

Brystsmerter som symptom har en helt spesiell og paradoksal status. På den ene siden vet allmennheten, pasienten og legen at dette er det vanligste symptom ved den sykdom som tar livet av de fleste av oss. Det er derfor helt naturlig at brystsmerter gir angst og at angst gir brystsmerter. På den annen side har nesten alle mennesker episoder eller perioder med brystsmerter, hvorav de aller fleste er uskyldige og har helt andre mekanismer enn trange koronararter.

Det har skjedd viktige fremskritt i behandling av koronarsykdommer. Overbevisende dokumentasjon ruller inn over oss om nytten av prehospital trombolytisk behandling, aktiv utredning av ustabil angina, utblokkning av koronararter ved akutt infarkt og medikamentell behandling. Både pasient og lege bekymrer seg i økende grad for om forsinkelser kan frata pasienten med begynnende symptomer en betydelig prognosegevinst. Det er derfor ikke å undre seg over at allmennmedisinere, akuttmottak og laboratorier oversvømmes av pasienter og aggressive søknader. Den tradisjonelle, fornuftige trinnvise seleksjon av pasienter med brystsmerter som har vært utøvet av pasienter, pårørende, allmennmedisinere og sykehusleger, blir satt under økende press. Denne situasjonen gjør det nødvendig å analysere på nytt våre rutiner for diagnostikk og behandling av brystsmerter.

Koronar angiografi har med rette vært betraktet som gullstandarden som bekrefter eller utelukker om det foreligger koronarsykdom. Antall pasienter med «normale angiogrammer» er økende og utgjør i Norge nå anslagsvis 20 % av dem som undersøkes på mistanke om koronarsykdom. Dette betyr at risikofylt diagnostikk for ca. 30 millioner kroner har hatt beskjedne kliniske konsekvenser. Samtidig er det klart at ikke alle pasienter med brystsmerter kan få utført en koronar angiografi. Vi må fortsatt på en eller annen måte praktisere en form for systematisk seleksjon i flere ledd, utøve en portvaktfunksjon, ved hjelp av sykehistorie, hvile-EKG, arbeids-EKG og eventuelt myokardscintigrafi. Alle disse metoder kan svikte, men brukt med klinisk skjønn og klokskap kan de totalt sett gi god presisjon og god sikkerhet for å utelukke alvorlig sykdom med behandlingsmessig prognosegevinst. Blant alle ikke-invasive metoder har sykehistorien fortsatt en nøkkelrolle.

Som gruppe er disse pasientene både under- og overbehandlet. De virkelig koronarsyke kommer ofte for sent til aktiv behandling. De andre får for mange innleggelses- og opphold, for mye medikamenter og for mye invasiv diagnostikk.

At brystsmerter kan være forårsaket av psykiske mekanismer, har vært vel kjent i over 100 år, med klassiske beskrivelser av bl.a. Sigmund Freud (1) og Trygve Braatøy (2). Nomenklaturen for beskrivelse av disse mekanismer har skiftet. Soldater ved fronten utviklet «effort syndrome» og «soldiers heart» med brystsmerter som dominerende symptom. En sivil variant av dette var «nevrasteni». I dag kaller vi disse mekanismene «funksjonelle» eller bedre «somatiserende». En stor del av disse pasientene har angst, mange med panikkartede bølger. I de senere år har erkjennelsen bak disse begreper ofte druknet i den moderne kardiologi.

