

**DANSK  
CARDIOLOGISK  
SELSKAB**



# **Spontan koronararterie dissektion (SCAD)**

– et holdningspapir fra Dansk Cardiologisk Selskab

**DCS holdningspapir 2024**

## **Spontan koronararterie dissektion (SCAD)**

– et holdningspapir fra  
Dansk Cardiologisk Selskab

Udgivet april 2024 af:  
Dansk Cardiologisk Selskab

Dansk Cardiologisk Selskab  
Vognmagergade 7, 3. sal  
DK-1120 København K  
dcs@cardio.dk

Copyright ©: Dansk  
Cardiologisk Selskab

Indholdet af denne vejledning må anvendes, herunder kopieres i forsknings, undervisnings, planlægnings- og informationsøjemed. Dette forudsætter, at Dansk Cardiologisk Selskab nævnes som kilde, samt at der ikke i forbindelse med brugen tages afgifter eller gebyrer. Anden mangfoldiggørelse, herunder specielt anvendelse af vejledningens tekst og data i markedsføringsøjemed samt kopiering eller elektronisk mangfoldiggørelse, kræver forudgående skriftlig tilladelse fra selskabet.

Layout: Charlotte Falk,  
Falk og musen, Svaneke

# Spontan koronararterie dissektion (SCAD)

Holdningspapiret om spontan koronararterie dissektion er baseret på et samarbejde mellem arbejdsgruppen Præventiv kardiologi og rehabilitering, arbejdsgruppen Akut Kardiologi samt Arbejdsgruppen Interventionel kardiologi og koronar patofysiologi under DCS. Holdningspapiret har ligeledes implementeret en patientinvolveringsproces i forløbet.

Penneførere har været, i alfabetisk rækkefølge: *Ann-Dorthe Zwisler, Dan Eik Høfsten, Helle Lyngø Kanstrup, Karsten Tange Veien, Lene Holmvang, Lene Hüche Nielsen, Lia Evi Bang, Martin Kirk Christensen, Mette Gitz Charlot, Mette Norgaard Bertelsen, Michael Mundt Ottesen og Nicolaj Brejnholt Støttrup.*

Holdningspapiret har været igennem en involveringsproces med inddragelse af patientrepræsentanter samt kommentering fra Fagligt Selskab for Kardiovaskulære og Thoraxkirurgiske Sygeplejersker, Dansk Sundhedspsykologisk Selskab og Dansk Selskab for Hjerter- og Lungefysioterapi.

## Epidemiologi

Spontan koronararteriedissektion (SCAD) er en kendt årsag til akut koronart syndrom (AKS) og akut myokardieinfarkt (AMI) (type-2 AMI)[1] med en prævalens på 4% blandt patienter indlagt med AKS[2]. Blandt yngre kvinder (<50 år) findes SCAD at være den underliggende årsag til AKS i op mod 35% af tilfældene[2]. Tilstanden forekommer hos begge køn, men incidensen er højest blandt yngre (43-57 årige) kvinder, der udgør op mod 90% af alle SCAD tilfælde[3].

SCAD er ikke associeret med arteriosklerose, og prævalensen af kardiovaskulære risikofaktorer hos SCAD patienter er lavere end hos patienter med aterosklerotisk betinget AKS (type-1 AMI).

## Patofysiologi

SCAD er karakteriseret ved en adskillelse af koronararterievæggens lag som følge af et hæmatom i tunica media. Hæmatomet kan lede til kompression af det sande lumen, og derved medføre reduceret flow i karret[2, 3].

To teorier eksisterer for hvordan hæmatomet opstår. Inside-out teorien beskriver en rift i intima som årsag til en intramural blødning. Outside-in teorien bygger på OCT (optisk kohærens tomografi) studier, hvor der i de fleste tilfælde ikke ses en kommunikation mellem det sande og det falske lumen, hvorfor blødningen formodes opstået som følge af ruptur af vasa vasa i lamina media[2].

Årsagen til SCAD er ukendt, men følgende faktorer kan have betydning for udviklingen af SCAD: graviditet, non-koronar arteriopati f.eks. fibromuskulær dysplasi, bindevævssygdomme, psykisk belastning og intens fysisk aktivitet (f.eks. tunge løft/statisk belastning)[2, 3].

