

Europeiska Kardiologföreningen publicerade 2015 nya riktlinjer för behandling av patienter med icke-ST höjningsinfarkt (<http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehv320>). Nedan följer en sammanfattning av de mest betydelsefulla delarna av de nya rekommendationerna tillsammans med kommentarer från Svenska Kardiologföreningens arbetsgrupp för kranskärslsjukdom.

1. *Förbehandling med P2Y12-hämmare (Ingen rekommendation)*

Den optimala tidpunkten för insättning av ticagrelor eller clopidogrel hos patienter som ska genomgå invasiv utredning är inte klarlagd. Därför avstår man i dokumentet från att rekommendera rutinmässig förbehandling hos denna patientgrupp. Däremot rekommenderas inte förbehandling alls med prasugrel baserat på ACCOAST-studien som visade ökad risk för blödning men ingen minskning av kardiovaskulär död eller ischemiska händelser. Hos patienter som inte planeras genomgå invasiv utredning rekommenderas behandling med P2Y12 hämmare så fort diagnosen är bekräftad om det inte föreligger kontraindikationer för behandlingen.

2. *Behandling med ticagrelor längre än 12 månader kan övervägas i särskilda fall (rekommendation IIb, A)*

Vanligtvis fortgår behandling med DAPT i 12 månader vid NSTEMI/AKS. Denna behandlingstid kan behöva kortas ner (3-6 månader) baserat på patientens blödningsriskprofil. För högrisk patienter med uttalad riskprofil och svår kranskärslsjukdom (ex upprepade infarkter trots adekvat behandling, prematur kranskärslsjukdom, stent i huvudstam, flerkärslsjukdom mm) som tolererat 12 månaders DAPT behandling utan blödningskomplikationer kan förlängd behandling med ticagrelor i reducerad dos, 60mgx2, övervägas efter 12 månader. Detta har visat sig minska risken för kardiovaskulär död och ny hjärtinfarkt men medför samtidigt en ökad blödningsrisk (PEGASUS-studien).

3. *"Rapid rule" in och "rule out" protokoll vid misstänkt NSTEMI (rekommendation I, B)*

"Rapid rule in" och "rule out" innebär att man tar troponin nummer två redan efter 3 eller 1 timmar och på så sätt kan fria från NSTEMI hos de som inte får någon signifikant ökning av hs-cTn. Man rekommenderar att troponiner mäts med högsensitiv metod (1B). Även symtombild och EKG ska tas med i bedömningen samt att tillräcklig tid har förflutit sedan senaste smärteepisod.

4. *Hos patienter utan återkommande bröstsmärta, normalt EKG och normala hjärtmarkörer (hög-sensitivt troponin) men misstänkt AKS rekommenderas ett non-invasivt test företrädesvis med imaging före beslut om invasiv utredning (rekommendation I, A)*

Många patienter i gruppen ovan utreds idag i Sverige antingen med arbetsprov på ergometercykel alternativt direkt invasiv koronarangiografi. Subakut stress-test företrädesvis med imaging rekommenderas för patienter utan

återkommande bröstsmärta med misstänkt AKS trots negativa biomarkörer och normalt EKG. Imaging-metoder får företräde gentemot arbets-EKG då dessa i flera studier har visat högre diagnostisk säkerhet. Genom att sätta upp rutiner för subakut imaging för denna patientgrupp kan vi öka den diagnostiska säkerheten och på ett säkrare sätt välja ut de patienter som bör utredas med invasiv koronarangiografi. Val av non-invasiv metod (stress-echo, myokardscintigrafi, PET, MR, CT-angio) bör baseras på sannolikheten för kranskärslssjukdom och lokalt tillgänglig expertis.

5. *Rytmmonitorering rekommenderas upp till 24h eller till PCI för låg till intermediärrisk patient. Längre telemetriduration >24h rekommenderas till högrisk patienter. (rekommendation II, C)*

Patienter med låg risk för arytmier definieras som hemodynamiskt stabila, utan tidigare/pågående arytmier, EF>40% och efter angiografi/PCI utan kvarvarande kritiska stenoser eller komplikationer. Överanvändning av telemetri i denna patientgrupp skapar onödigt extra-arbete för läkare och sjuksköterskor och kan bidra till undanträngningseffekter där andra patientgrupper bortprioriteras från övervakning.

