



Akut koronart syndrom. Revideret rapport 2008

Jan Ravkilde (formand), Lia E. Bang (næstformand) – på vegne af Nucleus »Arbejdsgruppen Akut Koronart Syndrom«

Nucleus for arbejdsgruppen »Akut Koronart Syndrom« (AKS) har taget initiativ til at opdatering af AKS rapporten fra 2004 er foretaget sammenfaldende med opdatering af den Nationale behandlingsvejledning (NBV) for »Akut Koronart Syndrom«. Vores vision er med baggrund i nutidens elektroniske medie at opnå muligheden for tidlig opdatering af såvel AKS rapporten som den nationale behandlingsvejledning. Vi finder at kunne forene AKS rapporten med den nationale behandlingsvejledning, således at vi står med et dokument, hvor vi fortsat har en klar problemorienteret NBV, hvor den videnskabelige baggrund for anbefalinger er angivet og links til andre arbejdsgrupper funktionsområde for uddybning.

I den sammenfaldende AKS rapport 2008 og NBV AKS 2008 har vi foretaget en væsentligt revidering i forhold til AKS rapporten fra 2004 samt sidste revision af NBV AKS fra 2006. Vi har valgt at anvende opbygningen af NBV AKS, således at ændringerne fremstår tydeligt. AKS rapporten 2008/NBV AKS 2008 er opdateret med baggrund i de seneste og omfattende guidelines fra ESC 2007 [1], der er direkte implementeret samt de seneste ACC/AHA STEMI 2007 guidelines [2], hvor der er selektive anbefalinger svarende til danske forhold (se nedenstående). Arbejdsgruppen har tillige indført de nye diagnostiske kriterier for AMI [3], der er nøjere beskrevet i separat rapport fra arbejdsgruppe under DCS og Dansk Selskab for Klinisk Biokemi omkring Diagnostik af AKS i Danmark (se andetsteds i Cardiologisk Forum).

Rapporten og behandlingsvejledningen er uændret centreret omkring den helt akutte visitation og behandling af patienten med AKS. Vi har imidlertid fundet det vigtigt at fremhæve risikofaktorer, herunder GRACE score samt den store betydning af den videre medicinske behandling og rehabilitering med vægt på modifikation af risikofaktorer.

Klassifikation af AMI

Den nye universelle definition af AMI og undertyper af AMI er som tidligere nævnt indført i den nye AKS rapport/NBV AKS 2008, og angående nye kriterier for anvendelse af hjertespecifikke biomarkører er der speci-

fikt angivet diagnostiske grænseværdier for de troponin immunoassays, der anvendes i Danmark, ligesom graden af ST-elevation for kvinder samt graden af ST-depression er angivet. Tillige er vigtigheden af at erkende forhøjede troponinværdier hos patienter uden erkendt iskæmisk hjertesygdom omtalt. Således er troponinforhøjelse ikke altid synonymt med AMI.

Med baggrund i de seneste ESC guidelines har vurdering af blødningsrisikoen fået en fremtrædende plads i behandlingsvejledningen, hvilket vi tilsvarende anbefaler.

STEMI

Den rutinemæssige anvendelse af metoprolol (Seloken®) anbefales ikke, men kan overvejes hos patienter med svært forhøjet blodtryk. Patienter der har fået foretaget primær PCI, men som ikke er blevet fuldt revaskulariserede i det akutte forløb, bør funktionstestes (arbejdstest, myokardiscintigrafi) i forbindelse med rehabilitering. Ved fortsat angina eller tegn til betydende iskæmi/reversibel iskæmi må yderligere revaskularisering overvejes.

Efter fibrinolyse anbefales rescue PCI gennemført, hvis der er tegn på »failed« fibrinolyse (< 50 % ST resolution efter 90 min.), kardiogent shock eller ventrikulære arytmier. Faciliteret fibrinolyse har ikke vist effekt og anbefales ikke.

Patienter, der indlægges med STEMI \geq 12 timer efter symptomdebut, skal normalt ikke tilbydes akut revaskularisering. Behandlingen bør tilsvare NSTEMI regime. Patienterne skal ikke behandles med fibrinolyse.

NSTEMI og UAP

Som nyt anbefales primær behandling med fondaparinux (Arixtra®). Alternativt kan anvendes enoxaparin (Klexane®) eller dalteparin. Ved svær nyreinsufficiens (GFR 20 < ml/time) er fondaparinux kontraindiceret, og for enoxaparin samt dalteparin skal dosis reduceres. Henvisning til KAG indenfor 72 timer anbefales generelt. Ved den akutte medicinske forbehandling før PCI anbefaler AKS arbejdsgruppen Clopidogrel tbl. 600 mg i forhold til trombokardiologigruppen, der anbefaler 300 mg (se nedenstående). Bi-

valirudin er ikke fundet anbefalelsesværdig sammenholdt med ovenstående. Anvendelse af GPIIb/IIIa receptorblokker (eptifibatid eller tirofiban) i kombination med fondaparinux, enoxaparin eller dalteparin) kan anbefales til patienter med refraktær iskæmi, troponinforhøjelse, EKG dynamik (ST- eller T-taks ændringer), diabetes mellitus eller intermedieær til høj GRACE risiko score, hvor interventionel behandling indenfor behandlingsperioden (< 72 timer) findes indiceret og mulig.

Arytmi- og hjerteinsufficiensbehandling ved AKS

Indenfor arytmi- og hjerteinsufficiensbehandling er der kun mindre ændringsforslag.

Særlige forhold ved AKS

Særlige forhold ved AKS er udvidet med respektive afsnit omkring nyreinsufficiens, anæmi, ældre (> 75 år), patienter i dipyridamol-, AK-, eller NSAID behandling.

Rehabilitering

Alle AMI-patienter med eller uden revaskularisering skal tilbydes et integreret rehabiliteringsforløb med henblik på fortsat medicinsk behandling og modifikation af risikofaktorer.

Den reviderede AKS rapport og NBV AKS 2008 er forelagt formanden Lene Holmvang for den Præhospitale arbejdsgruppe, der tilslutter sig revisionerne og formanden for Trombokardiologi arbejdsgruppen Lars Hvilsted Rasmussen, der tilslutter sig revisionerne, idet det dog anføres at Trombokardiologi arbejdsgruppen anbefaler Clopidogrel tbl. 300 mg akut til patienter med NSTEMI, hvor AKS arbejdsgruppen anbefaler 600 mg. Dette punkt tages op til afklaring ved årsmødet.

Dansk Cardiologisk Selskabs bestyrelse har den 7.2.2008 godkendt anvendelsen af ESC guidelines med AKS arbejdsgruppens kommentarer, tillæg og afvigelser for danske forhold. Dette er specifikt kommenteret i ovenstående resume af væsentlige ændringer i forhold til AKS rapport/NBV AKS 2008 i forhold til tidligere versioner.



Reference.

1. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndrom. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2007;28:1598-1660.
2. 2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines 2007; epub.
2. *Thygesen K, Alpert J, White HD*; Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction Universal Definition of Myocardial Infarction. *Eur Heart J* 2007;28:2525-38 samt *J Am Coll Cardiol* 2007;50:2173-95 samt *Circulation* 2007;116:2634-53.