## Klinisk præsentation og diagnose

### Symptomer

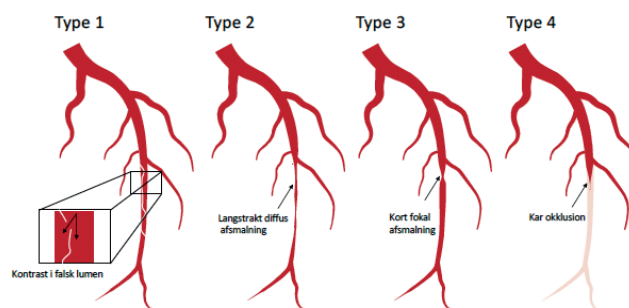
Patienterne debuterer ofte med pludseligt indsættende brystmerter, og EKG kan indikere AKS (ST-segmentelevation myok-

ardieinfarkt (STEMI) eller non-STEMI). Symptomerne ved SCAD er som ved andre typer AMI[4]. I sjældne tilfælde kan SCAD medføre hjertestop.

### Koronararteriografi

Diagnosen SCAD kan først skelnes fra type-1 AMI ved koronararteriografi (KAG), men en sikker diagnose kan være vanskelig og må ofte bygge på mønstergenkendelse[5]. SCAD forekommer hyppigst i LAD (left anterior descending) og typisk midt på eller distalt i koronararterien[6]. Ved type-4 SCAD er koronararterien totalt okkluderet (figur 1). Hjerter CT kan ikke med sikkerhed udelukke SCAD.

Figur 1



### Intravaskulær billeddannelse

Enhver instrumentering af den affekterede koronararterie risikerer at forværre tilstanden. Denne risiko skal afbalanceres mod den diagnostiske usikkerhed, men intravaskulære billeddannende modaliteter som ultralyd (IVUS) eller OCT kan diagnosticere hæmatomer i koronararterievæggen med høj sikkerhed [7].

### Den akutte behandling

#### Konservativ strategi

Størstedelen af SCAD-læsioner opheler spontant inden 2 måneder, og det anbefales, at patienter med SCAD som udgangspunkt behandles konservativt[1]. Der er normalt ikke indikation for kontrol KAG.

#### Revaskularisering

Revaskularisering kan overvejes ved intraktable smerter, tegn på hæmodynamisk ustabilitet, svær pågående iskæmi og/eller reduceret flow i en koronararterie, der forsyner et stort område af myokardiet.

#### Perkutan koronar intervention

Sammenlignet med PCI (perkutan koronar intervention) ved type-1 AMI er PCI ved SCAD forbundet med en øget risiko for procedurerelaterede komplikationer såsom kateterinduceret

dissektion, risiko for progression af SCAD-læsionen og/eller aflukning af koronararterien[8-10].

### **Koronar by-pass operation**

Ved SCAD i venstre hovedstamme eller proksimalt i to større kar og tegn på pågående iskæmi, kan CABG (koronararterie by-pass operation) overvejes, hvis PCI mislykkes, eller hvis læsioner vurderes uegnede til PCI [1].

### **Implanterbar cardioverter defibrillator**

Der er ikke evidens for, at SCAD-patienter (type-2 AMI) har øget risiko for pludselig hjertedød sammenlignet med patienter med type-1 AMI. Indikation for primær profylaktisk ICD (implanterbar cardioverter defibrillator) stilles ud fra vanlige kriterier for iskæmisk kardiomyopati.

Ved SCAD og ledsagende hjertestop er der konsensus om, at der i udvalgte tilfælde kan implanteres sekundær profylaktisk ICD.

### **Indlæggelsesvarighed**

Der anbefales en indlæggelse og telemetriperiode på minimum 5 døgn efter symptomdebut og mindst 2 døgn efter smertefrihed.

