



Svensk CARDIOLOGI

nr 3 | 2005

**FÖR DITT
HJÄRTAS SKULL**

**FOKUS PÅ
KVINNOHJÄRTAN**

**BUKFETMAN
AVKLÄDD**



**KARDIOLOGER MED
HJÄRTAT I STOCKHOLM**



**Inspira –
kostnadseffektiv
enligt LFN³**

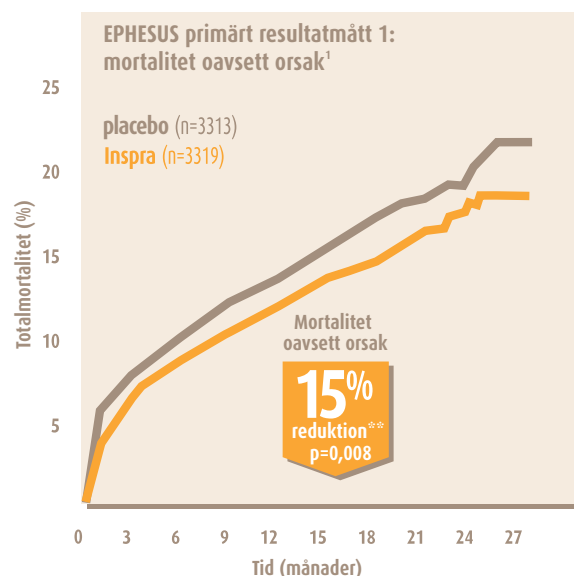
Nu går det
att göra mer.

Öka överlevnaden vid postinfarktsvikt.*

Med selektiv blockad av aldosteronreceptorn går det att öka överlevnaden. Trots dagens behandling med ACEi/ARB och betablockerare är dödligheten fortfarande hög hos patienter med hjärtsvikt efter hjärtinfarkt. Nu finns Inspira™ (eplerenon), den första **selektiva aldosteronblockeraren**. EPHESUS-studien visade att Inspira givet som tillägg till standardbehandling **minskar mortaliteten** signifikant.¹

Nu går det att göra mer

Nu kan du lägga till Inspira



****Relativ riskreduktion. Den absoluta riskreduktionen var 2,3%.^{1,2}**

Resultaten från en randomiserad, dubbelblind, placebokontrollerad, multicenterstudie av patienter med vänsterkammardysfunktion (ejektionsfraktion $\leq 40\%$) och kliniska tecken på hjärtsvikt efter akut hjärtinfarkt. Inom 3-14 dagar randomiserades patienterna till standardbehandling med tillägg av Inspira (tablett 25mg/dag) eller placebo. Inom en månad höjdes dosen Inspira till maximalt 50 mg/dag. Medeldosen var 43 mg/dag. Medelföljningstiden var 16 månader.

*Vänsterkammardysfunktion (LVEF $\leq 40\%$) och kliniska tecken på hjärtsvikt efter nyligen genomgången hjärtinfarkt.

REFERENSER: 1. Pitt B et al. N Engl J Med. 2003;348:1309-1321. 2. Inspira SPC, februari 2005. 3. Inspira omfattas av full subvention i läkemedelsförmånen enligt godkänd indikation. LFN 8 mars 2005. **INDIKATIONER:** Eplerenon är indicerat, som tillägg till standardterapi inkluderande beta-blockerare, för reduktion av kardiovaskulär mortalitet och morbiditet hos stabila patienter med vänsterkammardysfunktion (LVEF $\leq 40\%$) och kliniska tecken på hjärtsvikt efter nyligen genomgången hjärtinfarkt. Serumkalium bör mätas innan Inspira-behandling sätts in, under första veckan, efter en månad och därefter regelbundet vid behov. Regelbunden kontroll rekommenderas särskilt hos patienter som löper risk att utveckla hyperkalemi, såsom patienter med nedsatt njurfunktion och patienter med diabetes inklusive vid diabetesrelaterad mikroalbuminuri. Inspira finns som tablett 25 och 50 mg i förpackningarna 30 st eller 100 st tabletter. **FÖR VIDARE INFORMATION:** Se www.fass.se
ADRESS: Pfizer AB, Box 501, 183 25 TÄBY, Tel 08-519 062 00. www.pfizer.se

inspra™
eplerenon
Ökad överlevnad



Kardiologieuropa
möttes i Stockholm i
september i år.
Foto: Stockholm
Visitors Board/
Richard Ryan

SVENSK CARDIOLOGI

Artiklar som belyser forskning, utbildning och kliniska frågor inom kardiologi.

ANSVARIG UTGIVARE

Eva Swahn

adress: Kardiologiska kliniken, Universitetssjukhuset,
581 85 LINKÖPING

tel: 013-22 20 00

e-post: eva.swahn@lio.se

REDAKTÖR

Christer Höglund

adress: cityheart, Sveavägen 17, 8tr, 111 57 Stockholm

tel: 08-546 91 000

fax: 08-546 91 001

e-post: kidde.noninvas@pi.se

PRODUKTION

Greenwood Communications AB

adress: Box 49021, 100 28 Stockholm

tel: 08-411 85 11

fax: 08-411 07 14

projektansvarig: Åsa Larsbo (asa@greenwood.se)

layout: Jessica Bladh (jessica@greenwood.se)

UTGIVNING 2005:

nr 1: vecka 14

nr 2: vecka 25

nr 3: vecka 39-40

nr 4: vecka 51

ANNONSFÖRSÄLJNING

Jan Söderstrand

tel: 08-622 6202

e-post: jaso@telia.com

ANNONSMATERIAL

adress: Greenwood Communications AB,

Box 49021, 100 28 Stockholm

bud: Alströmergatan 20A, 1tr

e-post: jessica@greenwood.se

ANSÖK OM MEDLEMSKAP

www.svenskacardiologforeningen.org/foreningen/
medlemskap

ÅRSPRENUMERATION

medlem: gratis

icke-medlem: 400 kronor

lösnummer: 100 kronor

upplaga: 2 800 ex

ADRESSÄNDRING

CASAB: www.svenskacardiologforeningen.org

fax: 08-644 14 00

VIC: www.v-i-c.nu e-post: ulf.nilsson@vll.se



13



24



44

4-9 Ledare

10 Specialistexamen i kardiologi

13 ESC 2005 Stockholm stod värd för årets ESC-kongress.

14 ESC 2005 Möte med ESC:s ordförande Michal Tendera.

16 ESC 2005 Leif Pagrotsky hälsade Europas kardiologer välkomna.

18 ESC 2005 Förkortningarnas eldorado – en presentation av årets Hotlines.

24 ESC 2005 "Women at Heart" ger ett kvinnligt perspektiv på riskfaktorer, behandling och prevention.

32 ESC 2005 Den farliga bukfetman mångfaldigar riskerna för hjärta och metabolism.

40 For Your Heart's Sake Stockholmarna passade på att mäta kolesterolvärden och blodtryck i Kungsträdgården.

44 Kliniken Besök i hos kollegorna i Falun.

46 VIC Ordförande

47 VIC Avhandling Fysisk aktivitet och hälsorelaterad livskvalitet.

48 VIC Reserapporter Medlemmar besöker Dublin och Vårdstämman.

50 Krönika Ratatouille och det metabola syndromet.



God höst alla medlemmar!



Eva Swahn
Ordförande

European Society of Cardiology's kongress i Stockholm 3-7 september har genomförts och vad jag förstår blev det en succé, inte minst på grund av det fina väder som vädergudarna bestod oss med. Programmet uppskattades av de internationella gästerna och temat "Women at Heart" – utmärkt med det speciella rosa hjärtat – framgick klart och tydligt med stora "roll-ups" från det att man trädde in i entrén på Älvsjömassan till i programmet, där alla specifika kvinnohjärtasymposier, -abstracts och -posters tydligt markerats.

Svenska Cardioloföreningen fick under fem minuter vid invigningsceremonin framföra sitt budskap om den framträdande svenska historiken med ekokardiografi (Inge Edler), betablockad vid svikt (Swedberg, Waagstein), nationella kvalitetsregister (RIKS-HIA, Wallentin, Stenestrand), prioriteringar, avtalet mellan Landstingsförbundet och läkemedelsindustrin och inte minst den hotande nedregleringen av kardiologin som specialitet från basspecialitet till grenspecialitet i Sverige. Budskapet gick hem! Åtminstone att döma av de kommentarer från besökande som spontant kom fram under efterföljande timmar och dagar.

Dagen före start av själva kongressen, det vill säga fredagen den 2 september klockan 10.00 gick startskottet för FYHS (For Your Heart's Sake) i Kungsträdgården. Alla Stockholms skolor hade inbjudits att göra ett besök innan det egentliga programmet startade. Skogsmulle var på plats, Cardioloföreningens tält var laddat med EKG-tagning med hjälp av tummarna och HLR visades med hjälp av Samaritans ambulans. Klockan 12 ägde den officiella invigningen rum under pompa och ståt med

ESC:s ordförande Michal Tendera, undertecknad, Stockholms läns landstingsdirektör Sören Olofsson och före detta VIC-ordförande Mona Schlyter, klädd i gammaldags sjuksköterskeuniform. Bandet till tälten där mätning av blodfetter och midjemått, information om hjärtkärhläsa, nyttig kost och motion ägde rum, klipptes av, och de 70-talet sjuksköterskor som helt frivilligt ställde upp från flera Stockholmssjukhus kunde börja sin tvådygnsgräning att tala med folk, ta prover och ge råd.

Svenska Cardioloföreningen tackar alla som oegennyttigt och helt ideellt deltog i planeringen för och genomförandet av FYHS och de pressaktiviteter som ägde rum i anslutning till FYHS och ESC med ibland nästintill dygnet-runt-jour för att föra ut vårt kardiologiska budskap via massmedia nationellt och internationellt.

Vi ser nu fram emot Riksstämman som är nästintill helt färdigplanerad, Kardiologiska vårmötet, som nästa år äger rum i Linköping den 26-28 april och nästa ESC-kongress i Barcelona.

Glöm inte att besöka Cardioloföreningens hemsida, som uppdateras regelbundet med aktuella symposier, kongresser, foton på medlemmar och mycket annat. www.svenskacardiologforeningen.org.

Även hösten kan vara vacker och njutbar, glöm inte det!



