

2015 ESC GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROMES IN PATIENTS PRESENTING WITHOUT PERSISTENT ST-SEGMENT ELEVATION

<http://www.escardio.org/Guidelines-&-Education/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-Coronary-Syndromes-ACS-in-patients-presenting-without-persistent-ST-segm>

European Heart Journal 2016;37: 267-315.
doi:10.1093/eurheartj/ehv320

Kvalitetsutvalget har innhentet felles uttalelse fra:

Overlege ph.d. Christian Eek, Kardiologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Overlege Ole Johan Jakobsen, Hjerteseksjonen, Sørlandet sykehus Arendal

Overlege Jarle Jortveit, Hjerteseksjonen, Sørlandet sykehus Arendal

De har levert en felles vurdering som gjengis her (noe forkortet og tilpasset av KU):

Disse retningslinjene er en oppdatering av tilsvarende dokument fra 2011, og har beholdt samme form og oppbygging. Dokumentet inneholder en rekke viktige presiseringer, men få store nyheter. Retningslinjene er velskrevne og anbefales i sin helhet.

Vi presiserer at NSTEMI-ACS retningslinjene omfatter både *ikke-ST-elevasjons hjerteinfarkt (NSTEMI)* og *ustabil angina pectoris (UAP)*, en heterogen pasientgruppe som krever individuelt tilpasset utredning og behandling. Retningslinjene må derfor oppfattes som råd og ikke absolutte regler.

Diagnostikk

Klinikk, EKG, ekkokardiografi og troponin-analyse er fortsatt de sentrale elementene i diagnostikken av NSTEMI-ACS. Ekstra EKG-avledninger (V7-V9 og V3R-V4R) anbefales dersom det er mistanke om ACS, men standard-EKG er normalt. Ekkokardiografi kan være nyttig i initial vurdering og anbefales for øvrig i løpet av oppholdet hos alle pasienter med NSTEMI-ACS. Med innføring av høy-sensitiv troponinanalyse er tiden fra første til andre prøve forkortet til tre timer. Som et alternativ skisseres også en enda raskere «rule-in/rule-out»-algoritme, med retest allerede etter en time. Forsatt anbefales risikostatifisering med GRACE-score og estimering av blødningsrisiko. Hos smertefrie pasienter med normalt EKG og normal troponin, men fortsatt mistanke om NSTEMI-ACS, anbefales stress-ekkokardiografi, eventuelt stress-MR, fremfor tradisjonelt belastnings-EKG på ergometersyssel. Koronar CT-angiografi er et alternativ til invasiv angiografi hos pasienter med lav til moderat risiko og ikke-konklusive funn ved troponinanalyse og/eller EKG.

Tidlig vurdering med ekkokardiografi er en utfordring å få til ved mange norske sykehus. Ekkokompetansen er ofte varierende hos vaktavende lege på kveld og natt. Ekkokardiografi er et viktig verktøy for diagnose, risikovurdering og valg av videre behandling.

GRACE-score estimerer risiko for død og/eller nytt hjerteinfarkt, men er ikke utviklet for å veilede behandling; spesielt ikke hvorvidt pasienten skal til tidlig angiografi eller ikke. Etter vår mening bør de

kliniske parameterne som anført i retningslinjene (hemodynamisk ustabilitet, behandlingsrefraktære brystmerter, livstruende arytmier/hjertestans og dynamiske EKG-forandringer) brukes for valg av behandlingsstrategi i akuttfasen.