### **Medicinsk behandling efter SCAD**

#### **Trombocythæmmende behandling**

Der findes ingen randomiserede undersøgelser, der omfatter trombocythæmmende behandling hos konservativt behandlet patienter med SCAD. Emnet er stærkt omdiskuteret, herunder valg af trombocythæmmer, mono- eller dobbelterapi samt varighed af den trombocythæmmende behandling. Det anbefales at behandle med aspirin i 12 måneder, og clopidogrel i 1 til 6 måneder (samme doser som ved type-1 AMI). Koronararterielæsionernes lokalisation, type af SCAD og estimeret blødningsrisiko er blandt faktorer, der kan indvirke på beslutningen om behandlingsvarighed. Mere potente P2Y<sub>12</sub> hæmmere (prasugrel, ticagrelor, cangrelor) anbefales ikke. Såfremt der foretages PCI, fortsættes clopidogrel efter vanlige retningslinjer for AKS[1], og aspirin gives livslangt. Efter CABG gives aspirin som monoterapi livslangt. Glycoprotein IIb/IIIa hæmmere bør som udgangspunkt undgås.

#### **Antikoagulationsbehandling**

Antikoagulation er ikke i sig selv indiceret ved SCAD, men kan anvendes ved klar klinisk relevant indikation[11, 12].

#### **Betablokkere**

Anbefales til alle patienter hvis veltolereret, da der er vist association med betydeligt reduceret recidiv-risiko[5]. Behandlingen initieres tidligst muligt og titreres til højeste tolerable dosis.

I efterforløbet anbefales et blodtryksmål på 120-135/70-85 mmHg (blodtryk målt uobserveret automatisk i klinikken, eller som gennemsnit i dagtid ved døgn- eller hjemmeblodtryksmåling).

#### **Nitrater og calciumantagonister**

Nitrater og calciumantagonister anbefales ikke rutinemæssigt, men kan anvendes ved anginøse smerter i den akutte fase eller ved anfaldsvis angina i efterforløbet. Vær opmærksom på at nitrater kan forværre migræne.

#### **Dyslipidæmi**

Statin eller anden lipidsænkende behandling er ikke indiceret, men gives til patienter med anden relevant behandlingsindikation (NBV kap. 28 Dyslipidæmi og 34 Forebyggelse af hjertesygdom).

### **Andre præparater**

ACE-hæmmere, angiotensin II-antagonister og mineralokortikoid-antagonister anbefales ved SCAD og samtidig hjertesvigt med reduceret venstre ventrikel ejection fraction (LVEF) efter samme principper som ved iskæmisk kardiomyopati, men gives ikke rutinemæssigt til øvrige patienter med SCAD.

### **Migrænemedicin:**

Mange patienter med SCAD lider også af migræne. Triptaner og ergotamin alkaloider menes at øge recidivrisiko og bør undgås[13, 14]. Ved behov kan patienten henvises til neurolog mhp relevante alternativer.

Betablokkerbehandling er desuden anfaldsforebyggende hos en del patienter. Langtidsvirkende nitrater kan forværre migræne, hvorfor disse bør undgås.

### **Hormonbehandling:**

Guidelines anbefaler, at behandling med kvindeligt kønshormon genovervejes, men disse anbefalinger er baseret på sparsom evidens. Ved anvendelse som prævention kan lokalvirkende hormonspiral (gestagen) overvejes[12]. Fordelen herved kan også være mindre blødning i forbindelse med blodfortyndende behandling. Er der ikke fremtidigt graviditetsønske, kan mulighed for sterilisation (evt. af partner) drøftes. Overvejelserne skal ske i tæt samarbejde med patienten og bør opvejes i forhold til risiko for uønsket graviditet. Postmenopausal hormonbehandling opvejes i forhold til postmenopausale symptomer, og behandling i lavest mulige dosis kan være nødvendigt og bør afvejes mod teoretiske risiko for fornyet SCAD[2]. Topisk anvendelse (vagitorier) medfører næppe relevant øget recidivrisiko og kan anvendes hvis velindiceret.

### **Rehabilitering efter SCAD**

Rehabilitering er veldokumenteret ved en række andre kardielle sygdomme [15, 16]. Der er international konsensus om, at rehabilitering bør tilbydes patienter med SCAD mhp. optimering af livskvalitet, psykosocialt velbefindende og fysisk formåen[11, 12, 17, 18] på trods af sparsom evidens[18, 19].