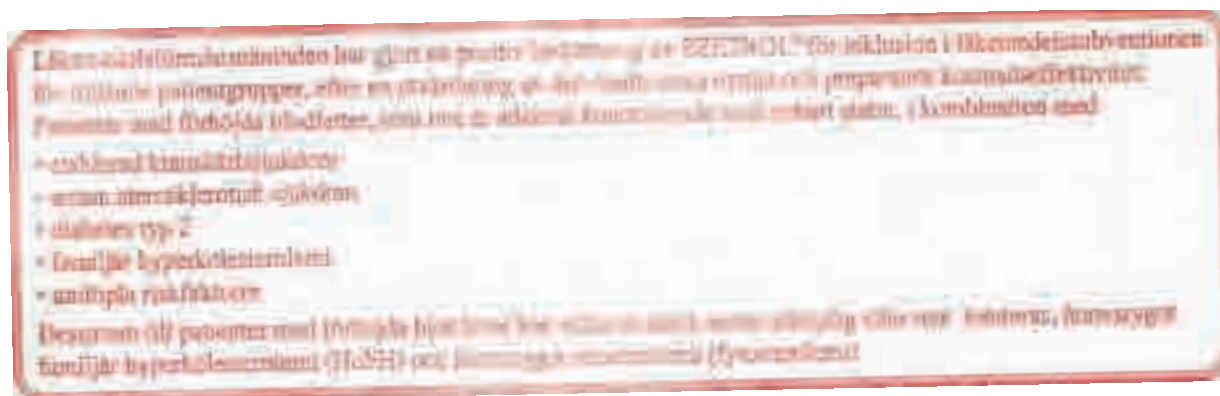
**Missa inte Cardioloföreningens hemsida
www.svenskacardiologforeningen.org**

NYHET inom kolesterolbehandling

KRAFTFULL KOLESTEROLSÄNKNING GENOM DUBBEL HÄMNING*



04-05-EZT-045-651



*Med dubbel hämning avses hämning av kolesterolabsorptionen från tarmen med Ezetrol, samt hämning av kolesterolsyntesen i levern med en statin.

EZETROL®
(ezetimib)

och statin

BETTER TOGETHER!



MSD Schering-Plough
08-626 14 00 08-522 21 500

Serumlipidsänkande läkemedel

Tabletter: 10 mg

Förpackning: 28 tabletter/ 98 tabletter

För vidare information, se www.fass.se och www.ezetrol.se



Lev som ni lär!

I bland känns det skönt att andra bekräftar vad man själv säger. På något sätt får man en bekräftelse att det trots allt finns ett uns av sanning bakom ens teser. Jag återkommer senare till vad jag syftar på.

Beroende på vem man frågar om sommaren varit fin eller ej skiftar svaret. Allting utgår från varje människas värdering och uppfattning av livet. Alla kan ju inte tycka om att ligga i gräset och känna ljumma vindar smeka över en och samtidigt lyssna på Mozart. Underbart, tycker jag, men livet är komplext.

Årets stora händelse i Europa inom vår bransch är ESC-mötet, som i år gick i Stockholm. Vi har verkligen hållit oss framme och detta var femte året som det arrangerades i vår huvudstad. Ingen annan stad har haft mötet fler än fyra gånger. Eftersom Svenska Cardioloföreningen var värdar, började för oss planeringen redan tidigt i våras för att sedan snabbt öka tempot under sommaren. I samband med ESC-mötet anordnade vi också en tillställning för allmänheten – FYHS – For your Heart's Sake. Detta evenemang gick i Kungsträdgården. Kan ni tänka er att det kom mer 50 000 besökare? Mer om detta i tidningen.

I det här numret koncentrerar vi oss i huvudsak på ESC eftersom det är vårt största möte i Sverige på länge. Ni kan läsa om Michal Tendera – president för ESC – och hans vardag. Ni får en hel del från mötets alla Hotlines. Eftersom huvudtemat under denna kongress var "Women at Heart" presenterar vi också detta ämne, med många svenska inslag.

Vi ska förstås heller inte glömma våra egna inhemska

kardiologkliniker och i detta nummer kommer rapporten från Falun. Läs och njut.

Ja, vad var det då jag syftade på i inledningen? Jag förstår att ni undrar. Olivoljan, så klart! Mitt under kongressen kunde man plötsligt läsa att olivolja också har en smärtstillande, eller snarare antiinflammatorisk, effekt. Denna upptäckt hade kommit fram vid en olivoljeprovning. En av deltagarna kände igen smaken med ett NSAID-preparat.

Ett annat intressant inslag var att man återigen puffade för mörk choklad. Tyvärr krävs en rejält stor mängd choklad för att den ska vara helande för våra kranskärl. Effekten lär inte sitta i mer än cirka tre timmar, men ändå.

Övervikten och fetman var naturligtvis ett stort ämne under hela kongressen. Jag tycker dock att det är viktigt att vi som medicinska rådgivare – om möjligt – själva kämpar mot övervikten. Det blir ju annars samma budskap som en kardiolog som själv röker och förkunnar om rökandets skadliga effekter till patienterna. Det ger så att säga fel signaler. Förbered er på att långsiktigt ändra er livsstil med mer motion och kanske medelhavskost och ett glas rödvin. Och varför inte ett litet glas olivolja dagligen?

Enjoy life



Christer Höglund
Redaktör



CRESTOR TAR DIN PATIENT TILL MÅL

– Sänker LDL-C effektivare än någon annan statin¹

8 AV 10 NÅR BEHANDLINGSMÅLEN MED STARTDOSEN CRESTOR 10MG¹

Läkemedelsnämnden har beslutat att subvention av CRESTOR föreligger i de fall patienten inte når behandlingsmålet med simvastatin.*

CRESTOR är signifikant mer effektivt än atorvastatin på att sänka LDL-kolesterolet på startdos (46% vs 37%) och över hela dosintervallet².

Eftersom priset för CRESTOR och atorvastatin är detsamma, dos för dos³, är CRESTOR ett kostnadseffektivt alternativ när simvastatin inte räcker hela vägen.



Med fokus på mål

CRESTOR (rosuvastatin). Kolesterol synteshämmare. Tablett 10, 20 och 40 mg. Hyperkolesterolemi och dyslipidemi. För fullständig information se FASS.se. CRESTOR är ett registrerat varumärke som ägs av AstraZeneca. Licensed from Shionogi & Co. Ltd, Osaka, Japan.

- 10 mg är startdos för samtliga patienter oavsett tidigare behandling
- Om nödvändigt, kan dosjustering till 20 mg göras efter 4 veckor
- Ökning av dosen till 40 mg kan göras efter ytterligare 4 veckor hos patienter med svår hyperkolesterolemi och hög risk för kardiovaskulär sjukdom som inte når behandlingsmål med 20 mg och som inte har faktorer som predisponerar för myopati/rabdomyolys. Samråd med specialist rekommenderas när behandling med 40 mg startas.

- CRESTOR bör, liksom andra statiner, förskrivas med försiktighet till patienter med faktorer som pre-disponerar för myopati/rabdomyolys, såsom; tidigare muskelsjukdom eller ärftlighet för sådan sjukdom, tidigare muskelsymptom vid behandling med annan statin eller fibrat, hypotyreoidism, nedsatt njurfunktion, alkoholmissbruk, situationer där ökade plasmakoncentrationer av rosuvastatin kan uppstå, ålder > 70 år, samtidig användning av fibrater.

* för mer information om LFN:s beslut, se www.lfn.se

Referenser: 1. Shepherd J, et al. *Am J Cardiol* 2003; 91 (Suppl): 11C-19C.
2. Jones et al. *Am J Cardiol* 2003;93:152-60. 3. www.fass.se.

KLEXANE®

enoxaparin

TRYGGHET HELA VÄGEN

*Kostnadsbesparing för sjukhus
och landsting som tecknat avtal!*

- Behandling av instabil kranskärslsjukdom
- Behandling av djup ventrombos
- Behandling av lungemboli
- Trombosprofylax vid kirurgi
- Trombosprofylax vid medicinsk immobilisering
- Trombosprofylax vid dialys



Klexane® (enoxaparin) är ett lågmolekylärt heparin.
Indikationer se ovan.

Flerdosbehållare (med konserveringsmedel) 100 mg/ml 3 ml, 10 ml.

Endossprutor 100 mg/ml 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, 100 mg.

Endossprutor 150 mg/ml 120 mg, 150 mg.

För fullständig information om indikationer, dosering, kontraindikationer, biverkningar mm se fass.se

1: För information, se respektive landstings upphandlingsavtal.



Sanofi-Synthelabo Box 141 42, 167 14 Bromma. Tel: 08-470 18 00

Aventis Pharma Box 47 604, 117 94 Stockholm. Tel: 08-775 70 00

www.sanofi-aventis.com

I svallvågorna efter ESC 2005!

Det är trevligt att känna sig stolt över svensk kardiologi och vår vackra huvudstad som bidrog till ett minnesvärt ESC 2005. Vi i styrelsen har med bävan sett fram emot detta arrangemang som vi visste skulle sätta våra krafter på prov. Och vi var alla engagerade på ett eller annat sätt i de praktiska arrangemangen, i symposier och presentationer, men också för att med hjälp av ESC – vilket betonades av ordförande Eva Swahn under invigningen – få stöd i den fortsatta kampen att bevara vår specialitets självständighet.

Tyvärr hade vår egen utställningsmonter placerats något i skymundan vilket sannolikt gjorde antalet besökare hos oss ganska lågt. I montern presenterades våra svenska kvalitetsregister för inhemsk och utländsk publik och våra nordiska kollegor hade sina monstrar i nära anslutning till vår egen.

Själv arbetade jag för första gången i den lokala presskommittén, vilket var ett spännande uppdrag som krävde stor närvaro i pressrummet, men utbytet var mycket givande i form av diskussioner med övriga kollegor i gruppen för att så rättvisst och klokt som möjligt förmedla information till den svenska pressen. Så småningom kände vi oss riktigt professionella på att snabbt sammanställa pressmeddelanden och dessutom medförde arbetet en tämligen god överblick och summering av kongressens höjdpunkter. Styrelsearbete är alltså inte bara möten att sitta av, utan många gånger ett roligt och utvecklande uppdrag.

Nästa aktivitet är Riksstämman i november-december i Stockholm. Som jag tidigare skrivit om i denna spalt har styrelsen bestämt att vi ej ska ha abstractpresentationer i

år, varken som postrar eller föredrag. Tyvärr har det inte varit möjligt att lägga in någon förhandsinformation om detta i själva abstracthanteringssystemet som Svenska Läkaresällskapet använder, varför alla inte nåtts av denna information och ett mindre antal abstracts har skickats in.

Jag tackar givetvis för era bidrag, också i personliga meddelanden och förslår att de skickas in till Kardiovaskulärt Vårmöte 2006. Planeringen för detta möte är redan i full gång och det ska bli spännande att pröva Linköping som kongressstad. Vår sektionens bidrag till Riksstämman blir i form av symposier och debatter under två dagar och jag hoppas att programmet ska vara intressant och varierande för många.