Behandling

Invasiv utredning og behandling

Invasiv utredning og behandling anbefales til de fleste pasienter med NSTEMI-ACS. Som i 2011-retningslinjene anbefales umiddelbar angiografi (< 2 timer) til pasienter med hemodynamisk ustabilitet, behandlingsrefraktære brystmerter, livstruende arytmier/hjertestans og dynamiske EKG-forandringer. Alle pasienter med hjerteinfarkt (NSTEMI) anbefales fortsatt invasiv utredning innen 24 timer. Retningslinjene anbefaler umiddelbar overflytting (svært høy risiko) eller overflytting samme dag (høy risiko) til invasivt senter for alle pasienter med NSTEMI som innlegges på ikke-invasive sykehus. For pasienter uten hjerteinfarkt, men med NSTEMI-ACS og diabetes, nyresvikt, hjertesvikt, tidligere PCI/CABG eller positive funn ved non-invasiv testing anbefales angiografi innen 72 timer. Radialis-tilgang er anbefalt fremfor femoral. Medikamentavgivende stenter anbefales fremfor rene metallstenter til alle pasienter. Hos pasienter med flerkarssykdom diskuteres stegvis eller umiddelbar komplett revaskularisering, uten klar konklusjon. Full revaskularisering er anbefalt, men med rom for individuell tilpasning. Måling av *Fractional Flow Reserve* (FFR) anbefales tolket med varsomhet, da dette ikke er godt studert i denne gruppen.

Anbefalingene om tidlig invasiv utredning og behandling hos de aller fleste pasienter med NSTEMI-ACS, og spesielt hos pasienter med NSTEMI, er uendret fra 2011. Dette er i varierende grad implementert ved norske sykehus. Fra Norsk hjerteinfarktregister vet vi at det fortsatt foreligger store geografiske forskjeller i behandling av hjerteinfarkt i Norge. En betydelig andel pasienter med NSTEMI har akutte koronare okklusjoner og profitterer på umiddelbar revaskularisering på lik linje med pasienter med STEMI. Nytteverdien av tidlig revaskularisering (innen 24 timer) hos alle pasien-

ter med NSTEMI diskuteres grundig. Selv om dokumentasjonen for effekt på død og nytt hjerteinfarkt er sparsom, ender man likevel opp med en I (A)-anbefaling. I følge tall fra Norsk hjerteinfarktregister fikk kun 22 % av alle pasienter < 80 år med NSTEMI i Norge i 2014 utført koronar angiografi innen 24 timer. Vi mener at tiden nå er inne for å etablere dette som et klart kvalitetsmål i behandlingen av NSTEMI også i Norge. Dette krever endret organisering av pasientflyten mellom sykehusene mange steder, men vil totalt sett gi fordeler både for pasient og sykehus. Ventetid på invasiv utredning medfører i dag forsinket behandling og mange unødvendige liggedøgn i sykehus.

Medikamentell behandling

Dobbel platehemming med acetylsalisylsyre og P2Y12-hemmer anbefales som tidligere både i akuttfasen og i tiden etter NSTEMI-ACS, uavhengig av revaskulariseringsmetode. Ticagrelor og prasugrel anbefales fremfor klopidogrel. Dersom det ikke foreligger økt blødningsrisiko, anbefales behandling i 12 måneder. Men det åpnes også for individuell tilpasning, der både lengre og kortere varighet kan forsvares. Parenteral antikoagulasjon i akuttfasen anbefales uendret. Bruken av GPIIb/IIIa-hemmere begrenses til situasjoner med trombotiske komplikasjoner. P2Y12-hemmer er anbefalt gjeninnsatt etter ACB-operasjon så snart dette anses trygt. Langtidsbehandling med betablokker reserveres nå til pasienter med redusert systolisk venstre ventrikkelfunksjon (EF ≤ 40 %). Indikasjonene for statin, ACE-hemmer og aldosteronantagonist er uendret. Statin anbefales til alle pasienter etter NSTEMI-ACS. Kombinasjonen antikoagulasjon og platehemmere hos pasienter med indikasjon for antikoagulasjon omtales grundig, og det gis relativt klare retningslinjer. Det skilles mellom pasienter med lav og høy blødningsrisiko (hhv. HAS-BLED 0-2 og HAS-BLED > 2), der dobbel platehemming i kombinasjon med antikoagulasjon anbefales i hhv. 6 og 1 måneder, etterfulgt av enkel platehemming i tillegg til antikoagulasjon i totalt 12 måneder. Av P2Y12-hemmere er det kun klopidogrel som anbefales kombinert med antikoagulasjon. NOAK sidestilles med warfarin. Hos pasienter med anemi

uten pågående blødning anbefales blodtransfusjon først ved Hb < 7 g/dl.