### **Psykosocial støtte og behandling**

SCAD præciperes ofte af psykisk eller fysisk stress [19, 20]. Studier tyder desuden på, at den psykiske belastning som følge af SCAD er højere end hos AKS-patienter. For SCAD-patienter ses høj prævalens af både angst, depression, stresstilstande, fatigue og traumereaktioner[21]. SCAD rammer en relativ ung population, og den manglende viden omkring naturhistorien formodes at være medvirkende til øget usikkerhed, bekymring og posttraumatisk stress. Det anbefales derfor, at der er særlig fokus på ensartet information om sygdommen, og patienter efterspørger generelt bedre uddannelse af sundhedsprofessionelle [11, 12, 21-26].

Rehabilitering efter SCAD bør have særlig fokus på psykosocial støtte [17, 19]. Støtten bør erfaringsmæssigt omfatte målrettede psyko-edukative indsatser med fokus på normalisering. Det anbefales at gennemføre systematisk screening for angst og depression med anvendelse af et valideret redskab på lige fod med populationen med iskæmisk hjertesygdom[27]. I særlige tilfælde kan der efter 2-3 måneder være behov for henvisning til psykologfaglig behandling via egen læge eller til dedikerede hjertepsykologer på sygehusene.

I tilfælde hvor patienten ses med en forudgående psykisk belastning som mulig medvirkende årsag til SCAD, anbefales det, at man i den psykoterapeutiske intervention har fokus på

underliggende belastning for at sikre langsigtet effekt og forebygge recidiv.

#### Patientstøtte

Der kan henvises til Hjerteforeningens patientrådgivning og patientinformationsmateriale (DCS) samt sundhed.dk.

#### Fysisk aktivitet og træning

Risikoen for fornyet dissektion og sikkerheden ved fysisk aktivitet er ikke velbelyst.

Baseret på de nuværende internationale anbefalinger[17, 28] er der også i Danmark konsensus om, at bekymringer omkring risiko for fysisk aktivitet og særligt styrketræning bør afvejes mod fordelene ved at bevæge sig.

Anbefalingerne for motion varierer over tid, hvorfor det bør inddeles i følgende perioder:

1. Perioden fra udskrivelse frem til funktionstest som først bør gennemføres 2 måneder efter SCAD:

Alle SCAD-patienter rådgives om at genoptage almindelig fysisk aktivitet i form af gåture og cykelture mm (dog uden høj belastning) i umiddelbar forlængelse af udskrivelsen. Aktiviteterne bør holdes under tale-grænsen (<Borg 15) og således ikke fremprovokere egentlig forpustethed.

2. Perioden efter funktionstest og livslangt:

Når der foreligger upåfaldende funktionstest, anbefales konditionstræning efter retningslinjer for træning ved iskæmisk hjertesygdom, hvis patienten ikke har hjertesvigt, fået anlagt ICD, eller generes af arytmie eller angina. Såfremt dette er tilfældet, bør patienten træne under hensyntagen til dette og efter gældende anbefalinger for disse tilstande.

Patienten bør undgå isometrisk aktivitet, der indebærer Valsalvas manøvre som eks. meget tunge løft og planke. Det frarådes desuden, at patienten deltager i hård kontaktsport[28, 29].

Funktionstest forud for opstart af fysisk træning: Patienter med SCAD anses som udgangspunkt som potentielle risikopatienter og bør tidligst efter 2 måneder funktionstestes i sygehusregi før opstart af fysisk træning. Patienterne kan testes uden forudgående lægevurdering.

Funktionstesten gennemføres med henblik på at afklare arbejdskapaciteten, og tilrettelægge træningen. Arbejdskapaciteten måles mest præcist med en direkte iltoptagelse (ergospirometri-test). Er denne undersøgelse ikke tilgængelig opnås mest reproducerbare resultater med en maksimal symptombegrænset funktionstest på ergometercykel. Hos patienter, som ikke er i stand til at gennemføre en maksimal symptombegrænset funktionstest på ergometercykel, anbefales en 6 minutters gangtest. Funktionstesten kan gennemføres uden restriktioner. Ud over test af arbejdskapacitet kan der med fordel gennemføres validerede styrketests som led i planlægning af fysisk træning.

