

Dokumenttyp Remittentanvisning	Ansvarig verksamhet Bild- och funktionsdiagnostik	Version 7	Antal sidor 2
Dokumentägare Anders Eriksson Enhetschef	Fastställare Carola Wretling Btr Verksamhetschef	Giltig fr.o.m. 2026-07-21	Giltig t.o.m. 2028-07-20

Myokardscintigrafi

Gäller för: Hälso- och sjukvård

Myokardscintigrafi är en nuklearmedicinsk metod som avbildar blodförsörjningen till hjärtat. Patienten injiceras med en radioaktiv isotop märkt med ett ämne som tas upp i myokardiet i förhållande till blodflödet. Injektionen sker vid provokation (arbetsprov eller farmakologiskt med adenosin/rapiscan), om perfusion till hjärtmuskeln är nedsatt behövs undersökning i vila cirka en vecka senare.

Indikationer

Misstanke om kranskärslsjukdom

- Då arbetsprovet är normalt eller inkonklusivt som vid exempel vänstergrenblock och kammarutlöst pacemaker (patient med vänstergrenblock och kammarutlöst pacemaker kan remitteras direkt till myokardscintigrafi)
- Då patient vid arbetsprov har låg slutfärd eller ospecifik bröstsmärta utan tydliga EKG-förändringar.
- Då patienten inte kan genomföra arbetsprov, till exempel patienten kan inte cykla.
- Patient med hög sannolikhet för koronarsjukdom – remiss till kardiolog.

Känd koronarsjukdom

- Då man önskar bedöma betydelsen av känd stenosis, bedöma resultatet efter CABG/PCI eller misstanke om återfall.

Absoluta kontraindikationer

- Överkänslighet för tetrofosmin – eller för regadenoson om dessa planeras administreras vid utförandet.
- Instabil angina och pågående myokardprocess (exempelvis peri- myokardit, endokardit).
- Aktuell grav hjärtsvikt eller misstänkt kardiopulmonell instabilitet.
- Akut aortadissektion och akut lungemboli.
- Graviditet.
- Tidigare okänd AV-block typ II eller III eller sinusknutedysfunktion utan pacemaker (för farmakologisk belastning)

Relativa kontraindikationer

- Patient som genomgått annan nuklearmedicinsk undersökning de senaste 2 dygnen för ^{99m}Tc.
- Högt blodtryck i vila >200 mmHg för arbets- eller 220 mmHg för farmakologisk belastning.
- Uttalad klaffstenos.
- Uttalad karotisstenos eller svår yrsel på basen av misstänkt nedsatt cerebral perfusion.
- Anamnes om kliniskt betydande ventrikeltakykardi.
- Nyligen (inom 5 dagar) genomgången måttlig till stor myokardinfarkt.
- Känd aortaaneurysm. Vid planerad farmakologisk belastning (diskussion får föras med remittent eller ansvarig kardiolog vid remissbedömning och vid utförandet)
- Långt QT-syndrom.

- Uttalad bradykardi mindre än 40 slag/min eller förmaksflimmer med pauser över 2 s.
- Hypovolemiska tillstånd eller svår hypotoni mindre än 90 mmHg.
- Anamnes om krampsjukdom
- **Tänk på att patienten måste kunna ligga på rygg cirka 25-30 minuter med armarna över huvudet.**

Remissinformation

- Indikationer och aktuella symtom
- Vilo-EKG: Vänstergrenblock? Pacemaker?
- Resultat av arbetsprov: Max arbetsförmåga. Max hjärtfrekvens (slag/min och % av förväntad max hjärtfrekvens). Ischemitecken?
- Är pat rökare eller f d rökare?
- Hos patienter med känd eller misstänkt obstruktiv lungsjukdom kan adenosin utlösa eller förvärra bronkospasm. Gör därför COPD6 (spirometri) inför remiss till myokardscintigrafi.
- Resultat av eventuell ekokardiografisk undersökning.
- Har patienten genomgått koronarangiografi senaste åren? Resultat?

Stråldos

Myokardscintigrafi vid provokation: ca 3-5 mSv

Myokardscintigrafi i vila: ca 3-5 mSv

Dokumentet är utarbetat av: Anders Eriksson Karin Alfredsson