

# Akutte brystsmarter utenfor sykehus - *kun hjertesmerter?*

Akutte brystsmarter er et viktig og hyppig forekommende symptom utenfor sykehuset. Klinisk hverdag har vist at brystsmarter kan være et lite spesifikt symptom, som kan vanskeliggjøre diagnostikken og dermed riktig behandling og oppfølging.

AV ROBERT ANDERS BURMAN - ROBERT.BURMAN@UNI.NO

LEGE OG FORSKER/PH.D.-KANDIDAT, NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR LEGEVAKTMEDISIN, UNI HELSE INSTITUTT FOR SAMFUNNSMEDISINSKE FAG, UNIVERSITETET I BERGEN

## BAKGRUNN

Studier har vist at pasienter med akutte brystsmarter utgjør ca 10-20 % av pasienter med akuttmedisinske hendelser utenfor sykehus<sup>1,2</sup>. Brystsmarter blir tradisjonelt sett delt inn i kardiell og ikke-kardiell brystsmerte. Ved diagnostikk av antatt kardiell akutt brystsmerte vil bakgrunnen for pasientens smerte/ubehag ofte være akutt coronarsyndrom (ACS), som er en samlebetegnelse for ustabil angina, ikke-ST-elevasjonsinfarkt (NSTEMI) og ST-elevasjonsinfarkt (STEMI). Pasientens sykehistorie vil avgjøre om det foreligger atypisk eller typisk angina (Fig 1). Pasienter med stabil angina eller ACS uten klassiske

utstrålende brystsmarter vil ofte oppleve "angina-ekvivalente" symptomer, hvor funksjonsdyspnoe og betydelig redusert arbeidskapasitet er vanlige plager.

Det er godt kjent at menn opplever brystsmarter hyppigere enn kvinner, og menn er generelt yngre enn kvinnene ved smertedebut (tabell 1). Det er gjort betydelig forskning de siste årene på forskjeller mellom kjønn ved brystsmarter og/eller akutt hjertesykdom<sup>3</sup>. Kvinner har en tendens til hyppigere å oppleve smerter/ubehag utenfor den klassiske lokalisasjonen sentralt i brystet eller kun oppleve "angina-ekvivalenter", som tungpust. Det er likevel god grunn til å tro at smertene/ubehaget oftere blir

mistolket som muskel- og skjelettplager eller angstproblematikk hos kvinner enn hos menn.

#### HÅNDTERING AV PASIENTER MED AKUTTE BRYSTSMERTER

Ved håndtering av pasienter med brystsmarter utenfor sykehus, begynn med å kartlegge om pasienten har pågående smerter, eller har opplevd smerter de siste tolv timene. For å klargjøre om pasientens smerter kan ha kardiell bakgrunn, vurder raskt følgende:

- Smertens karakter og varighet
- Tilstedeværelse av kardiovaskulære risikofaktorer som overvekt, røyk og hjertesykdom i familien
- Tidligere iskemisk hjertesykdom og behandling
- Tidligere utredning for brystsmarter

Ved vurdering av smertens karakter, spør om smertens lokalisasjon, utstråling, tilhørende symptomer som kvalme eller tungpust, utløsende årsak og varighet. Tradisjonelt har effekt av nitroglycerin under tunga blitt brukt som "diagnostisk markør" for angina pectoris, men det blir i nye britiske retningslinjer frarådet å bruke effekt av nitroglycerin ved diagnostikk av akutte brystsmarter.

Et 12-kanalers EKG bør tas så snart som mulig, og EKG sendes umiddelbart nærmeste sykehus med hjertemedisinsk kompetanse for vurdering. Opptak og sending av EKG bør ikke forsinke transporten til sykehus. Klinisk undersøkelse med puls og blodtrykk, samt eventuelt måling av O<sub>2</sub>-saturasjon gjennomføres, inkludert auskultasjon av hjerte og lunger avhengig av kompetanse.

#### AKUTT CORONARSYNDROM (ACS)

Hvis vurderingen av pasientens sykehistorie, kliniske funn og EKG-funn tilsier at det kan foreligge kardiell årsak til pasientens brystsmarter (ACS), startes det umiddelbart prehospital behandling for akutt coronarsyndrom. Behandlingen vil gjerne styres av lokale prosedyrer, men skal som hovedregel baseres på MONA-prinsippet; morfin, oksygen, nitroglycerin og



Ved håndtering av akutte brystsmarter utenfor sykehus: Vær forberedt på "STEMI", men ikke glem de mange andre årsakene.



