

Perkutan koronarintervention uden hjertekirurgisk tilstedeværelse

Lars Lindholm Sørensen, Lars Kjølner-Hansen, Gunnar Vagn Hagemann Jensen, Birgitte Poulsen, Dorthe Fisker & Steen Carstensen

INTRODUKTION

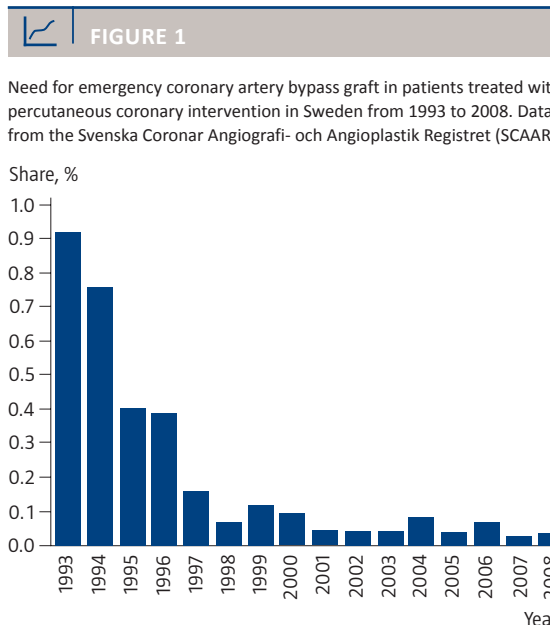
Da perkutan koronarintervention (PCI) blev introduceret, var der ofte behov for akut hjertekirurgi på grund af PCI-relaterede komplikationer. Siden er metoden blevet udviklet, og de seneste ti år har den procedurerelaterede dødelighed og behovet for akut hjertekirurgisk intervention på grund af PCI-relaterede komplikationer været meget lave (< 1‰) (Figur 1). Ventetiden på PCI-behandling har i mange år været lang for patienter i Region Sjælland. Under henvisning til manglende hjertekirurgisk tilstedeværelse, tilstrækkelig kapacitet og høj kvalitet på de eksisterende PCI-centre har Sundhedsstyrelsen tidligere afvist etablering af lokale PCI-centre. I 2008 fik Roskilde Sygehus tilladelse til PCI uden hjertekirurgisk tilstedeværelse. Aktiviteten og kvaliteten af behandlingen de første seks måneder beskrives her.

MATERIALE OG METODER

I alt 245 patienter fik udført 254 PCI på Roskilde Sygehus. Der blev anvendt følgende kvalitetsindikatorer: dødelighed, komplikationer, ventetid på behandling, økonomisk besparelse, symptomlindring, ændret livskvalitet og patienttilfredshed i en opfølgingsperiode på seks måneder. Samme periode året før er anvendt som reference for ventetiden. Dødeligheden er sammenholdt med den prædikterede dødelighed (Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE)-score og New York State PCI-score) og den observerede dødelighed i Dansk Hjerteregister (DHR). Data er indsamlet prospektivt, ved systematisk opfølgning og ved telefoninterview 3-6 måneder efter PCI.

RESULTATER

Ventetiden på PCI-behandling faldt fra median 28 dage (Inter Quartile Range (IQR) 18-34 dage) til nul dage (IQR 0-5 dage) ($p < 0,05$) for patienter med stabil koronarsygdom og fra syv dage (IQR 4-19 dage) til nul dage (IQR 0-0 dage) ($p < 0,05$) for patienter med ustabil koronarsygdom. DRG/DAGS-værdien af de sparede procedurer og sengedage var 4.246.652 kroner. Seksmånedersdødeligheden for patienter med stabil sygdom var 0,0% imod de 0,4%, der var prædikeret med New York State PCI-score (indlæggelse) og 0,4% i DHR (30 dage). For patienter med



ustabil sygdom var 30-dages- og seksmånedersdødeligheden henholdsvis 1,4% og 1,4% imod en GRACE-score, der var prædikeret til henholdsvis 2,6% og 6,4%, og DHR på 1,8% (30 dage). Ingen patienter behøvede akut hjertekirurgisk intervention. Under opfølgning var der to tilfælde med subakut stenttrombose, tre restenoser efter ballonudvidelse og ingen in-stent-restenoser. I alt 92% rapporterede om ingen eller mindre angina pectoris, 73% om forbedret livskvalitet – og 99% syntes, at deres problem var blevet adresseret.

KONKLUSION

Dødeligheden og komplikationsfrekvensen ved PCI uden hjertekirurgisk tilstedeværelse var meget lav som i litteraturen. Kvaliteten af PCI-behandling for Region Sjællands patienter steg, og ventetiden – der ved ustabil koronarsygdom er associeret med komplikationer og død – blev nedbragt betragteligt. Behandlingen havde god effekt på symptomer og livskvalitet, og der var stor patienttilfredshed samt en anseelig økonomisk besparelse forbundet med etablering af et PCI-center i Region Sjælland.

ORIGINALARTIKEL

Roskilde Sygehus,
Kardiologisk Afdeling



**DANISH MEDICAL
BULLETIN**

Dette er et resume af en originalartikel publiceret på www.danmedbul.dk som Dan Med Bul 2010;57(11):A4202