

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

»den rigtigste« behandling diskutabel. Valget vil ofte være holdningsbaseret, og patienten bør som altid tages med på råd. Hvis patientens temperament er til det, og brystmerterne kan behandles medicinsk, således at patienten oplever en tilfredsstillende livskvalitet, vil medikamentel behandling være et godt og skånsomt valg. Ønskes der hurtig AP-frihed og umiddelbar mindre medicinering, bør valget være PTCA.

Prisen er imidlertid en relativt større risiko for, at et nyt invasivt indgreb inden for det første år bliver nødvendigt. Ønskes der maksimal opnåelig smertefrihed og mindre medicin, efter at »definitiv« revaskulariserende behandling er foretaget, kan CABG anbefales. Omkostningen er den operative morbiditet og mortalitet, der er knyttet til den enkelte patient og det enkelte hjertecenter.

Videnskabelige perspektiver

Der er i de foreliggende studier ofte ikke redegjort sufficient for den medicinske behandling, ligesom den invasive teknik i mange tilfælde ikke har været opdateret. Vi mangler studier, hvor man i både medicinske og interventionelle arme har anvendt optimal medikamentel behandling. En sådan bør inkludere magnyl, statiner og eventuelt betablokkere. Herudover vil ACE-hæmmerbehandling være indiceret hos patienter med diabetes og/eller nedsat venstre ventrikel-funktion. Intervention over for relevante risikofaktorer er obligatorisk. I den forbindelse afventes resultatet af COURAGE-studiet [10]. Undersøgelsen inkluderer knap 3.300 patienter med IHS, der randomiseres til PTCA efter påbegyndt aggressiv medicinsk behandling versus aggressiv medicinsk behandling alene. Patienterne vil blive fulgt i gennemsnitlig 4,5 år, og

grundet størrelsen vil studiet være det første, der har statistisk styrke til at man kan belyse effekten på totalmortalitet og ikkeletalt MI.

Korrespondance: *Hans Mickley*, Kardiologisk Afdeling B, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense. E-mail: hans.mickley@dadlnet.dk

Antaget: 31. juli 2003
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Yusuf S, Zucker D, Peduzzi P et al. Effect of coronary artery bypass graft surgery on survival: overview of 10-year results from randomised trials by the Coronary Artery Bypass Graft Surgery Trialists Collaboration. *Lancet* 1994;344:563-70.
2. Bucher HC, Hengstler P, Schindler C et al. Percutaneous transluminal coronary angioplasty versus medical treatment for non-acute coronary heart disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2000;321:73-7.
3. Pocock SJ, Henderson RA, Rickards AF et al. Meta-analysis of randomised trials comparing coronary angioplasty with bypass surgery. *Lancet* 1995;346:1184-9.
4. The BARI Investigators. Seven-year outcome in the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation by treatment and diabetic status. *J Am Coll Cardiol* 2000;35:1122-9.
5. Serruys PW, Unger F, Sousa JE et al. Comparison of coronary-artery bypass surgery and stenting for the treatment of multivessel disease. *N Engl J Med* 2001;344:1117-24.
6. The SoS Investigators. Coronary artery bypass surgery versus percutaneous coronary intervention with stent implantation in patients with multivessel coronary artery disease (the Stent or Surgery trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;360:965-70.
7. Hueb WA, Soares PR, de Oliveira SA et al. Five-year follow-up of the Medicine, Angioplasty, or Surgery Study (MASS). *Circulation* 1999;100:II-107-II-113.
8. Espinola-Klein C, Rupprecht HJ, Erbel R et al. Ten-year outcome after coronary angioplasty in patients with single-vessel coronary artery disease and comparison with the results of the coronary artery surgery study (CASS). *Am J Cardiol* 2000;85:321-6.
9. Pitt B, Waters D, Brown WV et al. Aggressive lipid-lowering therapy compared with angioplasty in stable coronary artery disease. *N Engl J Med* 1999;341:70-6.
10. Blumenthal RS, Cohn G, Schulman SP. Medical therapy versus coronary angioplasty in stable coronary artery disease: a critical review of the literature. *J Am Coll Cardiol* 2000;36:668-73.

Akut myokardieinfarkt og rektaleksploration – indikation eller kontraindikation

Læge Kasper Karmark Iversen & læge Hans Bording Timm

Amager Hospital, Medicinsk Center

Resumé

Det er fra forskellig side anbefalet at rektaleksplorere risikogrupper i forbindelse med indlæggelse på hospital. Akut myokardieinfarkt (AMI)-patienter tilhører en risikogrube, der normalt burde rektaleksploreres. Dels er AMI-patienter typisk ældre mænd, og dels bliver mange AMI-patienter sat i en betydelig grad af antikoagulationsbehandling. Til trods for dette bliver rektaleksploration sjældent foretaget hos AMI-patienter, og 44% af de danske overlæger i kardiologi mener, at rektaleksploration er absolut eller relativt kontraindiceret. En systematisk litteraturgennemgang viser, at

rektaleksploration er en sikker undersøgelse, der ikke skader stabile AMI-patienter, selv ikke i den akutte fase. I artiklen konkluderes det således, at rektaleksploration er en nyttig og sikker undersøgelse hos AMI-patienter.

