

RETNINGSLINJER FOR HENVISNING TIL PCI VED AKUTT KORONART SYNDROM

I HELSE NORD

I. Generelle regler

1. Retningslinjene representerer idealer som ikke alltid kan realiseres i praksis. I vår landsdel vil vær, geografi og samtidighetskonflikter i transportleddet i enkelte tilfelle føre til modifikasjoner i forhold til rutinene. Andre praktiske og medisinske forhold kan også gjøre modifikasjoner nødvendig. Dette har særlig betydning ved STEMI.
1. For alle pasientkategorier innen dette fagfeltet gjelder det at de dårligste pasientene har størst nytte av intervensjoner. Disse bør derfor gjennomgående ha prioritet.
2. Alle enheter som behandler disse pasientene bør studere de originale europeiske guidelines, sist formulert i mars 2005 i European Heart Journal.
3. Henvendelser om overføring til PCI går til intervensjonskardiologisk bakvakt, UNN, sentralbord 77 62 60 00, calling 70-044. Denne invasive bakvakt befinner seg på dagtid på angiolab 2, tel. 69407. Transport bestilles via egen AMK.
4. Disse retningslinjer bygger på "Plan for behandling av pasienter med akutt koronarsyndrom i Helseregion Nord" av januar 2004 og er revidert per august 2006. Videre revisjoner vil foretas ved behov.
5. Pasienter som skal transporteres med fly eller helikopter bør i økende grad sendes direkte til UNN når det er sannsynlig at de likevel skal dit raskt. Når et fly først er i lufta er tiden omtrent den samme til alle bestemmelsessteder.
6. Alle pasientkategorier bør gis medikamentell basisbehandling, hvis det ikke er kontraindikasjoner.

II. STEMI

Som beskrevet i den generelle plan og i retningslinjer for prehospital trombolyse i Helse Nord er trombolyse fortsatt hjørnesteinen i behandlingen av STEMI. De fleste skal før eller senere også ha utført koronar angiografi.

Kategori 1: STEMI til primær PCI

- a) Pasienter som kan nå PCI bordet innen 90 minutter i løpet av de første 12 timer etter smertedebut. Når denne tiden beregnes må tidstap både før transporten kan begynne og etter ankomsten i akuttmottaket på PCI-sykehuset tas i betraktning. Fordi trombolyse er svært effektivt i tidlig fase skal man de første 3 timene etter smertedebut være helt sikker

på at 90 minutters kriteriet kan tilfredsstilles for å kunne la være å gi trombolyse. Tilsvarende kan tidsgrensen tøyes noe i favør av primær PCI når det er gått mer enn 3 timer etter smertedebut. I realiteten blir dette et tilbud til Tromsø by og nærmeste omegn.

- b) Pasienter med kontraindikasjoner mot trombolyse. Disse skal til umiddelbar primær PCI med høyeste prioritet uansett transporttid, de første 12 timer etter smertedebut.

Innleggelse/overføring skal skje med topp prioritet.

Kategori 2: *Rescue PCI*

- a) Pasienter som har fått trombolyse, men som ikke har respondert, Det vil si at de enten har persisterende EKG-forandringer eller smerter. Denne vurdering må gjøres fortløpende og må starte innen 45-60 minutter etter trombolyse..
- b) Pasienter som er hemodynamisk ustabile, eventuelt med begynnende kardiogent sjokk, eller betydelig arytmitendens.
- c) Pasienter som reinfarserer etter trombolyse.

Disse pasientene skal også ha topp-prioritet transportmessig.

Kategori 3: "Abortert Q-infarkt"

Vellykket trombolysebehandlet STEMI der EKG forandringene er gått helt eller nesten helt tilbake, der det ikke har vært Q-utvikling og der troponinstigningen har vært minimal. Invasiv utredning innen 24 timer. Hovedhensikten er her å sikre blodforsyningen til det infarkttruete område.

Kategori 4: *Gjennomgått ukomplisert STEMI*

- a) STEMI som er kommet til behandling så sent at tidsfristen for trombolyse er utløpt (over 12 timer).
- b) Pasienter som har gjennomgått en vellykket trombolyse og som er stabile.

Hos disse er det fortsatt mulighet for å gjøre nytte ved intervensjon vis a vis det akutte infarkt, men hovedhensikten med undersøkelsen er å hindre ny infarsering. Angiografi bør utføres innen 24 timer. Prioriteten er lavere enn de foregående kategorier. Hvis dette ikke kan gjøres er det akseptabelt å risikostatifisere pasienten basert på pasientens totale situasjon og ischemidiagnostikk.

III. Non-STEMI

Pasientene bør vurderes individuelt. Disse pasientene har per definisjon markørutslipp med eller uten EKG forandringer. Med pågående/residiverende smerter, dynamiske EKG-forandringer eller arytmier bør tilstanden behandles som øyeblikkelig hjelp med angiografi så raskt som mulig og innen 24 timer. I de fleste tilfelle klinger symptomene av, pasienten kan stabiliseres medikamentelt og overføres til angiografi når det passer, helst innen 72 timer. Prioritet avgjøres av symptomatologi. Hos pasienter som ikke har noen av de ovennevnte tegn på sykdomsaktivitet kan ytterligere risikostatifisering basert på totalsituasjon og ischemidiagnostikk aksepteres, angiografi kan da evt. utsettes i gruppen med lavest risiko.

IV. Ustabil angina pectoris

Akselererende og residiverende koronarsuspekterte smerter som ikke lar seg stabilisere med basismedikasjon skal betraktes som øyeblikkelig hjelp pasienter, uavhengig av EKG-forandringer eller troponinstigning. Prioritet som non-STEMI. Risikostratifisering er akseptabelt.

V. Basisbehandling for akutt koronart syndrom

1. ASA: Novalgin 300 mg x 1 med overgang til Albyl E 160 mg x 1, eventuelt 500 mg kort før PCI. Etter prosedyre vanligvis 75mgx1.
2. Clopidogrel 600 mg x 1 umiddelbart ved første kontakt med helsevesenet, deretter 75 mg x 1. Forut for PCI eventuell ny metningsdose 300 mg x 1.
3. Betablokker.
4. Nitroglyserin ved behov.
5. Lavmolekylært heparin.. Alle skal ha 1 mg/kg Klexane subkutan x 2 fra diagnosen akutt koronarsyndrom er stilt til PCI er gjort eller til utskrivning. Gi ikke Klexane hvis du vet at pasienten kommer til angio/PCI samme dag.
6. Statin
7. Intravenøs platehemmer i form av GP IIb/IIIa reseptor-blokkere kan være aktuelt hos enkelte pasienter før angiografi, etter avtale med intervensjonskardiolog.
8. Når det gjelder trombolyse av STEMI vises det til Helse-Nords retningslinjer for dette.

VI. Definisjoner

STEMI: Akutt myokardinfarkt med ny ST-segmentheving $\geq 0,2$ mV i $V_1 - V_3$ eller $\geq 0,1$ mV i alle andre avledninger

Non-STEMI: Akutt myokardinfarkt uten ST-hevning i EKG, dvs. enten ST-segment senkning eller ingen forandring i ST-segmentet.

Sist ajourført 1.11.06

Fagråd i Kardiologi
Helse Nord