## Typisk klinikk ved angina pectoris

- Trykk/ubehag i brystet, hals, skuldre, kjeve eller armer
- Utløst av fysisk aktivitet
- Smerten gir seg ved hvile eller nitroglycerin etter ca 5 minutter

Ved tre av kriteriene oppfylt foreligger det "typisk angina".

Ved to av kriteriene oppfylt foreligger der "atypisk anigna".

Ved kun ett kriterium oppfylt foreligger det "non-anginal brystsmerte".

Figur 1. Ref. NICE guideline 95, mars 2010

## Typisk klinikk ved akutt coronar syndrom (ACS)

- Smerter i brystet og/eller smerteutstråling til armer, kjeve eller rygg som varer lengre enn 15 minutter
- Brystmerter med tilhørende kvalme og oppkast, betydelig svetting, eller kortpust, særlig ved kombinasjon nevnte plager
- Brystmerter med hemodynamisk instabilitet
- Nyoppstått brystsmerte, eller betydelig forverring av tidligere stabil angina med hyppige anfall ved liten/ingen anstrengelse, og episoder som varer lengre enn 15 minutter

Figur 2. Ref. NICE guideline 95, mars 2010

acetylsalisylsyre (ASA). Bruk av betablokker vil også være aktuelt i en del tilfeller, dette må vurderes av den enkelte ansvarlige lege. Det har den siste tiden vært fokus på oksygenbehandling ved brystmerter og akutt hjertesykdom. Det er manglende forskningsbasert kunnskap om forholdet mellom nytte og eventuell skade ved tilførsel av oksygen hos disse pasientene. Nevnte nye britiske retningslinjer angir at oksygen ikke skal administreres rutinemessig, men gis ved SpO<sub>2</sub>-verdier under 94 %<sup>1</sup>. Hvis det foreligger mistanke om utvikling av hyperkapnisk respirasjonssvikt, tidvis sett ved kronisk obstruktiv lungesykdom, bør SpO<sub>2</sub> ikke overstige 92 % før en arteriell blodgassanalyse er tilgjengelig. Under transporten til sykehus skal pasienten monitoreres nøye med vurdering av eventuell forverring av smerte, undersøkelse av puls og blodtrykk, hjerterytme, O<sub>2</sub>-saturasjon, samt effekt av smertestillende medikasjon.

### IKKE-KARDIELL BRYSTSMERTE

Hvis den kliniske vurderingen og EKG-funn taler i mot iskemisk hjertesykdom, må andre

akutte medisinske tilstander vurderes, med fokus på potensielt livstruende tilstander som lungeemboli og aortadisseksjon. Brystmerter er et hyppig forekommende symptom også når iskemisk hjertesykdom kan utelukkes, men også her vil smertens karakter og varighet gi en pekepinn på hvilket organsystem som er rammet.

Det er verdt å merke seg at tre av de vanligste årsakene til brystmerter utenfor sykehus er angst, myalgi (muskelsmerter) i brystveggen og smerter fra fordøyelsessystemet (dyspepsi)<sup>2</sup>, tre tilstander som sjelden krever akuttmedisinsk håndtering i tradisjonell forstand. Ved ikke-kardiell brystsmerte tenderer pasientene til å være yngre, ofte kvinner, med atypiske smerter, og det er hyppigere forekomst av samtidig psykiatrisk sykdom enn hos pasienter med kardiell brystsmerte<sup>3</sup>. Ved angstanfall er smerten gjerne mer langvarig, og sjelden relatert til fysisk aktivitet eller matinntak. Myalgi fra brystveggen gir gjerne mer kortvarige, intense smerter, eller diffuse, langvarige smerter. Pasientene angir ofte, men ikke

alltid, ømhet ved palpasjon av muskulatur intercostalt, og smertene kan være relatert til respirasjonen. Smertene ved dyspepsi sitter gjerne lavt i brystet eller i epigastriet, har relasjon til måltider, blir ofte forverret i flatt leie og lindret når pasienten setter seg opp eller ved drikke.

Studier har vist at kun 10-20 % av pasienter med brystmerter utenfor sykehus får diagnosen iskemisk hjertesykdom etter grundigere utredning på sykehus<sup>7,8</sup>. Dette forteller oss noe om utfordringene ved diagnostikk og håndtering av brystmerter utenfor sykehus, særlig i skillet mellom vanlige (ofte ufarlige) og farlige (ofte uvanlige) tilstander.

