
Ytterligere læringsmomenter fra et kardiologisk perspektiv

KOMMENTAR

KRISTIAN BERGE

kristian.berge@gmail.com

Kristian Berge er LIS3-lege i hjertesykdommer ved Akershus universitetssykehus.

MAGNUS N. LYNGBAKKEN

TORBJØRN OMLAND

VIBEKE JULIEBØ

HENRIK SCHIRMER

HELGE RØSJØ

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

I Tidsskriftet nr. 12/2020 rapporterer Grimnes og medarbeidere fra UNN en interessant og lærerik pasientkasuistikk om en mann i 60-årene med alvorlig endokrinologisk sykdom (1). Vi tror det kan være ytterligere læringspunkter relatert til hjertesykdom.

Ved innleggelse hadde pasienten pustebesvær og ødemer, samt kardialt troponin T (hs-TnT) konsentrasjon på 69 til 57 ng/L. Ved høy hs-TnT-konsentrasjon bør hjertesykdom alltid avklares, sammen med for eksempel lungeemboli som kan gi troponin-utslipp sekundært til høyre ventrikkel-belastning. For hs-TnT assay kan det være kryssreaksjon med skjelettmuskel-troponin, slik at validering med hs-TnI en sjelden gang kan være indisert. Pasienten hadde flere risikofaktorer for koronarsykdom, samt EKG-funn forenlig med obstruktiv koronarsykdom i venstre koronararterie og nedsatt kontraktilitet i septum på ekkokardiografi. Konsentrasjon av hs-TnT- var fem ganger over 99-persentilen for friske personer ($\leq 14\text{ng/L}$). Med samtidig dyspné, som kan være symptom på myokardiskemi, gir dette $> 90\%$ sannsynlighet for akutt hjerteinfarkt

(2). Pasienten hadde ikke signifikant dynamikk i serie troponin-måling, men sykehistorien kan passe med hjerteinfarkt noen uker i forveien. Vi mener at koronarutredning her var indisert, da invasiv og farmakologisk behandling vil redusere mortalitet ved funn av obstruktiv koronarsykdom (2).

Den høye troponin-konsentrasjonen kan være uttrykk for annen hjertesykdom enn koronarsykdom. Vi har tidligere vist at hs-TnT-måling fanger opp udiagnostisert hjertesvikt i den generelle befolkningen. Vi har nå også vist at hs-TnT-måling gir tilleggsværdi til NT-proBNP i diagnostikk av akutt hjertesvikt med bevart pumpefunksjon (HFpEF) (3). I vårt arbeid var median hs-TnT 38 (kvartil 1–3 22–75) ng/L for pasienter hospitalisert med HFpEF, og kombinasjonen av hs-TnT og NT-proBNP bedret diagnostikken av HFpEF sammenliknet med måling av NT-proBNP alene. Dette er spesielt nyttig da pasienter med HFpEF i snitt har 50 % lavere NT-proBNP-konsentrasjoner enn pasienter med hjertesvikt med redusert pumpefunksjon. Ved klinisk mistanke om hjertesvikt og tilnærmet normal NT-proBNP-konsentrasjon, bør høy hs-TnT-konsentrasjon således medføre utredning av HFpEF, etter at obstruktiv koronarsykdom er utelukket.

Pasienten hadde Cushings syndrom, som er direkte assosiert med hjertesykdom. Koronarsykdom gir overdødelighet ved Cushings syndrom (4) og diastolisk dysfunksjon, som er et kjennetegn ved HFpEF, er vist å være vanlig ved hyperkortisolisme. Om diagnostikk av HFpEF hadde påvirket prognosen for pasienten er tvilsomt da han senere pådro seg ny og alvorlig sykdom. Det finnes foreløpig heller ingen behandling av HFpEF med effekt på mortalitet. Pasienten virker dog å ha respondert symptomatisk på spironolakton, som er vist å redusere sykdomsbyrden ved HFpEF (5). Vi mener derfor at diagnostikk av HFpEF er viktig, og at korrekt tolkning av hs-TnT-konsentrasjon gir viktig tilleggsinformasjon. I aktuelle kasuistikk virker det dessverre ikke som dette objektive signalet på hjertesykdom ble fulgt opp.

LITTERATUR

1. Grimnes G, Svartberg J, Joakimsen RM et al. Mann i 60-årene med tungpustethet og ødemer. Tidsskr Nor Lægeforen 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.19.0751. [PubMed][CrossRef]
2. Collet J-P, Thiele H. The 'Ten Commandments' for the 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2020; 41: 3495–7. [PubMed][CrossRef]
3. Berge K, Lyngbakken MN, Myhre PL et al. High-Sensitivity Cardiac Troponin T and N-terminal pro-B-type Natriuretic Peptide in Acute Heart Failure: Data from the ACE 2 Study. Clin Biochem 2020; 85: S0009-9120(20)30886-9. [PubMed][CrossRef]
4. Pivonello R, Isidori AM, De Martino MC et al. Complications of Cushing's syndrome: state of the art. Lancet Diabetes Endocrinol 2016; 4: 611–29. [PubMed][CrossRef]
5. Pitt B, Pfeffer MA, Assmann SF et al. Spironolactone for heart failure with preserved ejection fraction. N Engl J Med 2014; 370: 1383–92. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 11. januar 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.1025

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. august 2026.