
Akutt livstruende hjertesvikt – kardiogent sjokk

INVITERT KOMMENTAR

JON HENRIK LAAKE

jlaake@ous-hf.no

Jon Henrik Laake er spesialist i anesthesiologi og overlege ved Avdeling for anesthesiologi og intensivmedisin, Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Kardiogent sjokk er assosiert med høy dødelighet og redusert livskvalitet hos overlevende. Behandlingen er ofte ressurskrevende og risikofyllt. Medisinske kvalitetsregistre bør utnyttes systematisk.

Akutt hjerteinfarkt er en tilstand som over tid har fått stor oppmerksomhet og blitt gitt betydelige ressurser. Det som for 50 år siden var en sykdom med begrensede behandlingsmuligheter, håndteres i dag med velorganisert logistikk og effektiv diagnostikk og behandling. Dette har ført til kraftig redusert dødelighet og bedre langtidsprognose for mange pasienter.

Likevel utvikler enkelte pasienter alvorlig sirkulasjonssvikt – kardiogent sjokk. Vedvarende lavt hjerteminuttvolum påvirker perfusjonen til alle organsystemer, og kan utløse multiorgansvikt. Dødeligheten er i slike tilfeller mange ganger høyere enn ved ukompliserte infarkter, og livskvaliteten hos overlevende er betydelig redusert [\(1\)](#). Hos mange pasienter med kardiogent sjokk er tilstanden nokså raskt forbigående. Det gjelder særlig pasienter som blir vellykket revaskularisert ved akutt koronarokklusjon. Hos pasienter med underliggende kronisk hjertesykdom er utsiktene til rask bedring ofte mye dårligere [\(2, 3\)](#).

Der hvor kapasitet og kompetanse tillater det, er det derfor naturlig å vurdere bruk av mekanisk sirkulasjonsstøtte – i form av aortaballongpumpe (IABP), veno-arteriell ekstrakorporal membranoksygenering (VA-ECMO) eller mikroaksial venstre ventrikkelpumpe – hos mange pasienter med alvorlig sirkulasjonssvikt. Slike tiltak er imidlertid ressurskrevende og har usikker effekt, særlig utenfor utvalgte pasientgrupper [\(4\)](#).

«Når medisinsk behandling ikke gir ønsket effekt, står man igjen med bivirkningene – og ved invasiv sirkulasjonsstøtte kan disse være alvorlige»

Som påpekt av Alvestad og medarbeidere i en artikkel som nå publiseres i Tidsskriftet (5), er det kun mikroaksial venstre ventrikkelpumpe som hittil har vist dokumentert effekt på overlevelse – og da begrenset til pasienter med kardiogent sjokk sekundært til ST-elevasjonsinfarkt. Til tross for dette brukes ulike former for mekanisk sirkulasjonsstøtte ved flere typer akutt hjertesvikt. Om dette faktisk forbedrer prognosen, er fortsatt usikkert. Valget av behandling må derfor alltid innebære en nøye avveining mellom forventet nytte og risikoen for komplikasjoner. Når medisinsk behandling ikke gir ønsket effekt, står man igjen med bivirkningene – og ved invasiv sirkulasjonsstøtte kan disse være alvorlige (6).

Dødeligheten ved kardiogent sjokk påvirkes i stor grad av sekundære, ekstrakardiale organkomplikasjoner, særlig akutt respirasjonssvikt og nyreskade. Mange av disse pasientene behandles i intensivavdeling, hvor man har lang erfaring med å håndtere slike komplikasjoner. Kvaliteten på behandlingen av disse komplikasjonene har trolig like stor betydning for pasientens prognose som behandlingen av den underliggende hjertesvikten (7).

«For å kunne trekke sikre konklusjoner om effekt og årsakssammenhenger, er det fortsatt nødvendig med godt gjennomførte, randomiserte studier»

Medisinske kvalitetsregistre har vist seg nyttige for å kartlegge ressursbruk og komplikasjoner – forhold som ofte vurderes ut fra klinisk erfaring snarere enn systematiske data (8). Slike registre kan i noen grad identifisere interessante sammenhenger med kliniske utfall, men som ved annen epidemiologisk forskning, er funnene sterkt avhengige av presise definisjoner og høy datakvalitet. Registerdata alene kan derfor ikke avgjøre hva som er beste behandling. For å kunne trekke sikre konklusjoner om effekt og årsakssammenhenger, er det fortsatt nødvendig med godt gjennomførte, randomiserte studier.

Pasienter med kardiogent sjokk som mottar behandling i intensivavdeling, registreres i dag i Norsk intensivregister (NIR). Med målrettet tilrettelegging og i samarbeid med Norsk hjerteinfarktregister, ligger det godt til rette for en mer helhetlig og systematisk registrering av denne pasientgruppen. Dette bør omfatte både data om pasientpopulasjon, behandlingstiltak og overlevelse, samt oppfølging etter intensivopphold, inkludert forekomst av post-intensivbehandlingssyndrom (PICS) og behov for rehabilitering (1). En slik samordnet innsats vil kunne gi bedre kunnskapsgrunnlag for kvalitetsforbedring og forskningsbasert utvikling av behandlingsforløpet for pasienter med kardiogent sjokk i Norge.

REFERENCES

1. Hall EJ, Agarwal S, Cullum CM et al. Survivorship After Cardiogenic Shock. *Circulation* 2025; 151: 257–71. [PubMed][CrossRef]
2. Jung RG, Stotts C, Gupta A et al. Prognostic Factors Associated with Mortality in Cardiogenic Shock - A Systematic Review and Meta-Analysis. *NEJM Evid* 2024; 3: a2300323. [PubMed][CrossRef]
3. Lüsebrink E, Binzenhöfer L, Adamo M et al. Cardiogenic shock. *Lancet* 2024; 404: 2006–20. [PubMed][CrossRef]
4. Thiele H, Møller JE, Henriques JPS et al. Temporary mechanical circulatory support in infarct-related cardiogenic shock: an individual patient data meta-analysis of randomised trials with 6-month follow-up. *Lancet* 2024; 404: 1019–28. [PubMed][CrossRef]
5. Alvestad A, Svendsen ØS, Raaheim J et al. Pasienter innlagt med kardiogent sjokk - en retrospektiv studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0046. [CrossRef]
6. Jentzer JC, Hibbert B. Optimal patient and mechanical circulatory support device selection in acute myocardial infarction cardiogenic shock. *Lancet* 2024; 404: 992–3. [PubMed][CrossRef]
7. Mehta C, Shin A, Osorio B et al. Management of non-Cardiac Organ Failure in cardiogenic shock. *Am Heart J Plus* 2025; 55: 100549. [PubMed][CrossRef]
8. Furnes O, Havelin LI, Espehaug B et al. Det norske leddproteseregisteret– 15 nyttige år for pasientene og for helsevesenet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1367–9. [PubMed]

Publisert: 11. september 2025. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0468
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 19. juni 2026.