

the invasive evaluation can be delayed without increased risk but should be performed during the same hospital stay, preferably within 72 h of admission.» (2).

I den refererte artikkelen fra Hjerterforum 2/2012 kan vi lese denne anbefalingen: «Pasienter med lavere risikoskår, men med minst 1 høyrisiko-kriterium (f.eks. troponinstigning eller dynamiske EKG-forandringer) tilrådes utredning innen 72 timer.» (3). I «Revidert veileder for behandling av UAP/NSTEMI i Helse Sør-Øst» fra 2012 heter det: «Ved mer stabile tilstander anbefales angiografi innen 72 timer» (4). En betydelig andel av pasientene (majoriteten?) kan altså vente opptil 72 timer på angiografi, og behandlingen vil allikevel leve opp til retningslinjen.

GRACE-skår kommenteres ikke i artikkelen, men kunne være beregnet på bakgrunn av registerdata. Hadde man involvert andre sykehus i arbeidet med artikkelen, ville man hatt tilgang til alle data fra infarktregisteret. Dette ville ha muliggjort en mer nyansert tilnærming til en meget relevant problemstilling innen kardiologien.

Ut fra dette er vi av den oppfatning at forfatterne trekker noe forhastede slutninger når de hevder at alle pasientene burde vært angiografert innen 24 timer. Det er heller ikke helt i samsvar med den praksis vi selv opplever i vår kontakt med Sørlandet Sykehus Arendal om disse pasientene. Vi ringer rutinemessig sykehuset så snart vi har fått bekreftet for eksempel en troponinstigning, og vi opplever regelmessig at det tilrådes overflytting neste dag.

Vi i Sykehuset Telemark ser gruppen med kritisk sykdom som bør angiografes innen to timer som den største utfordringen. Her må vi se på mulighetene for bedre prehospital seleksjon slik at disse kommer rett til PCI-senter. Ekkokardiografi prehospitalt er neppe realistisk, men 15-avlednings-EKG i ambulansen vil kunne bidra til bedre seleksjon. Hos oss har vi nylig innført døgkontinuerlig hjertevakt som vil bedre seleksjonen av disse pasientene.

Jacob Thalamus

jacob.thalamus@sthf.no

Magnus Topper

Christian Østfold

Jan Hysing

Kristian Tobiasson

Thusego Motswakadikwa

Brit Velund

Jacob Thalamus (f. 1955) er overlege ved Sykehuset i Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Magnus Topper (f. 1974) er overlege ved Sykehuset i Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Christian Østfold (f. 1969) er overlege ved Sykehuset i Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Jan Hysing (f. 1952) er overlege ved Sykehuset i Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kristian Tobiasson (f. 1974) er overlege ved Sykehuset i Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Thusego Motswakadikwa (f. 1974) er overlege ved Sykehuset i Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Brit Velund (f.1948) er overlege ved Sykehuset i Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Jortveit J, Grenne B, Uchto M et al. Følges retningslinjene for behandling av hjerteinfarkt? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 412–6.
- Hamm CW, Bassand JP, Agewall S et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2011; 32: 2999–3054.

- Kvalitetsutvalget NCS. ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Hjerterforum nr. 2/2012. <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-cardiologisk-selskap/Hjerterforum1/2012/Hjerterforum-nr-2---2012/4.3.2014>.
- Benz B, Endresen K, Eritslund J. Revidert veileder for behandling av UAP/NSTEMI i Helse Sør-Øst. Oslo: Helse Sør-Øst, 2012.

J. Jortveit og medarbeidere svarer:

Vi takker for kommentar fra gode kolleger ved Sykehuset Telemark. Vi er helt enige i at god prehospital diagnostikk og direkte transport til sykehus med riktig kompetanse er viktigst hos dem med kritisk sykdom hvor invasiv utredning og behandling er anbefalt innen to timer.

Retningslinjene til European Society of Cardiology (ESC) (1) og Veilederen fra Helse Sør-Øst (2) omhandler både pasienter med akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon og akutt koronarsyndrom uten hjerteinfarkt. I vår studie ble kun pasienter med hjerteinfarkt inkludert og diskutert.

Fra retningslinjene til ESC refererer vi: «High risk patients as identified by GRACE risk score >140 and/or the presence of at least one primary high risk criterion (Table 9) should undergo invasive evaluation within 24 h.» Primære høyrisikokriterier er i tabell 9 i samme retningslinjer definert som 1) «Relevant rise or fall in troponin» og 2) «Dynamic ST- or T-wave changes (symptomatic or silent)». Dette innebærer en klar anbefaling om invasiv utredning innen 24 timer av alle pasienter med hjerteinfarkt, altså pasienter med endring i troponinnivå, uavhengig av GRACE-skår.

Jarle Jortveit

jarle.jortveit@sshf.no

Bjørnar Grenne

Michael Uchto

Thomas Dahlslett

Liv Fosse

Pål Gunnes

Jarle Jortveit (f. 1974) er spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer og seksjonsoverlege ved Medisinsk avdeling, Sørlandet sykehus, Arendal, og medlem av nasjonal rådgivningsgruppe i Norsk hjerteinfarktregister. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Bjørnar Grenne (f. 1978) er konstituert overlege ved Klinikkk for hjertemedisin, St. Olavs hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Michael Uchto (f. 1954) er spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer og seksjonsoverlege ved PCI-senteret, Medisinsk avdeling, Sørlandet sykehus, Arendal. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Thomas Dahlslett (f. 1981) er lege i spesialisering og stipendiat ved Hjerteseksjonen, Medisinsk avdeling, Sørlandet sykehus, Arendal. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Liv Fosse (f. 1950) er spesialsykepleier og ansvarlig for hjerteinfarktregisteret ved Medisinsk avdeling, Sørlandet sykehus Arendal. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Pål Gunnes (f. 1946) er spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer og overlege ved PCI-senteret, Medisinsk avdeling, Sørlandet sykehus, Arendal. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Hamm CW, Bassand JP, Agewall S et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2011; 32: 2999–3054.
- Benz B, Endresen K, Eritslund J. Revidert veileder for behandling av UAP/NSTEMI i Helse Sør-Øst. Oslo: Helse Sør-Øst, 2012.