

## **Europeiska Riktlinjer för patienter med ST-höjningsinfarkt**

Europeiska Kardiologföreningen publicerade nya riktlinjer för behandling av patienter med ST-höjningsinfarkt i september 2012. Nedan följer en sammanfattning av de några av de mest betydelsefulla delarna av de nya rekommendationerna.

### **Initial bedömning, stratifiering och behandling av patienter med STEMI och hjärtstopp:**

Patienter med smärta men atypiska EKG-förändringar såsom skänkelblock, pacemaker-EKG eller djupa ST-sänkningar bör uppmärksammas tidigt för diagnostisk angiografi för att möjliggöra primär PCI.

Syrgas skall rutinmässigt endast ges till patienter med hypoxi, hjärtsvikt eller dyspné.

Behandling av ST-höjningsinfarkt skall organiseras i regionala nätverk för att minimera tidsfördröjning

Sjukhus som gör primär PCI bör erbjuda 24/7 service med en förberedelsestid som understiger 60 min.

Omedelbar angiografi skall göras på patienter med hjärtstopp som haft ST-höjning på första EKG och de med klinisk misstanke på akut infarkt även om EKG inte är diagnostiskt eller saknas

För patienter med ST-höjningsinfarkt som söker direkt på sjukhus med primär PCI service, bör undersökning göras inom 60 min.

För patienter som söker på sjukhus utan denna service eller inom ambulanssjukvården bör man värdera om systemet klarar en PCI inom 120 min. Om det inte är möjligt, bör trombolys vara förstahandsmetod.

Efter trombolys bör patienten överföras till PCI-sjukhus för möjlighet till rescue-PCI eller planerad angiografi 3-24 timmar efter trombolys.

Om primär PCI är förstahandsmetod, bör PCI göras inom 90 minuter (60 minuter för patienter som söker inom 2 timmar från symptomdebut och hos patienter med hög risk).

Primär PCI, vid ST-höjningsinfarkt, rekommenderas alltid hos patienter med symptom <12 timmar men även > 24 timmar om symptomdebuten är osäker, om symtom varierat eller om tecken på ischemi kvarstår.

### **Procedur:**

PCI av ett ockluderat kärl rekommenderas inte hos patienter utan symtom eller aktuell ischemi >24 timmar från symptom.

Enbart infarktrelaterat kärl bör stentas (med undantag vid kvarstående chock eller ischemi efter öppnande av infarktrelaterat kärl)

Radialispunktion är att föredra framför femoralis hos erfarna operatörer

Trombaspersion bör övervägas

DES (läkemedelsstent) bör övervägas istället för BMS (metallstent) hos patienter som antas kunna tolerera dubbel trombocythämning (DAPT)

Aortaballongpump kan övervägas vid chock men skall inte användas rutinmässigt

**Läkemedel:**

ADP receptor blockerare skall ges i tillägg till ASA.

Ticagrelor eller prasugrel (undantag om clopidogrel inte getts innan, tidigare stroke eller > 75 år) är att föredra framför clopidogrel.

Bivalirudin på PCI-lab är att föredra framför heparin och/eller GPIIb/IIIa hämmare

Heparin rekommenderas om inte bivalirudin ges eller i låg dos innan bivalirudin givits.

Enoxaparin kan övervägas i stället för heparin

GP IIb/IIIa hämmare bör övervägas vid trombo komplikation (bail-out) eller stor trombbörda oavsett om bivalirudin eller heparin givits

GP IIb/IIIa hämmare kan övervägas som rutin tillsammans med heparin på PCI-lab eller som behandling innan PCI-lab hos högriskpatienter med kort symptomduration

DAPT bör ges i 12 mån med ett minimum av 1 mån efter BMS och 6 mån efter DES

Protonpumpshämmare bör övervägas till alla patienter med hög blödningsrisk och DAPT

Betablockad skall ges till alla patienter med hjärtsvikt eller nedsatt LV-funktion och skall övervägas till övriga

ACE hämmare skall ges till alla patienter

Hos utvalda patienter med clopidogrel och ASA kan låg dos rivaroxaban övervägas som sekundärprofylax

**Rutin efter akutskedet:**

Patient bör vårdas på HIA i 24 timmar men kan övervägas att sändas tillbaka till hemsjukhus tidigare om låg risk

Blodsocker bör hållas < 11 mmol/L

Alla patienter bör genomgå hjärtultraljud

Stresstest med värdering av kvarvarande ischemi eller ny coronarangiografi med FFR-mätning rekommenderas vid flerkärlssjukdom där ytterligare revaskularisering övervägs

Alla patienter bör ha statinbehandling (hög dos) och LDL bör kontrolleras på sjukhus och efter 4-6 veckor för att reducera LDL till < 1.8 mmol/L