

Kronisk koronarsjukdom

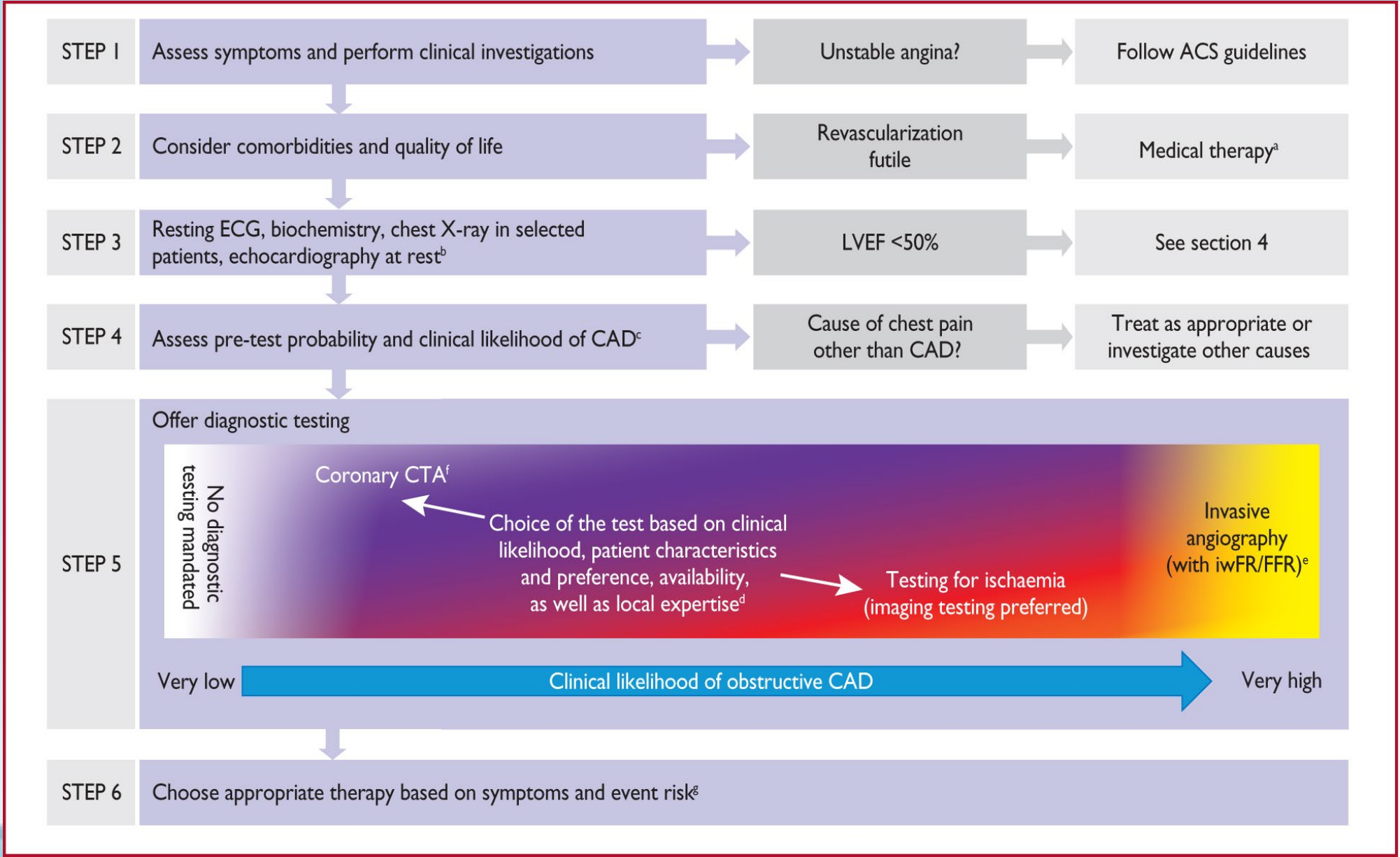
NYA REGIONALA VÅRDRIKTLINJER FÖR UTREDNING

Jörgen Hallgren 220318



Distriktsläkaren

Kardiologen



En bra anamnes

- När?
- Var?
- Hur?
- Hur länge?
- Hur snabbt lindrar vila/Nitro?

Typisk anginaanamnes uppfyller 3/3 kriterier:

- 1. Bröstmärta av typisk karaktär, lokalisation och duration.*
- 2. Kommer vid ansträngning/stress.*
- 3. Viker inom minuter av vila/Nitro.*

Pre-test sannolikhet för koronarsjukdom

- Typ av bröstsmärta (typisk, atypisk, ickeanginös)
- Ålder
- Kön

Pre-test probability (PTP)

2013

	Typical angina		Atypical angina		Non-anginal pain	
Age	Men	Women	Men	Women	Men	Women
30-39	59	28	29	10	18	5
40-49	69	37	38	14	25	8
50-59	77	47	49	20	34	12
60-69	84	58	59	28	44	17
70-79	89	68	69	37	54	24
>80	93	76	78	47	65	32

