

Angina pectoris – Remissbedömning och utredning vid Hjärtmottagningarna Hallands sjukhus

Hitta i dokumentet

[Remissinnehåll och remissbedömning](#)
[Utredningsgång baserat på PTP och klinisk sannolikhet](#)
[Modaliteter](#)

[Återremittering till primärvården](#)
[Uppdaterat från föregående version](#)

Remissinnehåll och remissbedömning

Remiss till Hjärtmottagningen bör innehålla:

- En bra anamnes med tidsförlopp för de aktuella symtomen och där det framgår:
när symtomen uppkommer,
var obehaget sitter,
hur det känns och
hur länge varje episod pågår (vid effortutlösta besvär: hur snabbt lindrar vila/nitro?).
- Relevant **sjukdomshistorik** och **riskfaktorer**. Livskvalité vid multisjuklighet.
- ”Basala tester”: blodtryck, 12-avlednings-EKG, samt labprover (Hb, elstatus, s-lipider, faste-glukos och HbA1c).

Om en bedömning ej kan göras, pga att relevanta uppgifter saknas, bör man överväga att returnera remissen med begäran om komplettering.

Vid rimlig misstanke om angina pectoris gör remissbedömande kardiolog en skattning av **PTP** (pre-test probability), baserat på anginaanamnes, ålder och kön (i enlighet med ESC guidelines för chronic coronary syndromes 2019, se bild). Skattad **PTP** tillsammans med **riskprofil** avgör **klinisk sannolikhet** för koronarsjukdom och fortsatt handläggning enligt nedan. Vid redan känd kronisk koronarsjukdom används inte PTP-algoritmen men vid rimlig misstanke om reangina prioriteras remissen vanligen direkt till UKG Kard (se nedan).

PTP (pre-test probability) relaterat till ålder, kön och symptom.

Age	Typical		Atypical		Non-anginal		Dyspnoea ^a	
	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women
30–39	3%	5%	4%	3%	1%	1%	0%	3%
40–49	22%	10%	10%	6%	3%	2%	12%	3%
50–59	32%	13%	17%	6%	11%	3%	20%	9%
60–69	44%	16%	26%	11%	22%	6%	27%	14%
70+	52%	27%	34%	19%	24%	10%	32%	12%

©ESC 2019

2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes

Utredningsgång baserat på PTP och klinisk sannolikhet

PTP < 15 % och låg riskprofil

Behöver vanligtvis ej ischemiutredas.

Remissen i retur med rekommendation att primärt avstå ischemiutredning och i första hand överväga annan orsak till patientens besvär.

PTP 5-15 % och hög riskprofil

Risikfaktorer (t ex rökning, diabetes, hyperlipidemi, stark hereditet, EKG-fynd typiska för koronarsjukdom) ger en högre **klinisk sannolikhet** för koronarsjukdom varför ischemiutredning kan övervägas enligt nedanstående två huvudalternativ:

- Arbets-EKG hos kardiolog eller ST-läkare.** Vid väsentligen normalt vilo-EKG. Normalt arbets-EKG räcker vanligtvis för att fria vid denna lägre sannolikhetsnivå. Ger även en symptomvärdering och en riskvärdering. Kompletterande UKG kan övervägas.
- UKG hos BMA + ST-läkar-mott (eller UKG hos kardiolog).** Vid patologiskt vilo-EKG. Klinisk bedömning och ställningstagande till **CT-koronarangiografi** om anamnes och UKG ej räcker för att utesluta obstruktiv koronarsjukdom.

PTP > 15 % (oavsett riskprofil) eller vid sekundärdiagnostik (manifest koronarsjukdom med misstänkt reangina)

Bör som regel ischemiutredas.

(undantag patient med betydande komorbiditet/låg livskvalitet där nyttan av säkerställd anginadiagnos och/eller invasiv åtgärd är tveksam, remiss i retur med rekommendation om antianginös läkemedelsbehandling räcker vanligen i dessa fall).

Planeras till:

UKG hos kardiolog (eller UKG hos BMA + ST-läkar-mott)

Vid besöket görs en sammanvägd klinisk bedömning utifrån anamnes, riskprofil och ekokardiografiska fynd. UKG görs för att:

- utesluta differentialdiagnos (t ex aortaklaffvitium, hypertrof kardiomyopati, LVOT-obstruktion)
- påvisa indirekta tecken på koronarsjukdom (regional väggrörlighetsstörning, diastolisk dysfunktion)
- påvisa högriskecken (EF < 50%).

Vid fortsatt misstanke om angina pectoris beställer kardiolog ischemiutredning, med lämplig metod enligt nedan, baserat på skattad **"klinisk sannolikhet"** för koronarsjukdom (PTP förstärkt av riskfaktorer och eventuella EKG och UKG-fynd) och patientkaraktäristika.

Remissprioritet

Normal prioritet för bedömning på hjärtmottagning vid misstänkt stabil angina pectoris är 12 veckor. Högre prioritetsgrad (2 veckor eller 4 veckor) gäller vid lättutlösta och/eller svåra symtom (anginaklass 3 eller högre) eller vid kortare anamnes på successivt försämrad angina (crescendoangina).