Riksstämмоorganisationen satsar i år på ett mer strukturerat deltagande av industrin med korta föreläsningar och utställningar parallellt med det vetenskapliga programmet och kardiologi är ett av några utvalda ämnesområden i år. Man kommer således att kunna röra sig inom ett koncentrerat område med olika slag av presentationer.

Så vill jag återigen slå ett slag för IPULS i vars pedagogiska och vetenskapliga råd jag deltagit alltsedan starten. IPULS garanterar genom sin kvalitetsgranskning av utbildningar och kurser hög klass på utbudet och är vår yrkesgrupps eget institut för utbildning. Kursutbudet ökar stadigt och på IPULS hemsida finns "Kurskatalogen" som alla borde prenumerera på. Mindre än en tredjedel av alla ST-läkare och endast 25 studierektorer gör det! Är det av okunskap eller missnöje? Testa hemsidan och kurskatalogen på www.ipuls.se!

Bästa hälsningar,



Inger Hagerman
Vetenskaplig
sekreterare

Specialistexamen i kardiologi

Specialistexamination är i många europeiska länder ett krav för att få ut sin specialitet. Så är inte fallet i Sverige, men sedan 1988 har det varit möjligt att göra en frivillig specialistexamen i kardiologi här i Sverige. Svenska Cardioloföreningen har hela tiden starkt understött specialistexaminationen och också rekommenderat att genomförd examination ska rendera ett lönelöft. Ansvariga för examinationen är de olika universitetsklinikerna enligt ett roterande schema.

Text: Maria Schaufelberger
och Rasmus Borgquist



Martin Stagmo, nybliven specialist, verksam i Malmö. Martin tyckte att specialistexamen i Huddinge var trevlig att genomföra.

Examinationen görs under två dagar. Första dagen genomförs en skrivning med frågor av typen MEQ (modified essay questions) samt även några kortsvarsfrågor. Den andra dagen ägnas åt praktiska prov, OSCE (objective structured clinical examination). Exempel på ämnen som då tas upp är tolkning av EKG, coronarangiografi,

arbetsprov, höger-kateterisering, utförande av A-HLR samt utförande och tolkning av ekokardiografi och pacemakerkontroll

Martin Stagmo, kardiolog på UMAS i Malmö, var en av de 14 som tog specialistexamen i december 2004 i Huddinge.

– För mig var det naturligt att avsluta ST-utbildningen med en specialistexamen som

ett ”formellt kvitto” på kunskaperna man förvärvat under utbildningen.

Själva examen i Huddinge var uppdelad på två dagar, varav den första dagen bestod av fyra pass med olika skriftliga moment, såsom rena essäfrågor, MEQ, kortsvarsfrågor och en internetbaserad fråga avseende förmåga till relevant litteratursökning.

EXEMPEL PÅ HUR EN SKRIVNINGSFRÅGA KAN SE UT. DENNA KOMMER FRÅN SPECIALISTEXAMEN I LINKÖPING.

Berit 48 år, 27p

Berit, 48 år, är busschaufför, men arbetslös. Hon har varit överviktig sedan drygt 20 år (väger nu c:a 135 kg) och har haft bronkitsymptom sedan 1990-talets början. I övrigt har Berit varit väsentligen frisk, men är överkänslig för penicillin. Hon är gift, har två vuxna barn. Röker två paket cigaretter om dagen sedan många år. Hereditet för hjärt-kärlsjukdom finns på moderns sida.

Berit insjuknar plötsligt i hemmet med intensiv central bröstsmärta och larm går till ambulans kl 18.30. Ambulansen anländer kl 18.39 och man kopplar ett EKG som sänds direkt till HIA på Universitetssjukhuset kl. 19:00 under färd. EKG finns på nästa gula papper.

1.1. Tolka det EKG som sänts via telefonbörda! 1p

1.2. Motivera dina frågor om patienten till ambulanssjukvårdarna! 1p

1.3. Motivera dina ordinationer om behandling till ambulanssjukvårdarna! 1p

EKG visar markerade ST-höjningar över framväggen. Då det bara var fem minuters resväg till HIA avstods från terapi i ambulansen. Innan adekvat åtgärd avseende detta hinner vidtagas får patienten ett VF.

1:2:1. Ge den patofysiologiska förklaringen till vad som hänt med Berit sedan insjuknandet! 2p

2.2: Beskriv och motivera alternativ och val av olika delar i den behandling du vill föreslå efter lyckad konvertering av VF! 2p

Berits VF elkonverterades. Status: Ingen vilodyspnoe, perifert varm. BT: 110/75. Pulm: Lätta stasrassel. Hon förs skyndsamt till angio-lab.

Resultatet vid angiografin framgår av skissen på nästa gula papper.

3.1. Motivera dina förslag till åtgärder vid och i samband med angiografin! 2p

Man gjorde PTCA av proximal LAD occlusion, lade ett stent, gav abximab och insatte clopidogrel. Högerkärlet angiograferades ej då Berit hade svårt att ligga längre på den smala, hårda britsen. Ingen ytterligare arytmi.

1:4:1. Ange källor/evdents för läkemedelsbehandlingen. 2p

4.2. Ett ekokardiogram görs, se nästa gula blad. Tolka skissen och motivera vad det kan föranleda i handläggningen av Berit! 2p

Berit hämtar sig mycket bra. Ekokardiogramet visade akinesi apikalt och hypokinesi över resten av septum. Bedömningen blir måttligt nedsatt VK-funktion och därtill en AI av lätt grad. Berit insätts på ACE-hämmare och får råd om endokardit-profylax. Svar lipidstatus taget morgonen efter inkomsten: Tot-chol: 5.8, Tg 1.5, HDL-chol 1.1, LDL-chol 4.0.

5.1. Hur värderar du lipidvärdena? Motivera dina ordinationer och ange på vilka studier du grundar åtgärderna! 2p

Berit behandlas med ACE-hämmare, ASA, betablockad, statin och clopidogrel. Hon ska nu skrivas ut.

6.1. Planera ditt utskrivningssamtal med Berit och lägg upp en plan för hennes rehabilitering! 4p

Berit skrivs ut och återkommer till hjärtmottagningen efter en månad. Hon röker fortfarande 15 cigaretter per dag, har inte gått ned i vikt och verkar nedstämd och tycker att allt känns motigt. Hon har en besvärlig social situation och dålig ekonomi. Berit har börjat på hjärtgymnastiken och upplever bassängträningen positivt.

7.1. Hur tolkar du Berits nedstämdhet? Motivera för och nackdelar med olika åtgärder! 2p

7.2. Hur vill du hantera Berits bristande viktneigång? Motivera för och nackdelar med olika åtgärder! 2p

Efter det senaste återbesöket har Berit fortsatt i hjärt-rehab-gymnastiken och besökt dietisten ytterligare en gång. Vid återbesök tre månader efter infarkten är tillståndet väsentligen oförändrat. Det enda som är positivt är att Berit regelbundet kommer till träningen. Vikten är ett par kilo lägre. Lipidstatus bra på kost och statinbehandling. Du vill nu åter ta upp rökningen.

8.1. Vad kan du göra för att Berit skall uppnå rökstopp? Beskriv resultat samt för och nackdelar med olika metoder! 2p

Patienten hade redan provat olika nikotinersättningsmedel så du skrev ut Zyban, som hon dock inte hade råd att lösa ut. Hon är inte heller positiv till att vara med i rökstoppsgrupp. Försäkringskassans representant i rehab-teamet undrar om utsikterna för denna patient att återgå i sitt tidigare arbete som busschaufför.

9.1. Vad svarar du på detta? Beskriv vilka regler som gäller för körkort med högre behörighet i detta fall! 2p

Berit vistades på internat under tre veckor på ett hälsohem på annan ort i Sverige. Hon uppfattade vistelsen mycket positivt, kände sig gladare, gick ner ytterligare något i vikt (totalt 25 kg sedan infarkten) men hade tyvärr fortfarande inte slutat röka. Berits körkort för buss och tyngre fordon drogs in, men hon fick behålla körkortet för personbil och MC med förbehåll att inkomma med nytt körkortsintyg efter ett år. Har fortfarande inte något jobb.

Flera skrivningsfrågor kan du hitta på Cardioloföreningens hemsida: www.svenskacardiologforeningen.org

Andra dagen bestod av OSCE-stationer på 20 minuter vardera.

– Jag upplevde upplägget som bra, även om speciellt den första dagen var ganska krävande. Stämningen hos både examinatore och tentander var trevlig och gemytlig och hela arrangemanget sköttes genomgående väldigt professionellt. OSCE-stationerna hade oftast ka-raktären av diskussion med examinatore kring de relevanta momenten, och med 20 minuter på varje station var det ingen stressande tidspress, menar Martin Stagmo.

Skrivningarna rättades snabbt, och redan inom en vecka fick deltagarna besked om de skriftliga resultaten, de muntliga resultaten redan samma dag. Man fick ut antal procent rätta svar, och dessutom besked om sin placering i hela gruppen, men utan att se de andras individuella resultat.

Examen föregicks i Martin Stagmos fall av betald studietid i en vecka samt ledigt i tre dagar i samband med resan till själva examinationen. Dock började självstudierna betydligt tidigare och under cirka tre månaders tid repeterade Martin de teoretiska områden en kardiolog bör behärska.



Tanken är att ST-läkarens hemmaklinik står för rese- och boendekostnad. Dessutom ska från hemmakliniken betald tid finnas för inläsning före examinationen. Själva examinationen är kostnadsfri. Vid den första examinationen 1988 deltog åtta deltagare. Sedan dess har antalet deltagare långsamt stigit och var år 2004 fjorton stycken. För närvarande finns det ca 200 ST-läkare i kardiologi.

EXAMENSFAKTA

logi. Med en femårig utbildning innebär det att ca 40 läkare per år blir färdiga kardiologer. Det borde således vara betydligt flera som genomför examinationen. Varför så inte är fallet kan man bara spekulera i. Är det svårt att få ut tid för inläsning? Uppskattas inte examinationen som en merit på hemmakliniken? Uteblir löneeffekten? Har ST-läkaren en rädsla för att misslyckas? Vad gäller den senaste frågan kan sägas att endast enstaka personer har underkänts vid examinationen, så någon sådan rädsla är inte befogad.

Årets examination kommer att gå av stapeln i Malmö/Lund (se separat annons i detta nummer). Vi hoppas att riktigt många blivande eller nyblivna specialister reser dit för att delta i två säkerligen stimulerande dagar!