Toril Dammen gir i dette nummer av Tidsskriftet en oversikt over ikke-kardiale brystsmerter (3). Artikkelen er basert på hennes egen doktoravhandling om psykologiske faktorer hos brystmerterpasienter (4). I avhandlingen har hun beskrevet angstrelassjonen i moderne kvantitative termer. Hennes studie tok utgangspunkt i pasienter henvist til kardiologiske poliklinikker for brystsmerter. Resultatene er optimistiske. Hun finner at panikkangst er hyppig hos pasienter med brystsmerter, at dette som regel kan diagnostiseres også av allmennmedisinere og at tilstanden kan behandles med gode resultater. Det er all grunn for allmennmedisinere og indremedisiner som behandler disse pasientene, til å merke seg funnene og til å inkludere begrepet panikkangst høyt på listen over differensialdiagnoser ved brystsmerter. Vi kan komme langt i analysen av disse problemene på egen hånd, og psykiatere og psykologer har tydeligvis gode muligheter for å hjelpe oss når vi står fast. Funne bør inkorporeres i legeutdanning, spesialistutdanning og i samarbeidsrutiner mellom fagene. Vanskeligst blir det å få både leger og pasienter til å akseptere at et somatiserende syndrom kan være like reelt og viktig som en koronarstenose.

I hvilken fase den psykiatriske diagnostikk skal introduseres hos en pasient med brystsmerter, kan variere sterkt. I noen situasjoner kan allmennmedisineren utvilsomt stille diagnose og ta konsekvenser av den; i andre tilfeller må pasienten kanskje gjennom et arbeids-EKG eller koronar angiografi før man kan sette sluttstrek for den somatiske utredning. Uansett omfang er en god og tillitvekkende somatisk diagnostikk avgjørende for å kunne komme i gang med en analyse av andre mulige mekanismer. Selv hos pasienter som har gjennomgått angiografi med påvisning av normale koronararterier, er smerteproblemet som regel slett ikke «løst» med dette. Disse pasientene burde ha en systematisk oppfølging, særlig med henblikk på

diagnostikk og behandling av psykologiske faktorer. I stor grad bør dette være en oppgave for allmennmedisinere og lokalsykehus.

I artikkelen forutsetter Dammen i stor grad at vi vet at pasienten ikke er hjertesyk (3). Det gjør vi ofte ikke. Selv få uker etter en normal angiografi kan spørsmålet dukke opp: Er det skjedd noe nytt der inne?

Disse pasientene er ofte overbevist om at årsaken til deres smerter er koronarsykdom. Det kan derfor ofte være hensiktsmessig å inngå en kontrakt om hvor langt diagnostikken skal gå, før det settes strek. Det kan kreve både innsikt og kommunikative evner for å få pasienten til å akseptere at man må leve med en viss tvil (5).

Et forhold som Dammen i liten grad tar opp, er kombinasjonen av somatisk hjertesykdom og angst. Dette er en velkjent kombinasjon for alle leger som behandler hjertespasienter. Kunsten blir da å skille og å rette diagnostikk og behandling mot begge komponenter. Også her er det et betydelig behov for utvikling av samarbeidskanaler mellom somatikk og psykiatri.

Vårt tilbud til brystmerterpasienten kan utvilsomt bli bedre. Vi kan selektere pasientene bedre til de forskjellige trinn i den diagnostiske kjeden, pasienter som skal til intervusjon bør komme dit raskere og pasienter som absolutt ikke skal det, kan stoppes tidligere. Kunnskapen om somatiserende syndromer må utbres og inkorporeres i prosessen. Kanskje kan vi også spare ressurser ved å redusere overdiagnostikk. Fremfor alt må vi lære både oss selv og våre pasienter at vi må akseptere at våre metoder aldri blir perfekte og at den fullstendige trygghet mot hjertesykdom ikke finnes.

Knut Rasmussen
Medisinsk avdeling
Universitetssykehuset Nord Norge
9038 Tromsø

Knut Rasmussen (f. 1938) er professor dr.med. og spesialist i indremedisin og hjertesykdommer

Litteratur

1. Breuer J, Freud S. Studien über hysterie. Leipzig: F. Deuticke, 1895.
2. Braatøy T. De nervøse sinn. Medisinsk psykologi og psykoterapi. Oslo: Cappelen, 1965.
3. Dammen T. Psykologiske faktorer ved ikke-kardiale brystsmerter. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1391–5.
4. Dammen T. Psychological factors in chest pain patients referred to cardiological out-patient investigation with emphasis on panic disorder. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 1999.
5. Malterud K. Somatisering – en dårlig diagnose. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1092.