

MEQ-fråga 3 (11p) –del 1

En 45 årig lärare med hereditet för diabetes och hjärtsjukdom kommer på ett planerat besök på hjärtmottagningen för bröstsmärtor som förekommer både i vila och vid arbete. Hon är rökare sedan flera år och har behandlats för hypertoni och hyperlipidemi. Har känd diabetes typ II sedan fyra år. Hon har utretts för bröstsmärtor i 10 år på vårdcentral, hjärtmottagning och kirurgkliniken och genomfört många undersökningar. CT buk, gastroskopi och arbetsprov varit normala senast 4 år tidigare. Besvären har tolkats som esofagusspasm och hon har remitterats till smärtmottagningen. Tar nitroglycerin med god effekt mot besvären men får huvudvärk och har nyligen satts in på SSRI preparat av smärtmottagningen. Hon upplever att besvären tilltagit. Hon har framförallt besvär i samband med ansträngning men även vilobesvären har tilltagit.

Fråga 1. Föreslå vidare utredning/ar och motivera ditt val av metod (2p).

MEQ-fråga 3 – del 2

En 45 årig lärare med hereditet för diabetes och hjärtsjukdom kommer på ett planerat besök på hjärtmottagningen för bröstsmärtor som förekommer både i vila och vid arbete. Hon är rökare sedan flera år och har behandlats för hypertoni och hyperlipidemi. Har känd diabetes typ II sedan fyra år. Hon har utretts för bröstsmärtor i 10 år på vårdcentral, hjärtmottagning och kirurgkliniken och genomfört många undersökningar. CT buk, gastroskopi och arbetsprov varit normala senast 4 år tidigare. Besvären har tolkats som esofagusspasm och hon har remitterats till smärtmottagningen. Tar nitroglycerin med god effekt mot besvären men får huvudvärk och har nyligen satts in på SSRI preparat av smärtmottagningen. Hon upplever att besvären tilltagit. Hon har framförallt besvär i samband med ansträngning men även vilobesvären har tilltagit.

Du beslutade att remittera patienten för myocardscint. Se kopia.

Mediciner: Metformin 500 mg 1x2, Metoprolol 75 mg 1x1, Simvastatin 20 mg 1x1, Isradipin 2.5 mg 1x1, Imdur 30 mg 1x1,

Status: Normal hjärt och lungauskultation. BT: 130/80. Perifera pulsar. ua. BMI 27. EKG: se kopia.

Lab. HbA1c 6.8%, S-Chol 6.5, LDL 4.9, HDL 0.9, Trig 2.62. Övrigt inom ref intervall

Fråga 2. Vilka terapeutiska och diagnostiska åtgärder vidtar du nu? (2p)

MEQ-fråga 3 – del 3

En 45 årig lärare med hereditet för diabetes och hjärtsjukdom kommer på ett planerat besök på hjärtmottagningen för bröstsmärtor som förekommer både i vila och vid arbete. Hon är rökare sedan flera år och har behandlats för hypertoni och hyperlipidemi. Har känd diabetes typ II sedan fyra år. Hon har utretts för bröstsmärtor i 10 år på vårdcentral, hjärtmottagning och kirurgkliniken och genomfört många undersökningar. CT buk, gastroskopi och arbetsprov varit normala senast 4 år tidigare. Besvären har tolkats som esofagusspasm och hon har remitterats till smärtmottagningen. Tar nitroglycerin med god effekt mot besvären men får huvudvärk och har nyligen satts in på SSRI preparat av smärtmottagningen. Hon upplever att besvären tilltagit. Hon har framförallt besvär i samband med ansträngning men även vilobesvären har tilltagit.

Du beslutade att remittera patienten för myocardscint. Se kopia.

Mediciner: Metformin 500 mg 1x2, Metoprolol 75 mg 1x1, Simvastatin 20 mg 1x1, Isradipin 2.5 mg 1x1, Imdur 30 mg 1x1,

Status: Normal hjärt och lungauskultation. BT: 130/80. Perifera pulsar. ua. BMI 27. EKG: se kopia.

Lab. HbA1c 6.8%, S-Chol 6.5, LDL 4.9, HDL 0.9, Trig 2.62. Övrigt inom ref intervall

Doshöjning av Metformin genomfördes efter diabeteskonferens. Isradipin byttes mot ACE-hämmare. Doshöjning av simvastatin gjordes. ASA insattes. Remiss för koronarangiografi skrevs.