– Braunwalds atlas är en utmärkt bas för repetitionen tycker jag och även om man naturligtvis inte kan täcka in allt, får man en god repetition om man läser de relevanta kapitlen översiktligt. Jag gjorde även ”studiebesök” på klin.fys. och pacemakersektionen för att fräscha upp de praktiska kunskaperna inom de områden som jag inte kommer i kontakt med dagligen, säger Martin Stagmo.

I Malmö resulterar inte en godkänd specialistexamen i någon automatisk löneförhöjning, men från klinikledningens sida upp-

muntrar man kraftigt till att man gör examen och det finns också en målsättning att kunna ge ett lönepåslag.

– Jag tror att det är viktigt att ge så stor tyngd åt specialistexamen som möjligt, både för att säkra kvaliteten i vår utbildning och även för att möjliggöra för ST-läkarna att ställa större krav på utbildningsklinikerna vad gäller såväl lön som utbildningsprogram, avslutar Martin Stagmo.

Anders är död. Jag minns, jag tror det var för fem år sedan, när han ringde och berättade att han fått en långsamt växande hjärntumör utan några bra behandlingsalternativ.

Första gången jag träffade Anders var på en kardiologkurs i Davos 1981. På flyget hem kom vi överens om att han skulle börja arbeta på Thoraxkliniken på Karolinska sjukhuset. Anders visade snart ett stort intresse för pacemakers och pacemakerforskning och det var naturligt att han fick en central roll i forskningen kring den då innovativa, QT-styrda, frekvensreglerade pacemakern. Denna forskning gav oss mycket gemensamt och vi gjorde flera resor tillsammans då Anders presenterade inom pacemakervärlden då helt nya resultat vilka väckte stort intresse vid många kongresser och möten. Bland annat studerade Anders stressens påverkan på QT-intervallet och dess betydelse för denna typ av ”stressavkännande” pacemaker. Jag kommer aldrig att glömma den succé Anders gjorde i Boston. Han var naturligtvis stressad inför sitt föredrag och inledde med ”...this pacemaker has the unique feature to react to stress, as I

have, standing here before such a distinguished audience...”

Detta var lite Anders Hedman i ett nötskal, intellektuellt briljant och på sitt tillbakadragna sätt ändå väldigt slagfärdig och ”mitt i prick”.

Anders pacemakerforskning resulterade i avhandlingen *Rate responsive cardiac pacing by sensing of the evoked QT-interval* som försvarades vid Karolinska Institutet 1989. Hans opponent var den i arrytmisammanhang inte helt okände engelsmannen John Camm och Anders försvarade sig som vanligt både elegant och lysande.



ANDERS HEDMAN
1955 - 2005

Efter avhandlingen flyttade Anders hem till Ludvika lasarett där han byggde upp en pacemakerverksamhet som han sedan skötte till dess landstinget började omorganisera sjukvården även i Dalarna.

Under åren i Ludvika hade Anders hela tiden kontakt med både den nationella och den internationella pacemakervärlden och vi fortsatte att skriva arbeten ihop. Vi hade även ett annat gemensamt intresse i flygmedicin och vårt fortsatta samarbete kom sedan att ske i Luftfartsverkets flygmedicinska expertgrupp

där Anders kunskaper och kompetens var en stor tillgång. Han gick längre än oss andra och började själv flyga, något som han tyvärr var tvungen att ge upp när sjukdomen diagnostiserats. Under dessa år hade Anders också många andra aktiviteter igång, bland annat tjänstgjorde han en period som gästforskare i Milwaukee i USA och var även en flitigt anlita föreläsare vid konferenser och andra utbildningar inom och utanför Sverige på universiteten i Oxford och Gratz. Under senare år hade Anders också uppdrag för Flygvapnet, Pacesetter och Astra Zeneca.

Fritiden ägnade Anders tidigt åt skidåkning och golf, härfter flygning, men under senare år mycket åt läsning och historia. Han fortsatte sina resor och internationella kontakter så länge han orkade och sjukdomen tillät.

Anders skulle ha fyllt 50 år den 17 augusti. I min kalender finns en not om att då kontakta honom och uppvakta honom med blommor. Tyvärr visade sig detta vara försent... men minnet av denne vän, gentleman och vetenskapsman består.

ROLF NORDLANDER

Förste livmedikus, professor
Anders handledare 1981-1989

NYA INDIKATIONER

DIOVAN

VID HYPERTONI, POST- INFARKTSVIKT OCH KRONISK HJÄRTSVIKT

DIOVAN ger en kraftfull blodtryckssänkning¹ och har som enda ARB utöver hypertoni² båda indikationerna postinfarktsvikt² och kronisk hjärtsvikt.²

DIO0609-05

1. Mallion et al. Blood Press
2003;12(suppl1):36-43. 2. www.fass.se

Hypertoni: Behandling av essentiell hypertoni;

Postinfarktsvikt: Nyligen genomgången hjärtinfarkt: Behandling av kliniskt stabila patienter med symtomatisk hjärtsvikt eller asymtomatisk systolisk vänsterkammardysfunktion efter en nyligen (12 timmar–10 dagar) genomgången hjärtinfarkt. **Kronisk hjärtsvikt:** Behandling av kronisk hjärtsvikt när ACE-hämmare inte kan användas eller som tillägg till ACE-hämmare när betablockerare inte kan användas.

Diovan® (valsartan) är en selektiv angiotensinreceptorblockerare och finns som Diovan 40 mg, 80 mg respektive 160 mg samt i fast kombination med hydroklortiazid: Diovan Comp 80/12,5 mg, Diovan Comp 160/12,5 mg och Diovan Comp 160/25 mg. Samtliga levereras som tabletter i förpackningar om 28 eller 98 st. Diovan 40 mg finns enbart i förpackning om 14 eller 28 st.

 **NOVARTIS**
CARDIOVASCULAR
& METABOLISM

 **DIOVAN®**  **DIOVAN®Comp**
VALSARTAN VALSARTAN + HYDROKLORTIAZID

Power and protection ... for life

Novartis Läkemedel, Box 1150, 183 11 Täby, Tel 08-732 32 00, Fax 08-732 32 01, www.novartis.se

Med hjärtat i Stockholm

Stockholm i mitt hjärta eller Mitt hjärta i Stockholm, denna underbara sång av Lars Berghagen, passade så bra in under årets ESC-möte. Ni kan säkert nästan höra melodin. De deltagare som även var på det förra mötet i Stockholm – år 2001 – måste tro att Stockholm alltid har bra väder. Vid förra mötet var nämligen temperaturen runt 25 – 30 grader och detta år var inte mycket sämre. Alla stockholmare var glada, alla hotellrum fullbokade, taxibilarna hade julafton och restaurangerna hade fullt upp.

Europeiska hjärtmötet – ESC – i Stockholm är en stor händelse för vår huvudstad och vårt land och ibland är jag inte säker på att alla förstår detta. Det är ju det största kardiologmötet i Europa under året med cirka 20 000 deltagare. Med press och medföljande når siffran 25 000 – 30 000 besökare. Det är ju därför självklart att *Svensk Cardiologi* i detta nummer försöker belysa en stor del av mötet. Mötet startade på lördagens eftermiddag med invigning på Stockholmsmässan i Älvsjö, men det hade redan föregåtts av "FYHS – For You Your Heart's Sake" – i Kungsträdgården.

Både ESC:s ordförande Michal Tendera och vår egen ordförande Eva Swahn välkomsttalade på Älvsjömässan och sist fick vår kulturminister Leif Pagrotsky välkomna alla kardiologer. Jag själv tyckte att talet var så bra att jag valt att publicera det här i tidningen.

Temat för detta möte var "Women at Heart" och detta uppmärksammas på flera platser i vår tidning. Hur tänker och verkar ESCs president, Michal Tendera? Läs intervjun.

Självklart presenteras en hel del studier från Hotlines och, sist men inte minst, konferensens andra viktiga tema – övervikten.

Som jag skrev i numret från år 2001 syntes antalet svenska deltagare vara något lågt. Samma känsla fick jag i år. Jag tycker det är synd. Mötet håller så hög standard att det borde vara ett måste för alla kardiologer.

