
Kan arteriekran ved akutt hjertesvikt vente?

FRA ANDRE TIDSSKRIFTER

PETTER GJERSVIK

Tidsskriftet

Ved akutt sirkulasjonssvikt er det vanlig å anlegge en arteriekran raskest mulig. Dette behøver ikke være rutine, ifølge ny studie.



Illustrasjonsfoto: Science Photo Library / NTB

I en fransk multisenterstudie, publisert i *The New England Journal of Medicine*, ble voksne intensivpasienter med akutt sirkulasjonssvikt randomisert til enten rutinemessig anleggelse av arteriekran innen fire timer ($n = 502$) eller monitorering med vanlig blodtrykksmåling – med mulighet for senere å få anlagt arteriekran etter spesifiserte kriterier ($n = 504$) (1). Det siste skjedde hos 74 pasienter (15 %). 28 dager etter randomiseringen var det ingen forskjell i dødelighet i de to gruppene: 185 pasienter i gruppen med tidlig

arteriekateterisering (34,9 %) var døde, mot 173 pasienter uten tidlig arteriekateterisering (34,3 %) ($p = 0,006$ for ikke-underlegenhet). Hematom eller blødning relatert til arteriekateteret var vanligst i den første gruppen (8,2 % versus 1 %).

– Dette er en pragmatisk designet studie med et klinisk meningsfullt forskningsspørsmål, sier Jon Henrik Laake, som er overlege ved Avdeling for anesthesiologi og intensivmedisin, Oslo universitetssykehus. Han mener at studiens konklusjon framstår som robust: En ikke-invasiv førstelinjestrategi kan være trygg for mange, uten at man dermed avviser nytten av invasiv monitorering hos dem som virkelig trenger det.

– Prinsippet *primum non nocere* – først og fremst ikke skade – er et tosidig imperativ i intensivmedisin, sier Laake. Både over- og underbehandling kan volde skade. Moderne intensivmedisin har derfor som mål å redusere rutinemessig bruk av invasive prosedyrer som ikke forbedrer sannsynligheten for overlevelse eller pasientenes livskvalitet.

– Denne studien har en ikke-underlegenhetsdesign, noe som innebærer noen metodologiske utfordringer, sier Laake. Dette gjelder særlig at noen pasienter uten tidlig arteriekateterisering fikk anlagt en arteriekran senere, og mulig mangelfull etterlevelse av protokollen hos et ukjent antall pasienter. Dette kan trekke resultatene nærmere hverandre og fremme et ikke-underlegenhetsfunn.

– Disse potensielle svakhetene håndteres imidlertid på en overbevisende måte, mener Laake. Man tillot bruk av arteriekanyler basert på objektive og klinisk fornuftige kriterier under forløpet, og både per protokoll-analyser og sensitivitetsanalyser underbygger hovedfunnene.

– De aller sykeste pasientene i begge grupper hadde svært høy – men lik – dødelighet, noe som svekker eventuelle innvendinger om at selektiv «redningskanylering» kan ha drevet resultatet kunstig mot ikke-underlegenhet, mener Laake. Tolkningen er også avhengig av hvor bred ikke-underlegenhetsmarginen settes. En margin på fem prosentpoeng innebærer klinisk aksept av en ikke ubetydelig forskjell i dødelighet – en skjønnsmessig vurdering som neppe er triviell, og som fagmiljøer kan være uenige om, sier Laake.

Hvor stor risikoøkning er fagmiljøene villige til å akseptere for å redusere bruken av invasive metoder?

– Dette er et verdibasert og klinisk komplekst spørsmål, påpeker Laake. Opplevelsen av ulemper med invasiv monitorering kan også variere, både blant pasienter og helsepersonell. Denne studien representerer et viktig skritt mot en mer nøktern og pasientvennlig tilnærming til invasiv hemodynamisk monitorering i intensivmedisin, sier Laake.

LITTERATUR

1. Muller G, Contou D, Ehrmann S et al. Deferring Arterial Catheterization in Critically Ill Patients with Shock. *N Engl J Med* 2025; 393: 1875–88. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 21. januar 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0718
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.