2019

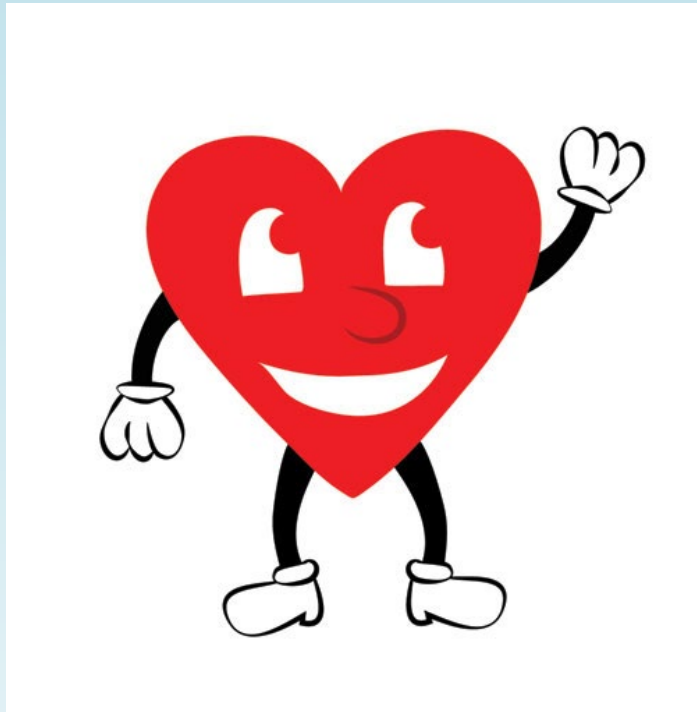
	Typical		Atypical		Non-anginal			Dyspnoea ^a	
Age	M	W	M	W	M	W		M	W
30-39	3%	5%	4%	3%	1%	1%		0%	3%
40-49	22%	10%	10%	6%	3%	2%		12%	3%
50-59	32%	13%	17%	6%	11%	3%		20%	9%
60-69	44%	16%	26%	11%	22%	6%		27%	14%
70+	52%	27%	34%	19%	24%	10%		32%	12%

~ 50 % reklassificeras till låg sannolikhet (< 15 %) med nya guidelines jmf med 2013

Färre behöver koronarutredas

- **PTP < 15 % och låg riskprofil** **NEJ** God prognos. Behöver vanligen ej utredas.
- **PTP < 15 % och hög riskprofil** **NJA** Utredning kan övervägas.
- **PTP > 15 % (oavsett riskprofil)** **JA** Bör utredas.

En remiss räcker!

[illegible]

Försök få med följande i remissen...

1. En bra anamnes!

- **NÄR** effort/stress?, när som helst?
- **VAR** centralt?, utbrett eller lokaliserat?, utstrålning?
- **HUR** smärtans karaktär
- **HUR LÄNGE** sek, min, timmar?
- **HUR SNABBT LINDRAR VILA/NITRO**

2. Riskfaktorer/sjukhistoria.

Riskfaktorer (Rökning, hyperlipidemi, hypertoni, diabetes, kron njursvikt, hereditet etc)

Tidigare hjärt-kärlhistorik (Hjärtinfarkt, PCI/CABG, CVI, claudicatio)

Livskvalité, multisjuklighet?

3. Basal testning.

Blodtryck

EKG

Kem lab
(Hb, Na, K, Krea, nt-proBNP, lipider, glu, HbA1c)

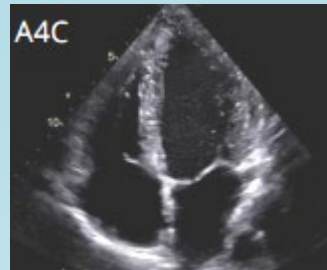
...och påbörja läkemedelsbeh vid behov:



- **Profylax:** *ASA, Statin*
- **Symtomlindring:** *Betablockad, Ca-flödeshämare, långverkande nitro*
- **Anfallskupering:** *Nitrolingual*

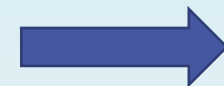
På hjärtmottagningen...

UKG



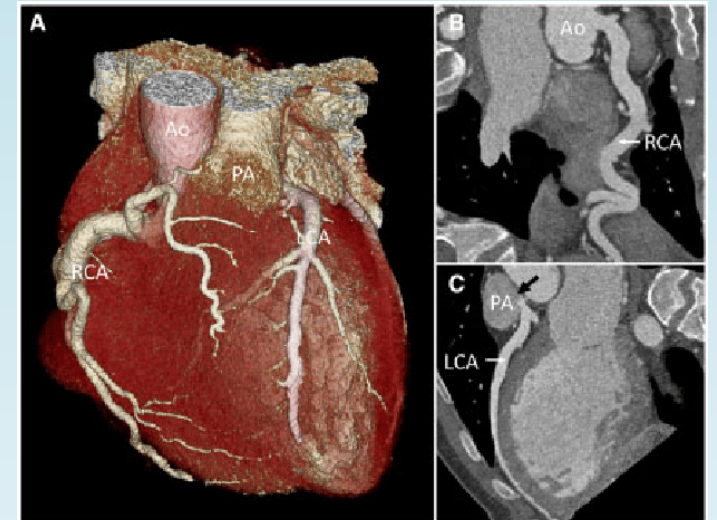
- Utesluta diff-diagnos (AS, AI, HCMP, LVOT-obstruktion mm)
- Påvisa indirekta tecken på koronarsjukdom (regionalt nedsatt rörlighet, diastolisk dysfunktion)
- Identifiera högriskecken ($EF < 50\%$ på förmodad ischemisk grund)