Håll tillgodo och enjoy! ■

CHRISTER HÖGLUND

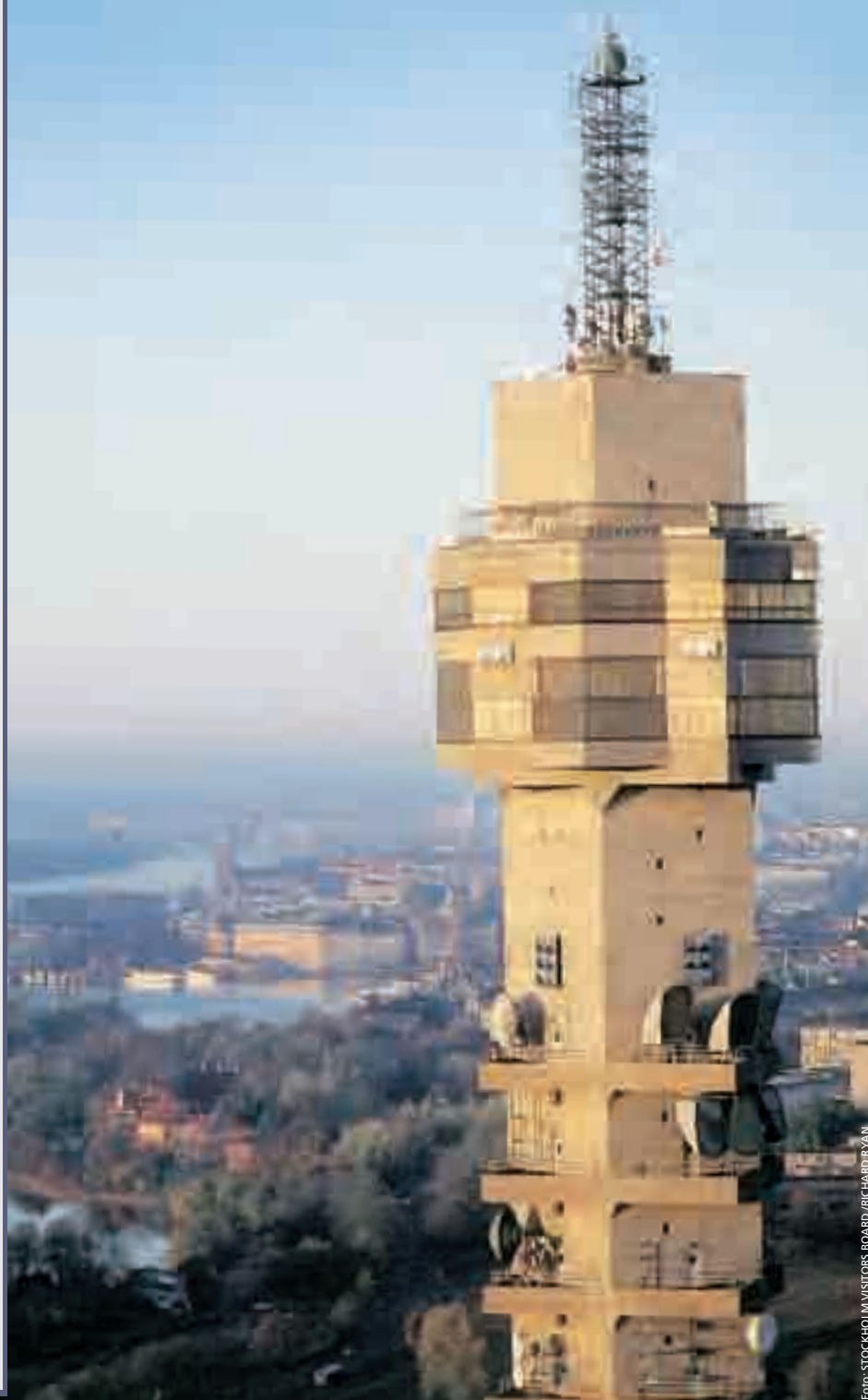


Foto: STOCKHOLM VISITORS BOARD / RICHARD RYAN



Michal Tendera, ordförande i ESC:

Grundforskning och guidelines kan förbättra hjärtkärlsjukvården

Professor Michal Tendera är rädd om sitt hjärta, precis som det anstår en hjärtläkare, tillika ordförande i Europeiska Kardiologsällskapet, ESC. Flera gånger under en arbetsdag tar han trapporna upp till sina patienter på universitetskliniken femte våning i hemstaden Katowice i södra Polen. Hans tjänsterum ligger på första våningen, men hissåkning är bannlyst av princip.

Text och foto: Gabor Hont

Självy säger Michal Tendera att han inte är någon stor idrottsman, men försöker motionera så mycket som möjligt.

Han förebygger hjärtkärlsjukdom för egen del genom att inte röka och genom att kontrollera blodtrycket regelbundet. Det

senare särskilt viktigt eftersom högt blodtryck är vanligt i hans familj.

Att stressa och leva under tidspress har han däremot svårt att undvika. ESC-mötet i Stockholm är ett evenemang som tagit både hans tid och krafter i fullt anspråk sedan lång

tid tillbaka. Och att under fyra dagar vara värd för 20 000 kollegor från hela världen, representera, hålla invigningstal, anföranden på symposier, träffa kollegor, ge intervjuer och göra uttalanden kan vara påfrestande för vilket hjärta som helst.



Michal Tendera passade på att testa blodtryck och kolesterolvärde under FYHS i Kungsträngården.

Michal Tendera berättar att han under sin tid som ESC-ordförande, sedan 2004, prioriterat satsningar på främjandet av hjärtkärlhälsa genom breda folkhälsoprojekt. Och att ESC hoppas kunna fortsätta med samma inriktning på aktiviteterna under EU:s kommande österrikiska ordförandeskap. Satsningarna fokuserar bland annat, som i Stockholm 2005, på kvinnors speciella hjärtkärlproblematik samt på riskfaktorer för hjärta och kärl till följd av det metabola syndromet och bukfetma.

– En annan prioritet för oss är att stärka kardiovaskulär forskning, framhåller Michal Tendera. Hindren är många, i synnerhet när det gäller klinisk forskning, och problemen bottnar i främst två förhållanden: Dels råder brist på ekonomiska resurser för att genomföra kliniska prövningar, dels bromsas de projekt som ändå kommer igång av det alltmer stelbenta regelverk inom EU som styr tillstånden för klinisk forskning. Inget av detta främjar den akademiska kliniska forskningen.

Han tillägger att ESC:s mål är att påverka beslutsfattarna som står bakom fördelningen

av EU-anslag, så att adekvata medel tillförsäkras den kardiovaskulära forskningen.

– Den viktigaste uppgiften internt inom ESC, under min återstående tid som ordförande, är att dra upp de strategiska riktlinjerna för vår verksamhet, säger Michal Tendera. Vi har redan börjar diskutera strategierna och kommer förhoppningsvis att vara färdiga med en presentation vid vårt möte i Barcelona nästa år.

EU:s viktiga roll

Michal Tendera har en klar uppfattning om hur ESC kan bidra med att lösa en del av dagens problem med hjärtkärlsjukdomar.

– Först och främst måste vi främja kardiovaskulär forskning i enskilda länder, men ännu hellre på Europaplanet, säger han. Med detta i åtanke har vi bildat ett organ inom ESC, den så kallade Council of Cardiovascular Basic Research, som har den mycket viktiga uppgiften att sammanföra alla kollegor som är intresserade av grundforskning inom det kardiovaskulära området. Och detta gäller inte enbart medlemmarna i ESC, utan även andra individer och organisationer utanför ESC som intresserar sig för grundforskning på området. Vi har också arbetsgrupper och föreningar som gör sitt yttersta för att uppnå detta mål.

– Det andra sättet att närma sig uppgiften är att utbilda professionen, våra egna, fortsätter Michal Tendera. Vi genomför enkätundersökningar och gör surveys, vi skriver guidelines och vi skulle vilja sprida budskapen till kollegor i hela Europa. Och jag tror faktiskt att den främsta möjligheten för oss att förbättra hjärtsjukvården är att verkligen tillämpa ESC:s guidelines i praktiken.

ESC-ordföranden gläder sig åt trenden att majoriteten av de nationella kardiologföreningar som är medlemmar i ESC upphört att ta fram egna guidelines och börjar acceptera och tillämpa ESC:s. De nationella föreningarna gör egna bedömningar av och kommentarer till dessa riktlinjer, så att dessa blir fullt tillämpbara i varje enskilt land.

– Det tredje sättet för oss att förbättra situationen är att engagera oss i EU-politiken, säger Michal Tendera. De nationella föreningarna kommer absolut att sprida budskapet om det allvarliga med hjärtkärlsjukdomar och göra det inte bara bland kollegor, utan också till beslutsfattare och allmänhet.

Utvidgningen av EU har påverkat förutsättningarna för den europeiska hjärtkärlsjukvården betydligt, anser Michal Tendera.

– För oss i Polen, till exempel, är förändringen av betydelse främst genom den potentiella tillgången till EU-finansiering av forskningsprojekt. Därtill är vi nu i stånd att arbeta tillsammans med våra europeiska kol-

legor med gemensamma strategier när det gäller folkhälsa. Det finns också en psykologisk effekt genom känslan att åter tillhöra Europa.

Världen har blivit en annan sedan Michal Tendera tog sin läkarexamen vid medicinska fakulteten i hemstaden Katowice 1972. Tillfrågad om den egna gärningen som medicinare framhåller han tre milstolpar:

– Den första är min bakgrund inom grundforskning, berättar han. Som kandidat och nybliven doktor arbetade jag på fysiologen, vilket gav mig oförglömliga erfarenheter. Jag lärde mig grunderna till sådant som gjorde att jag framgent kunde genomföra nästan vilken typ av forskning som helst.

– Den andra viktiga händelsen var min tid som gästforskare i USA, vid Vanderbilt University i Nashville, Tennessee. Den erfarenheten visade mig ett annat sätt att se på hälsa, ett annat perspektiv på sjukvård och ett annat sätt att ta hand om patienter. Jag mötte ett nytt sätt att se på hela medicinen helt enkelt.

– Den tredje milstolpen är självfallet min erfarenhet med ESC-arbetet. Och det viktigaste i denna erfarenhet är nog att träffa framstående – enastående – kollegor och få utbyta erfarenheter. Jag har lärt mig massor av dem alla, vilket är en stor tillgång för mig även på det rent personliga planet.

Lugnare tider stundar

På tal om det personliga planet, stundar snart lugnare tider för Michal Tendera. Nästa år i Barcelona lämnar han ifrån sig ESC:s ordförandeskap och återvänder till sitt dagliga arbete på universitetskliniken i Katowice.

– Där är min fru min chef numera, berättar han. Hon är nyutnämnd rektor för den medicinska fakulteten.

De har varit gifta i 33 år, har två söner, varav den ena valt att gå i sin fars fotspår och har just börjat arbeta som läkare.

Även om fritid den senaste tiden varit ett teoretiskt begrepp i Michal Tenderas värld, existerar en sådan, och kan öka i proportion från och med nästa år.

– Livet jag lever just nu lämnar inte så stora marginaler för avkoppling och aktiviteter av personligt intresse, berättar han. Men jag älskar klassisk musik, från Bach och framåt till kompositörer i början av 1900-talet. Kanske är jag lite extra förtjust i opera.

Han berättar också om ett levande konstintresse, med särskild fascination för italiensk konst. Utflykter och promenader är också uppskattade fritidsaktiviteter, även om de just nu hamnar i skymundan på grund av arbetet och förtroendeuppdraget för ESC.

– Men min hund är mycket snäll, han går ut med mig varje kväll, säger Michal Tendera. ■

Ett varmt välkomnande till alla



Foto: PAWEŁ FLAYO

Sveriges utbildnings- och kulturminister Leif Pagrotsky invigde årets ESC-möte i Stockholm. Hans invigningstal kan läsas här:

Dear President of the European society of cardiology, Dr Tendra,

Dear Presidents and representatives of national and international cardiac and other societies,

Ladies and Gentlemen from all over the world,

As minister for education and research it is an honour and a true pleasure for me to welcome you all to Stockholm and Sweden this weekend.

I have been told that one of the reasons that you have chosen to hold your important congress here for the fifth time is that many of you appreciate the beauty and comfort of Stockholm.

That may be a good enough reason. We are very glad to have you as our guests.

But I hope that another reason for your choice of location is the fact that Sweden is a leading research nation, with strong positions in medicine in general and not least in the cardiology area.

Sweden is one of the countries in the world that invests most in research and development, both in terms of public and private money.

The Swedish government strongly believes in the importance of research and has therefore for a long time asked the Swedish taxpayers to refrain from a significant part of their income and instead of consumption today, through their taxes invest in research.

I have felt a public support for this policy and in the recently presented research bill we increase the investments substantially in the coming three years.

In the new bill we have specifically pointed out medicine as one of the priority areas where we will add significant new funds. In fact, the resources for the medical research council will double.