Modaliteter

CT-koronarangiografi

Förstahandsmetod vid lägre (lågintermediär) klinisk sannolikhet för koronarsjukdom (angina pectoris mindre troligt men kan ej uteslutas). Mindre lämplig vid förmaksflimmer, frekventa extraslag eller takyarytmi. Ej lämplig vid sekundärdiagnostik. Vid patologiskt fynd av oklar signifikans i första hand funktionell värdering med stress-Ekokardiografi (för att slippa en andra stråldos), eller i andra hand myokardscintigrafi. Vid möjlig signifikant huvudstamsstenos eller signifikant flerkärslssjuka bör istället direkt invasiv koronarangiografi övervägas.

Arbets-EKG

I utvalda fall ett möjligt alternativ till CT-koronarangiografi vid lägre (lågintermediär) klinisk sannolikhet för koronarsjukdom om tillgängligheten till CT är låg.

Stress-ekokardiografi

Bra vid högre (högintermediär) klinisk sannolikhet för koronarsjukdom (troligen angina pectoris men ej bekräftat). Strålningsfri. Kräver hygglig ekogenicitet. Kan användas vid viabilitets-bedömning och vid sekundärdiagnostik (manifest koronarsjukdom med misstänkt reangina).

Myokardscintigrafi

Bra vid högre (högintermediär) klinisk sannolikhet för koronarsjukdom (troligen angina pectoris men ej bekräftat). Myokardscintigrafi utgör tillsammans med invasiv koronarangiografi också förstahandsmetoder vid sekundärdiagnostik (manifest koronarsjukdom med misstänkt reangina).

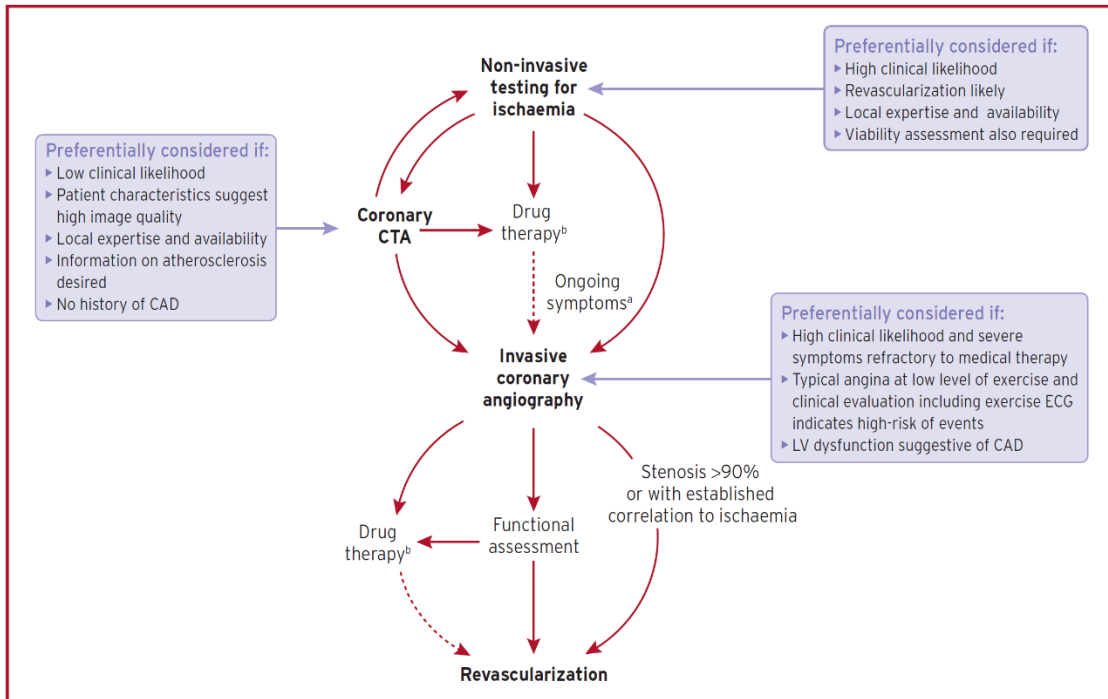
Koronarangiografi

I diagnostiskt syfte är invasiv koronarangiografi vanligtvis endast nödvändig om non-invasiva metoder varit inkonklusiva. Koronarangiografi utan föregående non-invasivt test kan dock övervägas vid:

- Hög klinisk sannolikhet för koronarsjukdom (t ex typisk angina vid högre ålder och stark riskprofil eller manifest koronarsjukdom med typisk reangina) och påtagligt begränsande anginasymtom (CCS 3-4).
- Typisk angina vid låg ansträngningsgrad och högriskkategori.
- Ekokardiografiska fynd talande för koronarsjukdom.

Efter non-invasiv undersökning med fastställd diagnos är koronarangiografi indicerat vid syfte att revaskularisera patienten om symptomatisk eller prognostisk indikation föreligger.

Utredningsgång vid misstänkt koronarsjukdom med stabila anginasymptom



2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes

Återremittering till primärvården

När anginautredningen är klar (oberoende av om misstänkt diagnos bekräftats eller uteslutits) och eventuell läkemedelsjustering gjorts återremitteras vanligtvis patienten till primärvården för fortsatt omhändertagande. Om patienten genomgår revaskularisering (PCI eller CABG) följs patienten i specialistsjukvården 1 år och återremitteras först därefter (via hjärtsjuksköterska) till primärvården.

Uppdaterat från föregående version

Lagt till stycke "Återremittering till primärvården". Redaktionella ändringar. Ersätter 2022-12-15.

Tillagt stycke om återremittering till primärvården.

Uppdaterad vårdriktlinje. Mindre justeringar och tillagt stycke om remissprioritet.