I forbindelse med funktionstesten anbefales det, at der gives klare og ensartede anbefalinger i forhold til fysisk træning og eventuelle særlige hensyn for at undgå unødige bekymringer og deraf følgende risiko for inaktivitet og undvigende adfærd. Der udarbejdes en genoptræningsplan (§140), som tager højde for patientens funktionsniveau, grundform, isometrisk aktivitet og hård kontaktsport. Ved styrketræning benyttes vægt, som tillader højt antal gentagelser (15-20 repetitioner) (figur 2).

Figur 2

#### Anbefales

Hjerterehabilitering  
Moderat konditionstræning  
Intervaltræning  
Vægttræning med let vægt og mange gentagelser



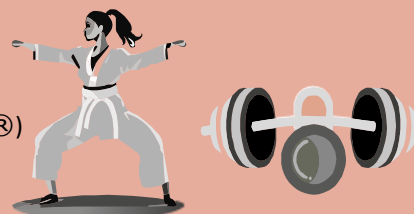
#### Forsigtighed

Intens konditionstræning  
Muskelopbyggende træning  
Yoga stillinger med ekstreme hoved-og nakkestillinger



#### Anbefales ikke

Intens og eksplosiv sport  
Høj-intens vægtløftning/ funktionel fitness (f.eks. Crossfit®)  
Kontaktsport/kampsport  
Ekstreme hoved- og nakkestillinger



Blandt patienter med udtalt fatigue bør genoptræningsplanen desuden indeholde anbefalinger for genoptræning som led i fatigue-reduktion og energiforvaltning.

#### Ryging, kost og alkohol

Der er for nuværende ikke fundet sammenhæng mellem risiko for recidiv af SCAD og hhv. rygning, vægt, kolesterolniveau eller alkoholforbrug hos patienter uden iskæmisk hjertesygdom[1, 12]. I forhold til rygning, ernæringsintervention og alkohol følges derfor anbefalinger for primær forebyggelse[30]. Er patienten motiveret for livsstilsændringer, kan patienten henvises til kommunale forebyggelsestilbud jf. §119.

#### Sygemelding

Det anbefales, at SCAD-patienter genoptager arbejdet hurtigst muligt. Genoptagelsen afhænger af den individuelle situation ift. SCAD, evt. komplikationer og selve arbejdet. Såfremt patienten har fysisk eller psykisk krævende arbejdsopgaver anbefales, at der tages særlige forholdsregler i den første tid efter udskrivelse. Der kan være behov for gradvis optrapning af arbejde.

Hvis arbejdsgiver har brug for en mulighedserklæring, vil det være egen læge, som udarbejder denne.

#### Intimitet og seksualitet

Der findes ikke specifikke anbefalinger for genoptagelse af seksuel aktivitet efter SCAD. Det er vigtigt at gå i dialog omkring intimitet og seksualitet med patienten og dennes partner for at undgå unødige bekymringer.

Af hensyn til ophealing anbefales det, at patienten og partner går forsigtigt frem i de første måneder efter udskrivelse. Baseret på anbefalinger for patienter med iskæmisk hjertesygdom vurderes det sikkert at have samleje med partner, hvis patienten kan bevæge sig svarende til minimum 6 METS (trappegang til 2. sal i almindeligt tempo) uden at få brystmerter, udtalt dyspnø eller arytmier.

Graviditetsønske: Fertile kvinder med graviditetsønske henvises til højt specialiseret funktion for rådgivning.

#### Bilkørsel

SCAD giver i sig selv ikke anledning til restriktioner, men ved følger heraf (hjertesvigt, arytmier osv.) henvises til NBV Kapitel 38: Kørekort hos patienter med hjertelidelser eller Styrelsen for Patientsikkerheds vejledning[31].

#### Kritisk Sygdom

Det anbefales, at SCAD-patienter ansøger forsikringselskab om udbetaling ved kritisk sygdom. Berettigelse til udbetaling kan være afhængigt af sygdomsforløb, behandling, komplikationer og det enkelte forsikringselskabs kriterier for udbetaling.