I am proud to announce before you today that the Swedish government wants to make an official commitment to spend 1 percent of GDP on public research. This is the strongest statement we have ever made that research is the key to the future of our country. With the strong economic growth we have in Sweden, this will mean a significant increase in our research budget. I want to invite all of you to be part of this; I want Sweden to be the place to come for top quality research.

Our large investments in medical research have so far given good results. Sweden has the highest production of scientific publications in medicine, measured as publication of articles per capita. The quality is obviously also of high standards, as the number of quotations too is the highest in the world.

Sweden has a unique combination of strong clinical research, high quality databases, bio banks and long-term medical records. An exclusive collection of medical and genetic information is gathered in publicly owned databases, and several large bio banks with series of tissue and blood samples are legally controlled by a specific bio bank law. Access to this extensive information, serving as a platform for exploring how genes and the environment influence disease, is an important asset for future cardiovascular research worldwide.

The Swedish government strongly believes in the benefits of being open to the world and to international cooperation. This is of course especially true when it comes to knowledge, research and medicine. All around the world we face similar or even the same medical challenges.

I would like to applaud your strong efforts and initiatives to come together here in Stockholm to exchange ideas, learn from each other and push cardiology further. This surely is the road toward success, and mankind should thank you for it. Europe should thank you for it. Your cooperation boosts the quality of European research and contributes to Europe's competitiveness in this important field.

The risk of dying of heart-related disease has fallen in the past 30 years. In Sweden mortality by such causes has fallen by around 50 percent. This is the primary reason for the rise in life expectancy that we have seen.

Sweden has one of the highest life expectancies in the world, but still, heart-related disease is one of the largest health threats in our country.

Even though we pride ourselves for equality between social groups and between men and women, there is still a very strong connection between heart-related disease and social status, level of education and ethnicity.

In this connection it is a particular pleasure to notice that your congress this year has been devoted to the issue of female heart health.

Your research has given us knowledge on how to address these threats. Less smoking, a better diet and more exercise are the keys to better health of the heart. Based upon your research the Swedish government has taken several measures to reduce heart-related disease.

Among the more recent is the goal to increase physical activities among Swedish school children. The goal is to have at least half an hour of exercise each day. Increasing physical activity among the population, especially among children, is one of the more important steps to take today. Childhood obesity has risen dramatically in the past 20 years.

Because of these measures we are sometimes attacked for interfering in the lives of people, but in this case it is certainly justified and exactly what we should do. What we want to do is to inspire and help children to reach their full potential.

Another recent action we have taken is that we have banned smoking in all restaurants and cafes in Sweden as of July first this year. When you visit restaurants in Stockholm this weekend, I am sure you will notice the improvement since your last congress here. And I can assure you - the change has been very well received by the public, surprisingly so.

Indeed prevention of heart disease is high on the agenda of the Swedish government, and I am happy that your past president, Professor Rydén, is chairing the expert committee supporting the European commission in these matters.

Speaking to an audience of the world's finest cardiologists and representatives from all the European cardiac organisations, I

would like to take the opportunity to say a few words about the research policy of the European Union.

It is no coincidence that the congress of the European cardiology society is one of the major scientific events, and draws interest and guests from all around the world. Cardiology is a field where Europe is truly a leading force.

But Europe and the European Union stand before a critical choice. We must make up our minds if we want to make good of the Lisbon ambition to be the world's leading knowledge based economy, or if we want to keep clinging to past times.

I am a firm believer that it is time to let go of the past and put all of our efforts to the future. I want the European Union to spend its money on what we can become, instead of what we once were. I want to see a significant increase of the EU research budget.

I have strongly promoted this point of view within the EU. But I am deeply concerned from the response from many other countries.

This has been very openly displayed in the last months. We have all seen the passion that EU has put in to keeping Chinese t-shirts out of Europe.

To me it is clear that this is NOT the way to becoming the leading knowledge based economy in the world. I wish I could meet the same passion among my colleagues when I speak for more EU spendings on research.

For several years the Swedish government has been very active in promoting the establishment of a European Research Council. Other member states of the European Union have taken to the idea, and the Commission has proposed such a council in the Seventh Framework Programme. We are now in the process of discussing a realization of the Council in the upcoming framework programme. The development has been strongly supported by the European research society, mainly because the bottom line of the European Research Council is a focus on scientific excellence. We are proud to be the first country to introduce excellence and competition as a basis for distributing research funding in the EU, rather than exchange of trans-national benefits.

In short, we want more EU funds for research and we want the funds to be allocated based on scientific excellence, and through a fully transparent process. I am sure that most of you agree and I urge for your help, because

se right now I am concerned with the development within the European Union. We who wants EU to focus on the future must mobilize. We must push for increased research funding and scientific excellence in our national as well as our international arenas. If we succeed the European Union will modernize and mankind will benefit.

I myself have benefited from your expertise and your desire to learn more. It was actually my cardiologist that asked me to come here to open this very important ESC congress.

So here I am, surrounded by 3000 experts in the field of cardiology. This must be the safest place in the world for a heart patient. I feel safe, very safe.

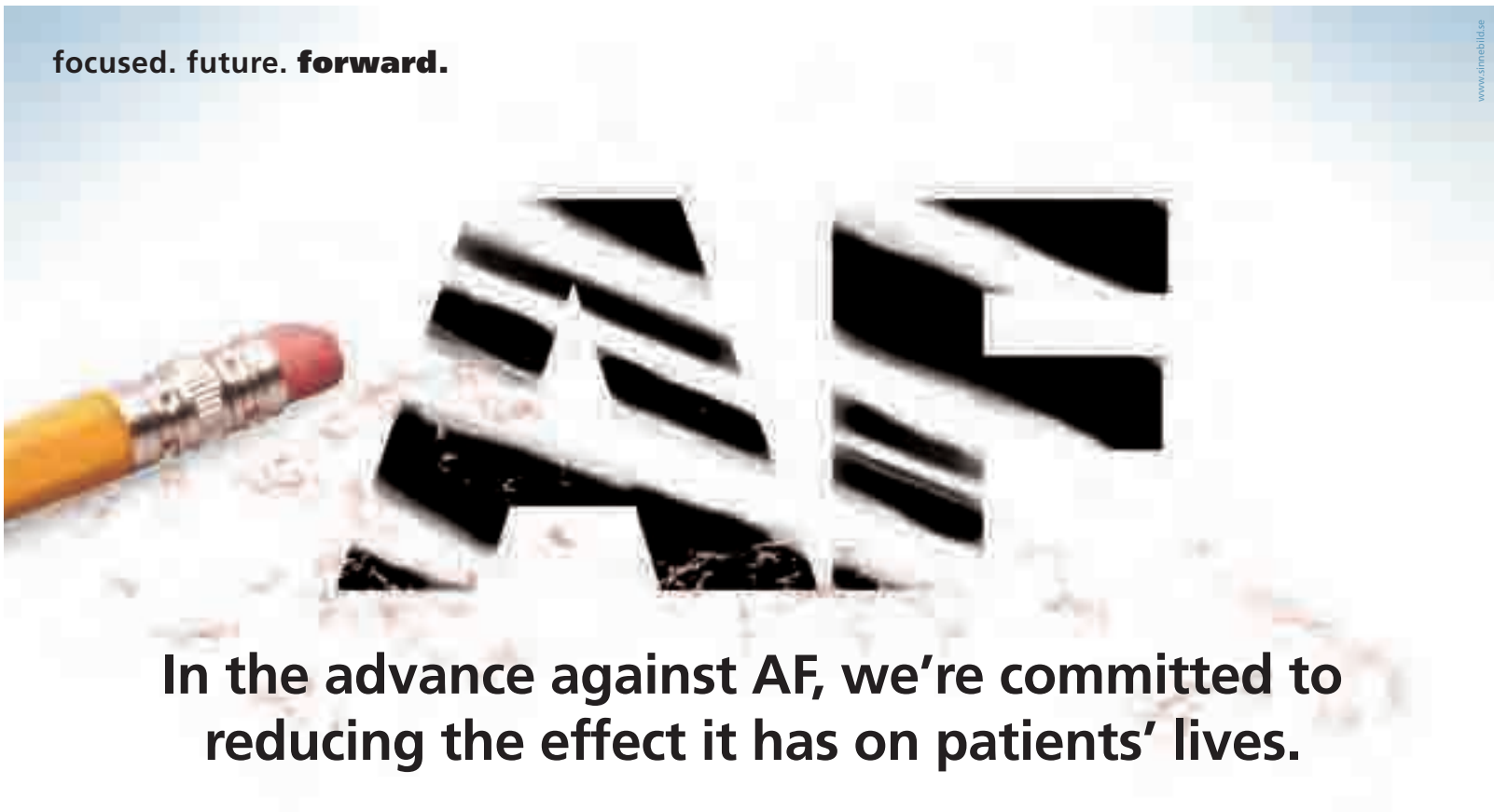
Suffering from heart disease is not easy. But I have been very impressed with the professionalism and skill that the cardiologists that have treated me have shown.

My keen interest in research, international cooperation and cardiovascular medicine makes it a particular pleasure, and a great honour for me to officially declare the 2005 ESC congress open!

I wish you a very productive week.

Thank you. ■

focused. future. forward.



In the advance against AF, we're committed to reducing the effect it has on patients' lives.

Mapping and navigation Diagnostic and therapeutic tools Ceaseless innovation **Together we can**



HOTLINES UNDER ESC

Text: Christer Höglund

Vad vore livet utan Hotlines? Ibland kallas det Late breaking trials och här hemma kan man se den något torftigare och mer begränsade beteckningen Heta nyheter. Oavsett vad de kallas drar de till sig ett enormt stort intresse. Det är just på dessa presentationer som man också får höra kommentarerna som oftast inte publiceras i de olika tidningar som man annars så påpassligt "right-in-time" fått in under kongressveckan. Som alltid finns det en mängd förkortningar, så också detta möte som **ESSENTIAL**, **CIBIS III**, **PREAMI**, **SIRIUS II**, **ISSUE II**, **IMAGINE**, **OASIS 5**, **NORVIT**, **SOFA**, **JUPITER II**, **BASKET**, **ASSENT-4 PCI** och **ELISA-2**. Som ni ser var det ju en hel del som jag skaförsöka lotsa er igenom. Håll till godo.

CIBIS III

Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study III.

