOUT PERSISTENT ST-SEGMENT ELEVATION

<http://www.escardio.org/GUIDELINES-SURVEYS/ESC-GUIDELINES/Pages/ACS-non-ST-segment-elevation.aspx>
European Heart Journal 2011;32, 2999-3054 doi:10.1093/eurheartj/ehr236

Kvalitetsutvalget har innhentet uttalelse fra:
Overlege Jan Eritsland, Kardiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål
Overlege Tor Harald Melberg, Kardiologisk avdeling, Stavanger universitetssykehus.

De har kommet med hver sin uttalelse. En lett redigert utgave av begge uttalelsene er gjengitt nedenfor.

Eritsland skriver

Retningslinjene ble publisert sensommeren 2011 og erstatter tidligere versjoner, sist revidert i 2007. Dokumentet er disponert på samme måte som retningslinjene av 2007, men er strammere i formen og mer leservennlig. Retningslinjene kan sterkt anbefales å leses *in extenso* av spesialister og utdanningskandidater i kardiologi.

Hva er nytt fra 2007?

Infarkt diagnosen er definert i henhold til "ESC Guidelines, Universal Definition of Myocardial Infarction" (2007). Videre presiseres at med de nyeste analysemetodene for troponin vil en ny prøve tatt 3 timer etter innleggelse av pasienter med kort sykehistorie og initialt negativ troponinprøve ha en sensitivitet for hjerteinfarkt nær 100 % (rask "rule out"). Troponinsvar bør foreligge innen 60 minutter. Ekkokardiografi bør være tilgjengelig for tidlig evaluering av regional

og global venstre ventrikkelfunksjon og for å utelukke andre differensialdiagnostiske tilstander.

Kvantitativ risikovurdering anbefales, f.eks. med bruk av GRACE- eller TIMI-risikoskår. Dette har betydning for behandlingsforløpet. Risikoskår for blødning (f.eks. CRUSADE) anbefales også. Dette kan ha betydning for anvendelse og dosering av potente antitrombotiske medikamenter.

De nye P2Y₁₂-reseptorhemmerne prasugrel og ticagrelor anbefales nå framfor clopidogrel. Clopidogrel anbefales nå bare hvis pasienten med moderat til høy risiko ikke kan få prasugrel eller ticagrelor. Dobbel platehemmende behandling anbefales i utgangspunktet i 12 måneder ved NSTEMI/ACS. Som hovedregel anbefales GP IIb/IIIa-hemmere brukt kun etter angiografi, der PCI planlegges og der pasienten anses å ha høy risiko for prosedyrerelatert infarkt, samtidig som det ikke foreligger høy risiko for blødning.

Det anbefales at invasiv utredning utføres umiddelbart (innen 2 timer) for svært ustabile pasienter. Pasienter med høy risikoprofil (GRACE-skår > 140) anbefales utredet innen 24 timer, og pasienter med lavere risikoskår, men med minst 1 høyrisiko-kriterium (f.eks. troponinstigning eller dynamiske EKG-forandringer) tilrådes utredning innen 72 timer. Pasienter med lav risiko anbefales, som tidligere, non-invasiv utredning primært.

Kommentarer

Svært mye av innholdet i de nye retningslinjene er allerede implementert i norsk

kardiologisk praksis og er således lite kontroversielt. Systematisk kvantifisering av risiko for iskjemiske komplikasjoner og alvorlige blødninger, i større grad enn det vi gjør i dag, kan være nyttig. Det er grunn til å anta økende bruk av de nye platehemmerne prasugrel og ticagrelor når norske refusjonsordninger er på plass. Indikasjonene er noe ulike for prasugrel og ticagrelor og er nærmere omtalt i retningslinjene.

En stor gruppe pasienter med NSTEMI-ACS vil fylle kriterier for invasiv utredning innen 24 timer, og dette vil utfordre norske invasive sentre ved at angiografi/PCI-virkosomhet også for denne pasientgruppen må driftes utenom vanlig arbeidstid og i høytider.

Melberg skriver

Dokumentet er relativt omfattende og avspeiler at NSTEMI-ACS omfatter en mer heterogen pasientgruppe enn for eksempel STEMI-pasientene.