6. *Tidig invasiv behandling (<24 h) rekommenderas NSTEMI-patienter med hög risk. (rekommendation IIa, C)*

En tidig invasiv koronarangiografi (inom 24 h) skall övervägas hos patienter med måttlig-hög risk för att ge underlag till beslut om optimal terapi (konservativ behandling vs PCI vs CABG). I Sverige föreligger en avsevärd variation mellan olika sjukhus avseende tid till koronarangiografi från ankomst till sjukhus. Andelen NSTEMI-patienter som genomgår koronarangiografi inom 3 dagar varierar från 37 till 100 %. Även om evidensläget för en tidig invasiv behandling inom 24 h är svagt (nivå C) anser arbetsgruppen att det är rimligt att sträva efter att majoriteten av patienterna som bedöms bli föremål för invasiv utredning bör genomgå denna inom 3 dygn.

7. *Cangrelor kan övervägas hos P2Y12-naiva patienter som genomgår PCI. (rekommendation IIb, A)*

Cangrelor, intravenöst administrerad, reversibel P2Y12-blockerare med kort halveringstid (<10 min), kan ges till selekterade patienter som inte fått P2Y12-blockerare före PCI. Cangrelor kan övervägas hos P2Y12-inhibitor-naiva patienter som genomgår PCI (IIb A) (CHAMPION-PCI, CHAMPION-PLATFORM och CHAMPION-PHOENIX). Användningsområdet bedöms dock bli begränsat då majoriteten av patienter redan förbehandlats med dubbel trombocythämning.

8. *Nya generationens DES ska övervägas över BMS hos patienter med orala antikoagulantia. (rekommendation I, A)*

Även hos patienter med hög blödningsrisk (HAS-BLED ≥ 3) där

trippebehandling bedöms indicerad rekommenderas efter en månad behandling med ett oralt antikoagulantia och en trombocythämmare oberoende av om patienten fått ett metallstent (BMS) eller ett nya generationens läkemedelsstent (DES) (ska övervägas; IIa/C). Således bör man även överväga att använda nya generationens DES framför BMS till patienter med indikation för orala antikoagulantia. Patientnyttan med nya generationens DES jämfört BMS föreligger hos alla subgrupper inklusive de med förhöjd blödningsrisk. Ur ett svenskt perspektiv ser inte arbetsgruppen att det finns medicinska skäl att använda BMS framför nya generationens DES i den här patientgruppen.

9. *Man rekommenderar att screena alla patienter med NSTEMI för diabetes (rekommendation I, C)*

Enligt ESCs tidigare diabetesriktlinjer (2013) ska screening för diabetes i första hand göras med mätning av faste-glukos och HbA1C. Om dessa är *inkonklusiva*, vilket får tolkas som att man inte kan ställa eller utesluta diagnosen baserat på dessa mätningar, rekommenderas glukosbelastning (OGTT). Baserat på data från SWEDEHEART underdiagnosticeras diabetespatienter i Sverige, med stor variation i landet. Detta kan bero på olika metoder att screena patienter och/eller brist på rutiner angående detta. Hur ser rutinerna ut för diabetes-screening på ditt sjukhus?

10. *Bristande evidens för att stoppa metforminbehandling 24-48 h före koronarangiografi (rekommendation I, C)*

Att rutinmässigt göra uppehåll med metformin 1-2 dygn innan koronarangiografi är vedertagen praxis som saknar vetenskapligt stöd eftersom risken för laktacidosis är mycket låg. Metformin bör dock sättas ut tillfälligt hos patienter med övergående njurfunktionspåverkan efter koronarangiografi/PCI.

11. *Hos patienter med LDL > 1.8 trots tolererbardos statin ska ezetimibe övervägas (rekommendation IIa, B)*

De nya rekommendationerna baseras på IMPROVE-IT studien. Det verkar dock som riktlinjerna skrevs innan subgruppsanalyser som visade särskild nytta hos diabetiker presenterades, då dessa viktiga skillnader inte nämns i dokumentet. Nya riktlinjer för lipidbehandling kommer att publiceras på ESC i Rom i augusti 2016, där vidare rekommendationer avseende behandling med ezetimibe förväntas.

12. *Individuellt utformat skriftligt utskrivningsmeddelande vad avser livsstils- och riskfaktorer ska utformas*

Guidelines understryker vikten av att patienten erhåller ett individuellt utformat utskrivningsmeddelande med målvärden för lipider och blodtryck samt råd om fysisk aktivitet, kosthållning, rökstopp och viktkontroll.