Koronarangiogram visar en utbredd kranskärslsjukdom med en kort signifikant stenos av RCA i sulcus, ocklusion av LCX efter 1a OM grenen och tät stenos i en mycket tunn LAD med TIMI 2 flöde distalt.

Fråga 3. Redogör för vilka faktorer som talar för att välja CABG resp PCI som metod för revaskularisering i detta fall? (2p)

MEQ-fråga 3 – del 4

En 45 årig lärare med hereditet för diabetes och hjärtsjukdom kommer på ett planerat besök på hjärtmottagningen för bröstsmärtor som förekommer både i vila och vid arbete. Hon är rökare sedan flera år och har behandlats för hypertoni och hyperlipidemi. Har känt diabetes typ II sedan fyra år. Hon har utretts för bröstsmärtor i 10 år på vårdcentral, hjärtmottagning och kirurgkliniken och genomfört många undersökningar. CT buk, gastroskopi och arbetsprov varit normala senast 4 år tidigare. Besvären har tolkats som esofagusspasm och hon har remitterats till smärtmottagningen. Tar nitroglycerin med god effekt mot besvären men får huvudvärk och har nyligen satts in på SSRI preparat av smärtmottagningen. Hon upplever att besvären tilltagit. Hon har framförallt besvär i samband med ansträngning men även vilobesvären har tilltagit.

Du beslutade att remittera patienten för myocardscint. Se kopia.

Mediciner: Metformin 500 mg 1x2, Metoprolol 75 mg 1x1, Simvastatin 20 mg 1x1, Isradipin 2.5 mg 1x1, Imdur 30 mg 1x1,

Status: Normal hjärt och lungauskultation. BT: 130/80. Perifera pulsar. ua. BMI 27. EKG: se kopia.

Lab. HbA1c 6.8%, S-Chol 6.5, LDL 4.9, HDL 0.9, Trig 2.62. Övrigt inom ref intervall

Doshöjning av Metformin genomfördes efter diabeteskonferens. Isradipin byttes mot ACE-hämmare.

Doshöjning av simvastatin gjordes. ASA insattes. Remiss för koronarangiografi skrevs.

Koronarangio visar en utbredd kranskärlssjukdom med en kort signifikant stenosis av RCA i sulcus, ocklusion av LCX efter 1a OM grenen och tät stenosis i en mycket tunn LAD med TIMI 2 flöde distalt.

Multidisciplinär thoraxrond beslutade att LAD inte var rimlig att grafta på grund av dålig periferi. Med PCI öppnades och stentades proximala LCX som hade en 18 mm lång ocklusion samt en relativt kort mer perifer OM gren stenosis. En kort stenosis i mellersta delen av en relativt stor RCA dilaterades och stentades.

Fråga 4. Vilka kärl eller patientfaktorer talar för användande av läkemedelsstent (DES) på denna patient? (2p)

MEQ-fråga 3 – del 5

En 45 årig lärare med hereditet för diabetes och hjärtsjukdom kommer på ett planerat besök på hjärtmottagningen för bröstsmärtor som förekommer både i vila och vid arbete. Hon är rökare sedan flera år och har behandlats för hypertoni och hyperlipidemi. Har känd diabetes typ II sedan fyra år. Hon har utretts för bröstsmärtor i 10 år på vårdcentral, hjärtmottagning och kirurgkliniken och genomfört många undersökningar. CT buk, gastroskopi och arbetsprov varit normala senast 4 år tidigare. Besvären har tolkats som esofagusspasm och hon har remitterats till smärtmottagningen. Tar nitroglycerin med god effekt mot besvären men får huvudvärk och har nyligen satts in på SSRI preparat av smärtmottagningen. Hon upplever att besvären tilltagit. Hon har framförallt besvär i samband med ansträngning men även vilobesvären har tilltagit.

Du beslutade att remittera patienten för myocardscint. Se kopia.