Når det gjelder diagnostikk og risikostratifisering av NSTEMI-ACS, har troponinmålinger og bruk av risikoscore fått et økt fokus. Det presiseres at troponinmålinger uten klinisk relevans utgjør et stadig økende problem, og det oppfordres til å bruke anerkjente risikoscores som GRACE- eller TIMI-score. Dette for å unngå at det utføres unødvendige invasive utredninger, og at pasienter behandles unødvendig med omfattende antitrombotiske regimer. Nytt i denne sammenheng er også anbefaling om å benytte CRUSADE-risikoscore for estimere risiko for blødninger. Retningslinjene understreker at anemipasienter med NSTEMI-ACS og pasienter som blør etter PCI og som evt. må transfunderes, har betydelig forhøyet risiko. Dette er viktige momenter også i den norske kliniske hverdagen. Vi ser økende bruk av høy-sensitiv troponinmålinger hos ofte eldre, multimorbide pasienter uten klinisk bilde på NSTEMI-ACS. Dette framprovoserer ofte ønske om koronar angiografi og antitrombotisk behandling. Dessverre er trolig risikostratifisering alt for lite brukt i Norge. Koronar CT-angiografi, som nå er anbefalt hos yngre med NSTEMI-ACS med lav pretest sannsynlighet for koronarsykdom, er også i økende grad brukt

i Norge, men dette representerer en liten gruppe pasienter.

Den største enkeltnyhet i de nye retningslinjene er at nyere platehemmere prasugrel (Effient) og ticagrelor (Brilique) er nå foretrukne medikamenter i tillegg til ASA ved NSTEMI-ACS framfor klopidogetrel. Dette er på bakgrunn av resultatene fra hhv. TRITON- og PLATO-studiene. Dette er anbefalinger som ikke uten videre kan implementeres i Norge. Både STEMI- og NSTEMI-ACS-pasienter håndteres akutt av veletablerte regionale nettverk. Mange pasienter får platehemmende behandling prehospitalt eller senest i akuttmottaksavdelingen. Det innebærer at det antitrombotiske regime må være enhetlig og lett å administrere. Dersom noen NSTEMI-ACS-pasienter har kontraindikasjoner mot et foretrukket medikament (for eksempel ikke prasugrel til undervektige, eldre eller pasienter med tidligere hjerneslag) kan det skape forvirring. Et skifte av platehemmer senere i forløpet er også logistisk uheldig. Innføring av disse nye medikamentene som førstevalg bør derfor være integrert i en felles regional plan for NSTEMI-ACS.

Kvalitetsutvalgets vurdering (møte 17.02.2012):

Mye av det som er omtalt i de oppdaterte retningslinjene, praktiseres allerede i Norge. Økt bruk av anerkjente verktøy til risikostratifisering av pasienter er ikke kontroversielt. Anbefalt strategi for invasiv behandling vil medføre noe økt antall pasienter som trenger koronar angiografi som øyeblikkelig hjelp. Når det gjelder valg av platehemmer utover ASA, kan vi ikke se bort fra at ticagrelor og prasugrel i disse retningslinjene er foretrukne medikamenter (klasse I, bevisnivå B) fremfor klopidogetrel. Klopidogetrel har fortsatt en sterk anbefaling (klasse I, bevisnivå A) dersom ticagrelor eller prasugrel ikke er tilgjengelig. De nye platehemmerne vil komme i økende bruk, spesielt etter at ticagrelor kom på blåresept fra 1. januar 2012. Overgangen bør skje på en organisert måte, der de invasive sentrene gir klare retningslinjer for valg og dosering av platehemmere ved ulike typer koronarsykdom. Det krever innsats på alle nivåer i behandlingsskjeden når ett noenlunde standardisert

behandlingsopplegg blir erstattet av flere nye, og der noen medikamenter doseres 1 gang daglig, mens for eksempel ticagrelor doseres 2 ganger daglig.

Med disse presiseringene anbefaler vi at NCS gir 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 17.02.12

Ole-Gunnar Anfinson
leder
(sign)

Tone Nerdrum
(sign)

Vernon Bonarjee
(sign)

NCS har i styremøte den 15.03.12 gitt tilslutning til disse retningslinjer, med ovennevnte reservasjon.