Detta är en multicenter, prospektiv, randomiserad studie av 1010 patienter med systolisk hjärtsvikt. Hypotesen som man ville testa var om behandling med betablockad istället för ACE-hämmare i initialskedet av hjärtsvikt var inferior till behandling med ACE-hämmare först. Utifrån de guidelines som föreligger för närvarande initieras idag hjärtsviktsbehandling med ACE-hämmare i en upptitrerande fas och därefter startas behandling med betablockad.

Inklusionsdata: 1 010 patienter från 128 centra i 20 länder.

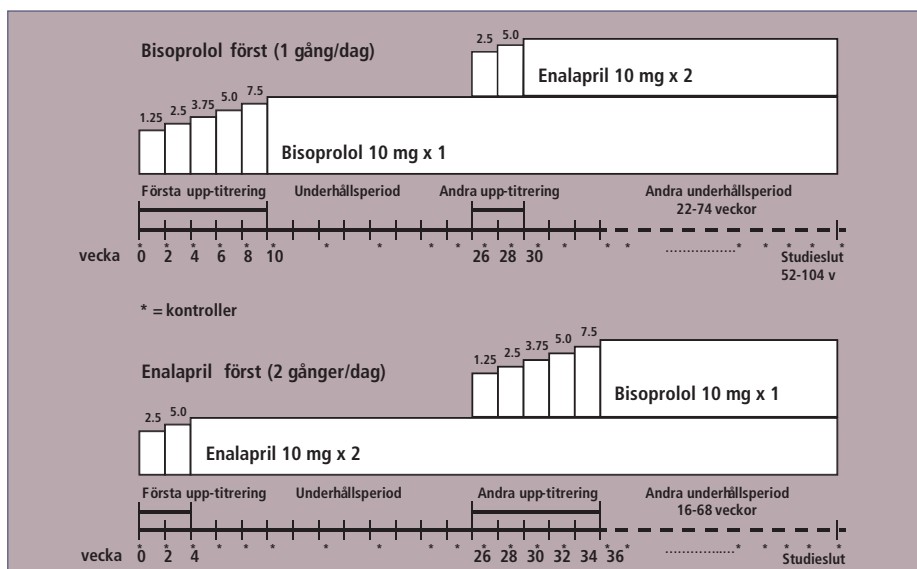
- 65 år
- EF < 35 %
- Stabil hjärtsvikt

Basdata:

- Medelålder 72 år
- Medel EF 29 %
- Manliga 66 – 70 %

Patienterna startade antingen med bisoprolol med en upptitrering liknande den i CIBIS II. Startdos 1,25 mg och sedan stigande doser 2,5 mg, 5 mg och 10 mg. Om enalapril användes

som startdos var det också en startdos med upptitrering.



Resultat: Ingen skillnad mellan bisoprolol eller enalapril. Ingen skillnad i säkerhet. De patienter som hade en EF lägre än 28 % blev bättre om man startade med bisoprolol jämfört med enalapril.

Analys	Hazard ratio	95% CI
Per-protocol noninferior analys	0.97	0.78-1.21
Intention-to-treat noninferior analys	0.94	0.77-1.16

Slutsats: Ronnie Willenheimer från MAS i Malmö presenterade resultaten och han summerade att det inte förelåg någon skillnad om man började med bisoprolol eller enalapril.

PREAMI

Perindopril and Remodelling in Elderly with Acute Myocardial Infarction

Studien var en placebokontrollerad randomiserad som avsåg att testa om tillägg av perindopril 4 eller 8 mg mindre än 20 dagar efter akut hjärtinfarkt skulle leda till minskad remodelering. Detta uttrycktes med hjälp av eko som utfördes efter 6 och 12 månader.

Totalt ingick 1 252 patienter från 5 länder och 109 centra. Eftersom ekokardiografi var en viktig undersökningsmetod kunde enbart 455 patienter i perindoprilgruppen analyseras mot 441 i placebogruppen.

Basdata:

	Perindopril	Placebo
Ålder år	72	73
Kvinnor %	35	35
BMI	27	26
NYHA I %	77	81
EF %	59	59
Diabetes %	25	22
Betablockare %	70	72

Resultat: Det förelåg en signifikant ($p < 0,001$)

skillnad i remodelering till perindopriils fördel. Betydligt lägre remodelering i perindoprilgruppen – 27,7 % jämfört med 52 %, Detta innebär 46-procentig riskreduktion. Ingen skillnad i mortalitet eller sjukhusinläggningar.

Slutsats: Ferrari som presenterade studien konkluderade att hos patienter med normal vänsterkammarmfunktion efter hjärtinfarkt sker en remodelering i det tysta och perindopril visade sig kunna förhindra detta.

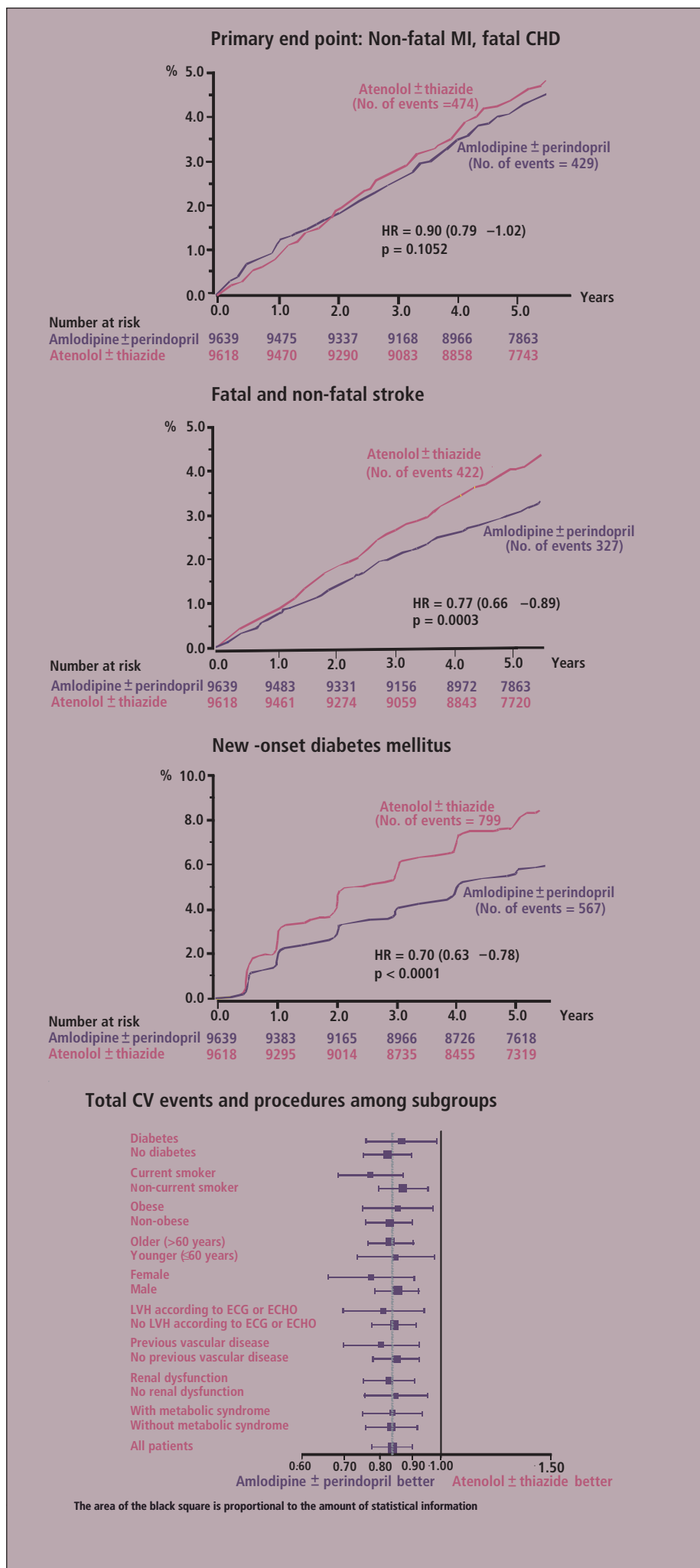
ASCOT

Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial: blood pressure arm

Denna studie presenterades redan i Svensk Cardiologi nummer 1, 2005. Jag vill bara påminna om de fantastiska resultat som framkom. Studien var designad för att bedöma om behandling med amlodipin med eller utan tillägg av ACE-hämmare hade en bättre effekt än den traditionella, dvs betablockad med eller utan tillägg av tiazid hos patienter med högt blodtryck.

Totalt rekryterades 19 257 patienter i åldern 40 – 79 år. Ingen fick ha haft hjärtinfarkt.

Resultat:



Som synes från bilderna pekar alla data för amlodipin + ACE-hämmares fördel. Viktigt att komma ihåg att den blodtryckssänkande effekten på det stora hela var lika bra.

PCI-CLARITY

En prospektiv studie med specificerade subgrupper som genomgick PCI och där man jämförde clopidogrel med placebo hos patienter med STEMI (ST-höjningsinfarkt).

Primär endpoint var kombinationen av kardiovaskulär död, ny MI, eller stroke efter PCI efter 30 dagar.

Totalt randomiserades 3 491 patienter. Patienterna i den aktiva gruppen fick 300 mg laddningsdos av clopidogrel och sedan 75 mg dagligen. Patienterna genomgick angiografi två till åtta dagar efter infarkt. Studien gav besked hur det gick för de som blev förbehandlade och de som inte blev förbehandlade med clopidogrel.

Basdata:

	Förbehandling clopidogrel	Ej förbehandling
Ålder	58	57
Män %	81	82
Hypertoni %	40	43
Diabetes %	14,5	16
Framväggsinfarkt	37	41



Ronnie Willenheimer från MAS i Malmö summerade CIBIS III med att det inte förelåg någon skillnad om man började behandla med bisoprolol eller enalapril.

► Resultat:

PCI-CLARITY: Event rates following PCI

End point	Clopidogrel pretreatment (%)	No pretreatment (%)	Adjusted odds ratio (95%)	p
CV death/MI/stroke	3.6	6.2	0.54 (0.35-0.85)	0.008
CV death/MI	3.3	5.4	0.58 (0.36-0.94)	0.03
CV death	1.4	2.6	0.49 (0.24-1.03)	
MI	1.9	3.1	0.60 (0.33-1.11)	
Stroke	0.4	1.2	0.35 (0.11-1.11)	

PCI-CLARITY: Event rates before PCI

End point	Clopidogrel pretreatment (%)	No pretreatment (%)	Adjusted odds ratio (95%)	p
MI/stroke	4.0	6.2	0.62 (0.40-0.95)	0.03
MI	4.0	6.1	0.60 (0.38-0.95)	
Stroke	0	0.1	NA	

Slutsats: Patienter med STEMI som får laddningsdos på 300 mg clopidogrel har signifikant mindre hjärtinfarkt efter 30 dagar

IMAGINE

Studien avsåg att belysa om tillägg av en ACE-hämmare (quinapril, ACCUPRO) skulle leda till mindre andel kardiovaskulär död, återfall i hjärtinfarkt eller revaskulering och sjukhusinläggning.