#### Non-koronare arteriopater

SCAD kan være den første manifestation af en underliggende systemisk arteriopati.

Tabel 1

## Efterbehandling af SCAD patienter

### Forebyggelse af recidiv SCAD

Opstart betablokkerende behandling

Blodtrykskontrol

Diskutere retningslinjer for fysisk aktivitet

Rådgivning vedr. graviditetsønske via højt specialiseret funktion

### Udredning for og behandling af non-koronar arterielle abnormaliteter

Udfør CT-/MR-angiografi fra hoved til bækkenkar

Abnorme fund konfereres med relevant speciale

### Behandling af recidiverende brystmerter

Opstart antianginøs medicinsk behandling

(eks. nitrater eller calcium antagonist)

Udfør funktionstest

Overvej differentialdiagnoser

### Forbedret livskvalitet

Henvis patienten til rehabiliteringsforløb

Behandle co-eksisterende psykosociale tilstande

Den mest prævalente non-koronare arterielle abnormitet hos patienter med SCAD er fibromuskulær dysplasi, som er rapporteret at forekomme i 32-78% af patienter med SCAD[2, 3] afhængigt af andelen af SCAD-patienter, som screenes, hvilke karebetter der undersøges og diagnostiske kriterier anvendt for fibromuskulær dysplasi.

Det anbefales at screenes for non-koronare arterielle abnormiteter med CT- eller MR-angiografi af arterier fra hoved til bækken. Fund af fibromuskulær dysplasi påvirker ikke nødvendigvis patientens prognose eller kræver behandling, men fund af andre non-koronare arterielle abnormiteter kan udløse en behandling eller opfølgning.

Abnorme fund konfereres med relevante speciale mhp. indikation for behandling og opfølgning.