Mediciner: Metformin 500 mg 1x2, Metoprolol 75 mg 1x1, Simvastatin 20 mg 1x1, Isradipin 2.5 mg 1x1, Imdur 30 mg 1x1,
Status: Normal hjärt och lungauskultation. BT: 130/80. Perifera pulsar. ua. BMI 27. EKG: se kopia.
Lab. HbA1c 6.8%, S-Chol 6.5, LDL 4.9, HDL 0.9, Trig 2.62. Övrigt inom ref intervall

Doshöjning av Metformin genomfördes efter diabeteskonferens. Isradipin byttes mot ACE-hämmare. Doshöjning av simvastatin gjordes. ASA insattes. Remiss för koronarangiografi skrevs.

Koronarangio visar en utbredd kranskärlssjukdom med en kort signifikant stenosis av RCA i sulcus, okklusion av LCX efter 1a OM grenen och tät stenosis i en mycket tunn LAD med TIMI 2 flöde distalt.

Multidisciplinär thoraxrond beslutade att LAD inte var rimlig att grafta på grund av dålig periferi. Med PCI öppnades och stentades proximala LCX som hade en 18 mm lång okklusion samt en relativt kort mer perifer OM gren stenosis. En kort stenosis i mellersta delen av en relativt stor RCA dilaterades och stentades.

Patienten fick stålstent (BMS 3.5 x 12 mm) i RCA, läkemedelsstent (DES 2.25x24 mm) i LCX och DES (2.25x12 mm) i OM.

Fråga 5: Hur lång behandlingstid med clopidogrel i kombination med ASA rekommenderas? Vad är det vetenskapliga stödet för denna rekommendation? (1p)

MEQ-fråga 3 – del 6

En 45 årig lärare med hereditet för diabetes och hjärtsjukdom kommer på ett planerat besök på hjärtmottagningen för bröstsmärtor som förekommer både i vila och vid arbete. Hon är rökare sedan flera år och har behandlats för hypertoni och hyperlipidemi. Har känd diabetes typ II sedan fyra år. Hon har utretts för bröstsmärtor i 10 år på vårdcentral, hjärtmottagning och kirurgkliniken och genomfört många undersökningar. CT buk, gastroskopi och arbetsprov varit normala senast 4 år tidigare. Besvären har tolkats som esofagusspasm och hon har remitterats till smärtmottagningen. Tar nitroglycerin med god effekt mot besvären men får huvudvärk och har nyligen satts in på SSRI preparat av smärtmottagningen. Hon upplever att besvären tilltagit. Hon har framförallt besvär i samband med ansträngning men även vilobesvären har tilltagit.

Du beslutade att remittera patienten för myocardscint. Se kopia.

Mediciner: Metformin 500 mg 1x2, Metoprolol 75 mg 1x1, Simvastatin 20 mg 1x1, Isradipin 2.5 mg 1x1, Imdur 30 mg 1x1,

Status: Normal hjärt och lungauskultation. BT: 130/80. Perifera pulsar. ua. BMI 27. EKG: se kopia.

Lab. HbA1c 6.8%, S-Chol 6.5, LDL 4.9, HDL 0.9, Trig 2.62. Övrigt inom ref intervall

Doshöjning av Metformin genomfördes efter diabeteskonferens. Isradipin byttes mot ACE-hämmare.

Doshöjning av simvastatin gjordes. ASA insattes. Remiss för koronarangiografi skrevs.

Koronarangio visar en utbredd kranskärlssjukdom med en kort signifikant stenosis av RCA i sulcus, okklusion av LCX efter 1a OM grenen och tät stenosis i en mycket tunn LAD med TIMI 2 flöde distalt.

Multidisciplinär thoraxrond beslutade att LAD inte var rimlig att grafta på grund av dålig periferi. Med PCI öppnades och stentades proximala LCX som hade en 18 mm lång okklusion samt en relativt kort mer perifer OM gren stenosis. En kort stenosis i mellersta delen av en relativt stor RCA dilaterades och stentades.

Patienten fick stålstent (BMS 3.5 x 12 mm) i RCA, läkemedelsstent (DES 2.25x24 mm) i LCX och DES (2.25x12 mm) i OM.

En vecka senare kommer patienten akut med pågående bröstsmärtor och anteriora ST sänkningar på EKG.

Fråga 6. Vilken är den viktigaste akuta diagnostiska/terapeutiska åtgärden och hur planerar du framtida antitrombotisk behandling? (2p)