Ischemidiagnostik med lämplig metod beställs av kardiologen baserat på skattad ***klinisk sannolikhet*** (PTP + riskprofil + ev EKO-fynd) och patientkaraktistika.



Lägre (lågintermediär) sannolikhet

CT-kranskärl



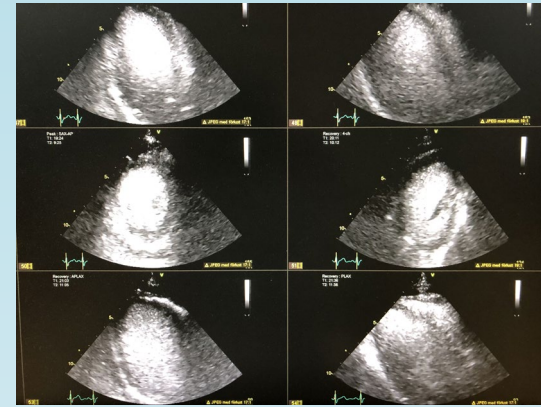
Hög sensitivitet



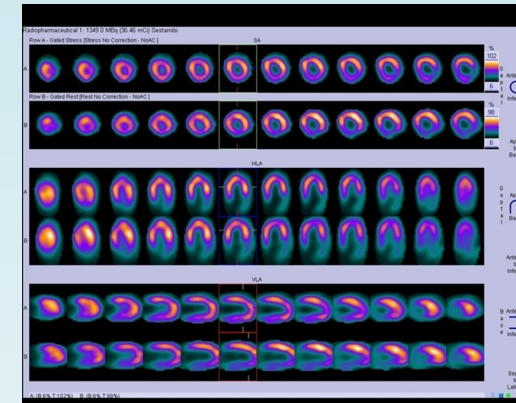
Hög rule-out power

Högre (högintermediär) sannolikhet

Stress-EKO



Myokardscint



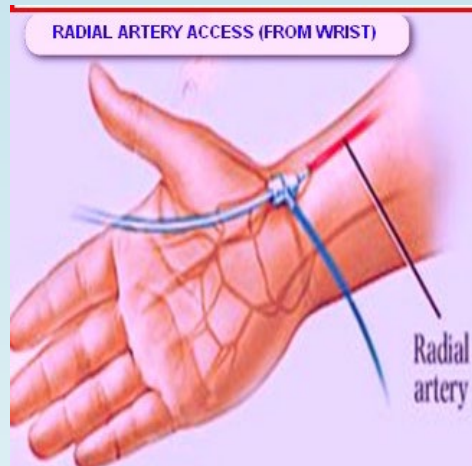
Hög specificitet



Hög rule-in power

Uttalade symtom och/eller hög risk

Koronarangiografi



Sammanfattning nya vårdriktlinjer



- Färre patienter behöver ischemiutredas.
- En remiss från primärvården räcker.
- Ischemidiagnostisk metod beställs av kardiolog vid besök med UKG:
rätt metod från början,
mindre köer/undanträngningseffekter,
snabbare handläggning av patologiska fynd (t ex Koronarangio),
- Utredningsgången likvärdig för hela Halland.

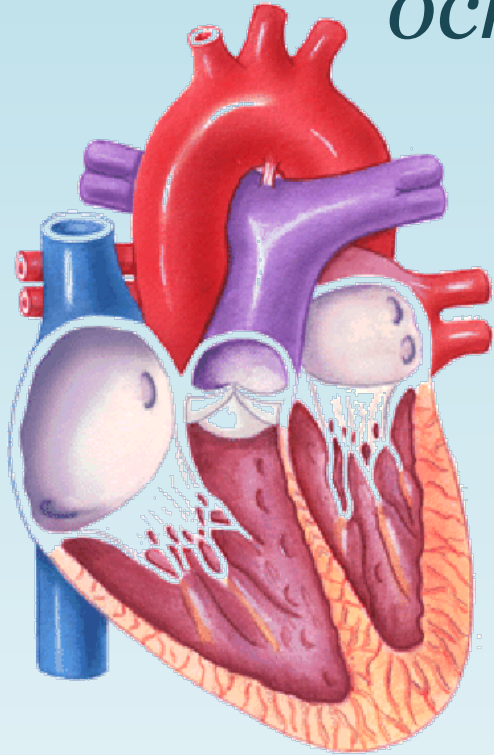
och glöm inte trots alla nyheter...

Anamnesen är fortfarande viktigast



Glad vår

och



-ligt tack



för uppmärksamheten!