## Litteratur

1. Byrne, R.A., et al., *2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes*. Eur Heart J, 2023. **44**(38): p. 3720-3826.
2. Hayes, S.N., et al., *Spontaneous Coronary Artery Dissection: JACC State-of-the-Art Review*. J Am Coll Cardiol, 2020. **76**(8): p. 961-984.
3. Kim, E.S.H., *Spontaneous Coronary-Artery Dissection*. N Engl J Med, 2020. **383**(24): p. 2358-2370.
4. Johnson, A.K., et al., *The presentation of spontaneous coronary artery dissection in the emergency department: Signs and symptoms in an unsuspecting population*. Acad Emerg Med, 2022. **29**(4): p. 423-428.
5. Saw, J., et al., *Spontaneous Coronary Artery Dissection: Clinical Outcomes and Risk of Recurrence*. J Am Coll Cardiol, 2017. **70**(9): p. 1148-1158.
6. Lobo, A.S., et al., *Revascularization in Patients With Spontaneous Coronary Artery Dissection and ST-Segment Elevation Myocardial Infarction*. J Am Coll Cardiol, 2019. **74**(10): p. 1290-1300.
7. Karimi Galoughi, K., et al., *Utility of optical coherence tomography in acute coronary syndromes*. Catheter Cardiovasc Interv, 2023. **102**(1): p. 46-55.
8. Tweet, M.S., et al., *Spontaneous coronary artery dissection: revascularization versus conservative therapy*. Circ Cardiovasc Interv, 2014. **7**(6): p. 777-86.
9. Saw, J., et al., *Spontaneous coronary artery dissection: association with predisposing arteriopathies and precipitating stressors and cardiovascular outcomes*. Circ Cardiovasc Interv, 2014. **7**(5): p. 645-55.
10. Lettieri, C., et al., *Management and Long-Term Prognosis of Spontaneous Coronary Artery Dissection*. Am J Cardiol, 2015. **116**(1): p. 66-73.
11. Adlam, D., et al., *European Society of Cardiology, acute cardiovascular care association, SCAD study group: a position paper on spontaneous coronary artery dissection*. Eur Heart J, 2018. **39**(36): p. 3353-3368.
12. Hayes, S.N., et al., *Spontaneous Coronary Artery Dissection: Current State of the Science: A Scientific Statement From the American Heart Association*. Circulation, 2018. **137**(19): p. e523-e557.
13. Garcia Garcia, C., et al., *Spontaneous coronary artery dissection in ergotamine abuse*. Int J Cardiol, 2007. **118**(3): p. 410-1.
14. Perez, J., et al., *Triptans and SCAD: An Analysis From the WHO Pharmacovigilance Database*. J Am Coll Cardiol, 2021. **78**(21): p. 2129-2130.
15. Dibben, G.O., et al., *Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: a meta-analysis*. Eur Heart J, 2023. **44**(6): p. 452-469.
16. Taylor, R.S., et al., *Exercise-Based Rehabilitation for Heart Failure: Cochrane Systematic Review, Meta-Analysis, and Trial Sequential Analysis*. JACC Heart Fail, 2019. **7**(8): p. 691-705.
17. Samuel, R., et al., *Cardiac rehabilitation following coronary artery dissection: recommendations and patient considerations*. Expert Rev Cardiovasc Ther, 2021. **19**(11): p. 1005-1012.
18. Van Damme, A., et al., *Secondary Prevention and Rehabilitation for Spontaneous Coronary Artery Dissection: A Systematic Review*. Can J Cardiol, 2023.
19. Neubeck, L., et al., *Spontaneous coronary artery dissection: a systematic review of physical and psychosocial recovery following discharge from hospital*. Eur J Cardiovasc Nurs, 2022. **21**(7): p. 665-676.
20. Wagers, T.P., et al., *Spontaneous Coronary Artery Dissection (SCAD): FEMALE SURVIVORS' EXPERIENCES OF STRESS AND SUPPORT*. J Cardiopulm Rehabil Prev, 2018. **38**(6): p. 374-379.
21. Murphy, B.M., et al., *Psychosocial impacts of spontaneous coronary artery dissection: A qualitative study*. PLoS One, 2022. **17**(9): p. e0273978.
22. Binnie, K., et al., *What do spontaneous coronary artery dissection survivors want to support their recovery? A qualitative study*. Eur J Cardiovasc Nurs, 2023.
23. Murphy, B.M., et al., *Prevalence of Anxiety, Depression, and Distress in SCAD and Non-SCAD AMI Patients: A Comparative Study*. J Cardiopulm Rehabil Prev, 2023. **43**(5): p. 338-345.
24. Smaardijk, V.R., et al., *Psychological and clinical characteristics of patients with spontaneous coronary artery dissection: A case-control study*. Int J Cardiol, 2021. **323**: p. 1-6.
25. Bouchard, K., et al., *Recovering from spontaneous coronary artery dissection: Patient-reported challenges and rehabilitative intervention needs*. Health Psychol, 2021. **40**(7): p. 472-479.
26. Edwards, K.S., et al., *Patient-Reported Psychological Distress After Spontaneous Coronary Artery Dissection: EVIDENCE FOR POST-TRAUMATIC STRESS*. J Cardiopulm Rehabil Prev, 2019. **39**(5): p. E20-e23.
27. Johnsen, N.F., et al., *Screening for anxiety and depression in clinical practice: translating scores from World Health Organization-5/Anxiety Symptom Scale-2/ Major Depression Inventory-2 to Hospital Anxiety and Depression Scale*. Eur J Prev Cardiol, 2023. **30**(15): p. 1689-1701.
28. Tweet, M.S., et al., *Physical activity and exercise in patients with spontaneous coronary artery dissection and fibromuscular dysplasia*. Eur Heart J, 2021. **42**(37): p. 3825-3828.
29. Borjesson, M., et al., *Brief recommendations for participation in leisure time or competitive sports in athletes-patients with coronary artery disease: Summary of a Position Statement from the Sports Cardiology Section of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC)*. Eur J Prev Cardiol, 2020. **27**(7): p. 770-776.
30. Visseren, F.L.J., et al., *2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC)*. Rev Esp Cardiol (Engl Ed), 2022. **75**(5): p. 429.
31. Patientsikkerhed, S.f. *Vejledning om helbredskrav til kørekort*. 2022; Available from: <https://stps.dk/media/9021/46900B4A81A64DC-1965453FAC6615D82.pdf>.