Anbefalingene for medikamentell behandling er etter vår erfaring i tråd med vanlig norsk praksis. Klarere retningslinjer for kombinasjon av platehemmere og anti-coagulasjon har vært etterlengtet. Anbefalingen om å seponere platehemmere helt etter 12 måneder hos pasienter som trenger antikoagulasjon, er etter vår mening ikke godt nok vitenskapelig fundert, og kan ikke uten videre anbefales.

Overvåking og utskrivelse

Retningslinjene har nå fått et eget avsnitt om rytmemonitorering og observasjonstid i sykehus. Pasienter med NSTEMI og høy risiko for arytmier (hemodynamisk ustabilitet, alvorlige arytmier, EF <40 %, ubehandlede stenoser eller komplikasjoner ved angiografi/PCI) anbefales observasjon på hjerteovervåkningsavdeling med rytmemonitorering i minimum 24 timer. Pasienter med NSTEMI og lav risiko for arytmier anbefales rytmemonitorering frem til koronar angiografi. Pasienter med ustabil angina pectoris kan overvåkes på vanlig sengepost uten rytmemonitorering. Hos pasienter med NSTEMI-ACS med kort sykehistorie, moderat forhøyet troponin, god systolisk venstre ventrikkelfunksjon og vellykket revaskularisert ett-karsykdom, kan utskrivning allerede neste dag være forsvarlig.

Kortere observasjonstid i sykehus for utvalgte lav-risiko pasienter med NSTEMI er etter vår vurdering fornuftig. Det vil også medføre at flere pasienter kan skrives rett ut fra de invasive sykehusene og således slipper retur til lokalsykehus etter angiografi/PCI.

Sekundærforebyggende behandling

Retningslinjene presiserer at god sekundærprofylakse reduserer risikoen for nye kardiovaskulære hendelser og tidlig død etter NSTEMI-ACS. Alle pasienter anbefales deltakelse i et strukturert oppfølgingsprogram med multifaktoriell intervensjon (røykeslutt, vektreduksjon, kostholdsråd, fysisk aktivitet og god blodsukker- (HbA1c <

7,0 %), lipid- (LDL-kolesterol < 1,8 mmol/l) og blodtrykkskontroll (<140/90 mm Hg)).

Retningslinjene for sekundærprofylakse er uendret fra tidligere retningslinjer. Vår erfaring er at mange pasienter ikke når behandlingsmål og at et forsterket fokus på dette derfor er nødvendig.

Konklusjon

«2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation» anbefales med få forbehold implementert i Norge.

Kvalitetsutvalgets vurdering (møte 22 1 16):

NSTEMI-ACS-retningslinjene omhandler diagnostikk og akutt- og langtidsbehandling av en stor andel av kardiologiske pasienter. Uttalelsen fra fagekspertene ovenfor gir en god oversikt over de viktigste elementene i dokumentet, og det som er nytt i forhold til tidligere utgaver. Dokumentet inneholder mange gode tabeller og figurer som er lette å forholde seg til. Det finnes også et web-addendum på 14 sider, som gir mer detaljert beskrivelse av blodplatehemmere, antikoagulantia og behandling av blødningskomplikasjoner. Behandling av spesielle pasientgrupper som eldre, diabetikere, pasienter med kronisk nyresykdom eller atrieflimmer er tatt med som tabeller i hoveddokumentet, men omtalt mer detaljert i web-tillegget.

Som det fremgår av uttalelsen fra ekspertpanelet, er retningslinjene vel-skrevne og i stor grad overensstemmende med nåværende praksis i Norge. Det er fortsatt for få pasienter med NSTEMI-ACS i Norge som får invasiv utredning og behandling innenfor anbefalt tid. Men logistikk kan være en utfordring, og kvalitetsutvalget erkjenner at man må foreta individuelle vurderinger og prioriteringer basert på risikovurdering når det gjelder hast ved overføring og utredning av klinisk stabile pasienter, også dem med troponinstigning.

I tråd med fagekspertenes konklusjon anbefaler kvalitetsutvalget 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 den 22.1.2016

Ole-Gunnar Anfinsen
leder
(sign.)

Tonje Amb Aksnes
(sign.)

Vernon Bonarjee
(sign.)

NCS har i styremøte 1.3.2016 gitt tilslutning til disse retningslinjer, med ovennevnte reservasjon.