Vores kliniske hverdag er præget af en mængde kliniske læresætninger, der fortæller os, hvad vi skal gøre, og hvad vi ikke skal gøre. Baggrunden for læresætningerne kan være dunkel og er sjældent evidensbaseret.

Efter vores mening er det vigtigt, at man gør op med dogmetænkningen inden for den moderne medicin, ikke ved blindt at forkaste alle dogmer, men ved at undersøge rationale

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

og evidens og forkaste de dogmer, der i højere grad er baseret på tradition end på moderne videnskabelig tankegang.

I forbindelse med diskussionen af en konkret klinisk problemstilling, der omhandlede, hvorvidt vi skulle rektaleksplorere en akut myokardieinfarkt (AMI)-patient med en jernmangelanæmi, stødte vi på følgende kliniske dogme: Rektaleksploration er kontraindiceret hos AMI-patienter.

Vi satte os for at undersøge denne problemstilling ved at prøve at belyse følgende spørgsmål:

- Er det relevant at rektaleksplorere AMI-patienter?
- Mener klinikere, at rektaleksploration er kontraindiceret hos patienter med AMI?
- Er rektaleksploration kontraindiceret hos patienter med AMI?

Er det relevant at rektaleksplorere AMI-patienter?

Rektaleksploration er en integreret del af den objektive undersøgelse ved en indlæggelse på et dansk hospital. Potentielt kan man blandt andet afsløre gastrointestinal blødning, tværsnitssyndrom, tumorer, hårde fæcesmasser og prostataforandringer.

Det er i Medicinsk kompendium anbefalet at udføre rektaleksploration på alle mænd over 50 år i forbindelse med indlæggelse [1], og The American Cancer Society rekommanderer, at der udføres en årlig rektaleksploration på alle personer over 40 år [2].

Den typiske AMI-patient i Danmark er mand og over 50 år [3], så ud fra ovenstående er det indiceret at rektaleksplorere de fleste AMI-patienter.

Derudover behandles AMI-patienter i dag med adskillige antikoagulerende stoffer (acetylsalicylsyre, lavmolekylær heparin, clopidogrel, warfarin, glykoproteinhæmmere og eventuelt egentlig trombolyse), og det er derfor rationelt at afsløre eventuelle gastrointestinale blødninger eller blødningskilder.

Der er publiceret to studier om systematisk rektaleksploration af AMI-patienter. I studierne findes der okkult blod ved hhv. 8% og 14% af undersøgelserne, abnorm prostata ved hhv. 6% og 36% af undersøgelserne og hårde fæcesmasser ved hhv. 5% og 61% af undersøgelserne [4, 5].

Mener klinikere, at rektaleksploration er kontraindiceret hos patienter med AMI?

Vi har forgæves ledt i forskellige lærebøger for at finde en advarsel mod rektaleksploration af AMI-patienter.

Til trods for dette er det vores erfaring, at rektaleksploration ikke udføres på AMI-patienter, og at mange mener, at det er kontraindiceret.

For at underbygge vores erfaring sendte vi et spørgeskema ud til 100 hospitalsansatte kardiologiske overlæger. Overlægerne blev udvalgt som de første 100 i alfabetet på DADL's liste over medlemmer af FAS og speciallæger i kardiologi.

Overlægerne blev bedt om, uden at diskutere det med kol-

Table 1. Holdningen blandt danske overlæger i kardiologi til rektaleksploration ved akut myokardieinfarkt.

Holdning	n (%)
Er absolut kontraindiceret	7 (9)
Er relativt kontraindiceret	28 (35)
Kan udføres på lav indikation	37 (47)
Kan udføres på alle	7 (9)

leger, at svare på, om rektaleksploration af AMI-patienter var absolut kontraindiceret, relativt kontraindiceret, skulle udføres på lav indikation eller skulle udføres på alle patienter.

Svarprocenten var 80, hvoraf en svarede »Aner det ikke«. Flere anførte, at AMI-patienter ikke var en homogen patientpopulation, og at det derfor var vanskeligt at svare entydigt på spørgsmålet. De 79 svar fordelte sig som vist i **Table 1**.

Er rektaleksploration kontraindiceret hos patienter med AMI?

Vi har søgt på MEDLINE ved hjælp af følgende søgeord: *myocardial infarction, arrhythmia, rectal examination, digital rectal examination*.

Der findes to studier over systematisk rektaleksploration af AMI-patienter.

Earnest & Fletcher udførte rektaleksploration på 86 AMI-patienter inden for de første 24 timer efter indlæggelsen. Patienter i shock eller med alvorlige arytmier blev ekskluderet. Der blev kontinuerligt optaget ekg før, under og tre minutter efter undersøgelsen. Fem patienter havde bryst smerter før undersøgelsen, de to patienter fik færre smerter i forbindelse med undersøgelsen, de andre tre havde uændrede smerter. Der blev ikke fremprovokeret bryst smerter hos nogen af de patienter, der var smertefrie inden undersøgelsen. En patient havde inden undersøgelsen nodalrytme, der umiddelbart efter undersøgelsen konverterede til sinusrytme. Der blev ikke observeret andre rytmeforstyrrelser [5].