### DISKUSJON

Det er gjort mye forskning på brystmerter som symptom de siste årene, også i Skandinavia, men fokus har hovedsaklig vært på akutt iskemisk hjertesykdom og oftest sett fra et sykehusperspektiv. I en dansk studie fra 2003 med 6000 brystmertepasienter registrert på 16 sykehus fikk ca en firedel av pasientene diagnosen akutt hjerteinfarkt<sup>9</sup>. En nylig publisert artikkel fra en svensk studie undersøkte hvilken kunnskap pasienter med brystmerter og deres pårørende hadde om akutt hjertesykdom, samt holdninger til å søke legehjelp ved mulige symptomer på akutt hjerteinfarkt<sup>10</sup>. Lite er kjent om omfang og diagnostikk av brystmerter utenfor sykehus i Norge. Det er et stort behov for mer kunnskap på dette området, ikke minst med bakgrunn i utfordringene skissert tidligere. Brystmerter er en hyppig akuttmedisinsk tilstand, med potensielt dødelig utcome. Samtidig er det et uspesifikt symptom, med et bredt sykdomspanorama som kan ligge til grunn for de ulike pasientene sin smerte. EKG er utvilsomt et viktig verktøy i vurderingen av brystmerter, men som vi har sett vil pasientens sykehistorie med angivelse av smertens karakter, lokalisasjon og varighet være det kanskje viktigste hjelpemiddelet helsepersonell har i diagnostisering og håndtering av pasienter med brystmerter utenfor sykehus.

Tabell 1. Pasienter med akutte brystmerter, fordelt etter kjønn og alder<sup>1</sup>

Alder (år)	Menn		Kvinner	
	n	%	n	%
0-9	2	~0	1	~0
10-29	13	2	12	2
30-49	111	18	67	14
50-69	275	45	156	32
>70	211	34	249	51
Totalt	612	100	485	100

Utenfor sykehus vil man til en viss grad finne seg i et "lav-prevalens"-område med tanke på andel av brystmertepasienter som viser seg å ha akutt iskemisk hjertesykdom, mens bildet vil endres noe når en undersøker pasienter som er innlagt på sykehus for

sine brystmerter. For å oppsummere; ved håndtering av akutte brystmerter utenfor sykehus, vær forberedt på det verste ("STEMI"), men ikke glem de mange ikke-kardielle tilstander som kan ligge til grunn for pasientens brystmerter. ■

#### Referanser:

1. Zakariassen E, Burman RA, Hunskaar S. The epidemiology of medical emergency contacts outside hospitals in Norway—a prospective population based study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2010; 18: 18-9.
2. Sporer KA, Youngblood GM, Rodriguez RM. The ability of emergency medical dispatch codes of medical complaints to predict ALS prehospital interventions. *Prehosp Emerg Care* 2007; 11: 192-198.
3. Stefan Bösner, Jörg Haasenritter, Maren A Hani, Heidi Keller, Andreas C Sönnichsen, Konstantinos Karatolios et al. Gender differences in presentation and diagnosis of chest pain in primary care. *BMC Fam Pract* 2009; 10: 79.
4. Chest pain of recent onset. NHS NICE clinical guideline 95. March 2010.
5. William E Cayley Jr. Diagnosing the Cause of Chest Pain. *Am Fam Physician* 2005; 72: 2012-2021.
6. Dammen T, Arnesen H, Ekeberg O, Friis S. Psychological factors, pain attribution and medical morbidity in chest-pain patients with and without coronary artery disease. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 463-469.
7. Martínez-Sellés M, Bueno H, Sacristán A, Estevez A, Ortiz J, Gallego L et al. Chest pain in the emergency department: incidence, clinical characteristics and risk stratification. *Rev Esp Cardiol* 2008; 61: 953-959.
8. Nilsson S, Ortoft K, Mölstad S. The accuracy of general practitioners' clinical assessment of chest pain patients. *Eur J Gen Pract* 2008; 14: 50-55.
9. Lecker S, Kristensen FB, Madsen JK, Pedersen FH, Grande P. Udredning og behandling af patienter med akutte brystmerter på 16 danske sygehuse-LysAMI-projektet. *Ugeskr Læger* 165/41.
10. Henriksson C, et al. Knowledge and attitudes toward seeking medical care for AMI-symptoms. *Int J Cardiol* 2009; doi:10.1016/j.ijcard.2009.08.019.