Akhtar et al undersøgte 480 patienter fra koronar- eller intensivaafsnit. Der var 165 patienter, som ikke havde AMI, men blev rektaleksploreret og fungerede som kontrolgruppe. I alt 315 patienter havde AMI, heraf blev 160 randomiseret til rektaleksploration. De patienter, der blev rektaleksploreret, fik foretaget ekg før, under og efter rektaleksplorationen. Den AMI-gruppe, der ikke blev rektaleksploreret, fik foretaget ekg-måling af samme varighed som de to andre grupper.

Der blev ikke observeret vedvarende arytmier hos nogen af patienterne. Hos tre AMI-patienter, der fik foretaget rektaleksploration, blev der observeret enkelte ventrikulære ekstrasystoler og hos en patient en under 30 sekunder varende bigemini [4].

Der var ikke i nogle af grupperne ændringer i symptomer eller vitale tegn.

Ud over ovennævnte studier er der enkelte kasuistiske meddelelser om ventrikulær takykardi eller flimmer i forbindelse med rektaleksploration [6-8].

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Cappell har i et mindre studie undersøgt sigmoideoskopi hos stabile AMI-patienter (gennemsnitlig otte dage efter AMI'et) og finder denne undersøgelse sikker [9].

Diskussion

Sammenfattende må man konkludere, at det i forbindelse med indlæggelse anbefales at foretage rektaleksploration hos AMI-patienter, en gruppe patienter, der potentielt har speciel gevinst af rektaleksploration grundet behandling med diverse antikoagulantia og dermed øget blødningsrisiko, og at undersøgelser tyder på et ikke ubetydeligt antal positive fund ved rektaleksploration af AMI-patienter. Det er således meget relevant at rektaleksplorere AMI-patienterne, og det bør gøres, om ikke på alle patienter så i hvert fald på meget lav indikation.

Som hos alle andre patienter ville det være naturligt at gøre det i forbindelse med indlæggelsen, hvor man har tradition for at screene for andre betydende sygdomme, og man endnu ikke har påbegyndt antikoagulationsbehandling. Der var en betydelig del af de adspurgte kardiologiske overlæger (44%), der mente, at det ikke er uproblematisk at udføre rektaleksploration på AMI-patienter. Dogmet er således relativt udbredt hos landets specialister inden for behandling og undersøgelse af hjertesygdom. Når specialisterne er forbeholdne over for undersøgelsen, må man forvente, at incidensen af rektaleksploration på landets kardiologiske afdelinger er temmelig lav, hvilket også er i overensstemmelse med vores egen erfaring.

Der er i litteraturen kun kasuistiske meddelelser om komplikationer ved rektaleksploration, men der er til gengæld to studier med i alt 566 patienter (heraf 246 med verificeret AMI), der viser, at rektaleksploration er en sikker undersøgelse. Noget tyder på, at den noget mere omfattende sigmoideoskopi uden risiko også kan udføres hos stabile AMI-patienter.

Konklusion

Til trods for, at rektaleksploration af AMI-patienter er mindst lige så relevant som rektaleksploration af andre patienter, er denne undersøgelse uden grund miskrediteret.

Rektaleksploration er en billig, sikker og nyttig undersøgelse hos AMI-patienter i den akutte fase.

Korrespondance: *Kasper Iversen*, Kardiologisk Klinik, Amager Hospital, DK-2300 København S. E-mail: kasper.iversen@dadlnet.dk

Antaget: 11. september 2003
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Lorenzen I. Patient læge kontakt. I: Lorenzen I, Bendixen G, Hansen NE, eds. Medicinsk kompendium. 15 udg. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 1999:195-201.
2. Eddy D. ACS report on the cancer-related health checkup. CA Cancer J Clin 1980;30:193-240.
3. Kober L, Torp-Pedersen C. Clinical characteristics and mortality of patients screened for entry into the Trandolapril Cardiac Evaluation (TRACE) study. Am J Cardiol 1995;76:1-5.

4. Akhtar AJ, Moran D, Ganesan K et al. Safety and efficacy of digital rectal examination in patients with acute myocardial infarction. Am J Gastroenterol 2000;95:1463-5.
5. Earnest DL, Fletcher GF. Danger of rectal examination in patients with acute myocardial infarction – fact or fiction? N Engl J Med 1969;281:238-41.
6. Kostis JB. Ventricular fibrillation during rectal examination in a patient with acute myocardial infarction. Chest 1977;72:265-6.
7. Lieberman ME. Ventricular tachycardia as a complication of digital rectal massage. Ann Emerg Med 1988;17:872.
8. Munter DW, Stoner R. Ventricular fibrillation during rectal examination. Am J Emerg Med 1989;7:57-60.
9. Cappell MS. Safety and clinical efficacy of flexible sigmoidoscopy and colonoscopy for gastrointestinal bleeding after myocardial infarction. Dig Dis Sci 1994;39:473-80.