Inklusion: Samtliga patienter ingick i studien < 7 dagar efter CABG. Samtliga skulle vara stabila efter operation och inte vara i behov av ACE-hämmare. EF skulle vara över 40 %.

	Quinapril n=1280	Placebo n=1273
Ålder	61	61
Män %	87	87
Diabetes %	9.5	10.5
Rökare %	20	20
EF %	60	60
LDL mmol/l	2.9	2.9

Resultat: Ingen skillnad mellan grupperna. Ingen fördel sågs av att ge ACE-hämmare till en population patienter med låg risk.

OASIS-5/Michelangelo

Efficacy and safety of fondaparinux compared to enoxaparin in 20 000 high risk patients with ACS without ST elevation

Primär hypotes: Att bedöma om fondaparinux är minst lika effektiv som eller bättre än enoxaparin på att förhindra död, hjärtinfarkt eller refraktär ischemi upp till 9 dagar vid akut behandling av patienter med instabil angina utan ST-höjningar.

Fondaparinux är först i en ny klass av anti-trombotiska läkemedel och klassas som en

selektiv factor-Xa hämmare. Det ges i en subkutan dos – fix dos – dagligen.

Totalt inkluderades 20 78 patienter från 576 centra i 41 länder. Patienterna delades in antingen i 2,5 mg fondaparinux dagligen eller enoxaparin 1 mg/kg 2 gånger dagligen.

Bas data:

	Enoxaparin n=10 021	Fondaparinux n=10 057
Kvinnor %	39	38
Diabetes	14	14
Hjärtsvikt	25	25
Statiner %	77	77
Betablockare %	88	87
ASA	98	98

Resultat:

End point	Enoxaparin n=10021 (%)	Fondaparinux n=10 057 (%)
Death/MI refractory ischemia*	5.8	5.9
Death	4.1	4.1
Death	1.9	1.8
MI	2.7	2.7
Refractory ischemia	1.9	2.05

Blödningskomplikationer:

OASIS - 5				
End point	Enoxaparin, n=10 021 (%)	Fondaparinux, n=10 057 (%)	HR (95% CI)	p
Total bleeds	7.0	3.2	0.44 (0.39-0.51)	«0.0001
Major bleeds	4.0	2.1	0.53 (0.45-0.62)	«0.0001
TIMI major bleeds	1.3	0.7	0.54 (0.41-0.73)	«0.0001
Minor bleeds	3.1	1.1	0.35 (0.28-0.43)	«0.0001

Slutsats: Yusuf som presenterade studien konkluderade att den reduktion som påvisades till fondaparinux fördel efter 30 dagar var

direkt kopplat till minskning av blödning.

Han konkluderade att genom att behandla 1 000 patienter med instabil angina med fondaparinux i stället för enoxaparin skulle detta hindra 10 dödsfall, 4 stroke och 25 större blödningar.

NORVIT

Randomised trial of homocysteine-lowering with B-vitamins for secondary prevention of cardiovascular disease after acute myocardial infarction.

Syftet med studien var att om man med tillägg av folsyra och ev. vitamin B-6 kunde reducera fatal och icke fatal hjärtinfarkt och stroke efter 3,5 år.

Denna studie gjordes i Norge med 35 deltagande sjukhus. Totalt inkluderades 3 749 patienter. Patienterna randomiserades till fyra grupper: en kombination av folsyra och vitamin B-6, en folsyregrupp enbart, en vitamin B-6 enbart och en placebogrupp.

De senaste åren har allt ökat intresse fokuserats på vitamin B-6 på grund av små studier har visat på en trend att folsyra och vitamin B-6 skulle hindra utvecklingen av hjärtsjukdom och stroke. Bakgrunden är att vitamin B-6 skulle reducera homocystein och att detta skulle vara gynnsamt. Spekulationer har funnits som antytt att höga nivåer av homocystein skulle underlätta för trombostformation. Vissa delar av världen har också denna behandling blivit rutin utan att det förelegat tillräckliga bevis.

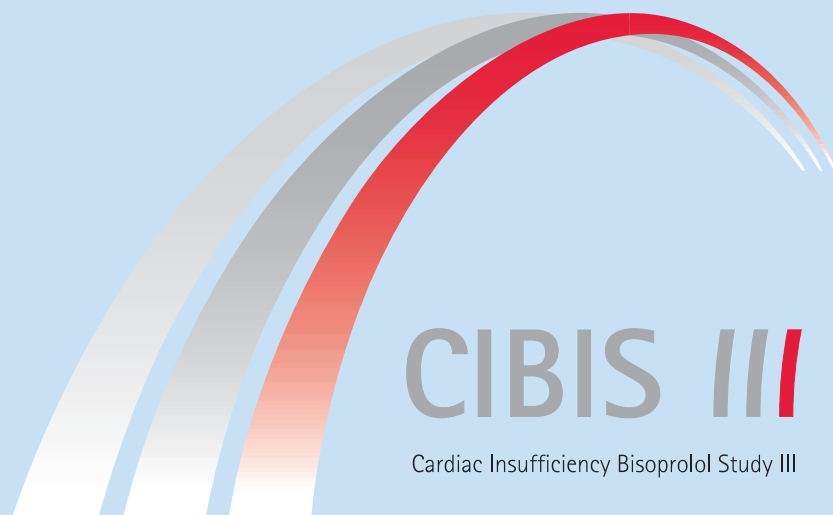
Resultat: Antal event per 1 000 personår.

	Komb grupp	Folsyra	Vitamin B-6	Placebo
AMI/stroke	82	67	70	67
AMI	73	58	64	59
Död	38	29	33	31
Cancer	12	12	8	9

Man kunde notera att det framkom en trend till ökad cancer i kombinationsgruppen. I övrigt kunde noteras att i kombinationsgruppen framkom en signifikant ökning av AMI/stroke (p=0,029).

Slutsats NORVIT: Höga doser av B-vitaminer skall inte användas vid sekundär prevention av kardiovaskulära sjukdomar. ►

Emconcor[®] CHF (bisoprolol)



CIBIS III

Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study III



**Indikation hjärtsvikt.
Ny förpackning 2,5 mg, 100 tabletter.**

Indikationer: Stabil, måttlig till svår kronisk hjärtsvikt med nedsatt systolisk kammarfunktion.

Behandlingen startas med 1,25 mg för att sedan titreras upp till måldos 10 mg.

CHF = Congestive Heart Failure. För ytterligare information se www.fass.se.

Merck CardioMetabolic Care E. Merck AB, Box 24084, 104 50 Stockholm, tel 08-545 669 70



- Apropå homocystein citerades vid Highlight-session sista dagen Huxley från 1700-talet: "The deepest sin against the human mind is to believe things without evidence".

Visst är det underbart!

SOFA

Study on Omega-3 Fatty acid and ventricular Arrhythmia.

Bakgrunden till denna studie var att man bland annat noterat via GISSI-Prevention grupp att patienter som tog n-3 fleromättade fettsyror skulle kunna hindra plötslig död efter hjärtinfarkt. Dock har flera studier pekat åt rakt motsatt håll, bland annat att OMEGA-3 skulle leda till ökad frekvens av maligna kammararytmier.

Studien utgick från Holland och totalt ingick 25 centra med 546 patienter. Enbart patienter med en ICD inopererad deltog. Patienterna erhöll 2 g fiskolja eller placebo olja(solrosolja). Solrosolja har ingen känd pro-arrytmisk eller antarrytmisk effekt.

Primär endpoint var pacing för VT/VF och total mortalitet.

Basdata:

	Omega-3	Placebo
Ålder	60	60
EF %	37	37

Resultat: Ingen ökad VT/VF i Omega-3 gruppen.

	Omega-3 (n=273)	Placebo (n=273)	p
% fri från VT/VF	70	67	0.24
% fri från VT/VF hos AMI patienter	71	63	0.086

Slutsats: Ingen risk med att ge fiskolja efter hjärtinfarkt. Ingen skillnad med placebo.

CARE-HF

Long-term effects of cardiac resynchronisation on mortality in the CARE-HF extension study.

Denna studie har tidigare presenterats, den så kallade main study, i nummer 1 av Svensk Cardiology i år. Denna studie är alltså en förlängning av studien.

Huvudstudien var en jämförelse av de patienter med systolisk hjärtsvikt som var i behov av resynchronisering (CRT) och jämfördes med de patienter som fick traditionell hjärtsviktsbehandling. Resultaten visas i nedanstående tabell. Resultaten från huvudstudien visade alltså entydigt positivt för patienter med CRT. Studien förlängdes nu ytterligare till 25 maj 2005 med endpoint total mortalitet. Det framkom en 40-procentig riskreduktion i mortalitet.

	Medicinsk behandling	CRT	Hazard/Odds ratio	P värde
Primär endpoint	224 (55 %)	159 (39 %)	0.63	<0.001
Dödlighet	120 (30 %)	82 (20 %)	0.64	<0.002
Död eller sjukhusinläggning	191 (47 %)	118 (29 %)	0.64	<0.001

Det presenterades också data från ekokardiografi. Den enddiastoliska vänsterkammardimensionen (LVEDd) minskade signifikant under dessa 29 månader ($p < 0.0001$). Samma resultat för den systoliska dimensionen.

BASKET

Basel Stent Kosten-Effektivitets Trial.

Studien utgick från Basel och hade som syfte att jämföra kostnadseffektiviteten mellan drug eluting stents (DES) och bare metal stents (BMS). Vi har idag tillräckliga underlag för att DES stent är mer effektiva.

Randomiseringen skedde enligt DES:BMS = 2:1 i sex månader och var prospektiv. 826 patienter genomgick PCI. Primär endpoint var MACE: dvs hjärtdöd, nonfatal AMI och behov av revaskularisering.

Bas data:

	Samtliga n=826	Cypher stents (DES)	Taxus (DES)	Vision (BMS)
Ålder	64	64	64	64
% män	79	79	79	79
Diabetes	19	16	19	21
Hypertoni	67	65	66	68
3-kärls sjuka	69	65	71	69

Resultat: Det var en signifikant reduktion i MACE hos patienter med DES jämfört med BMS, $p < 0.02$. När det gäller subgrupper var det en trend i alla grupper till fördel för DES jämfört med BMS. Däremot var kostnaden för drug eluting stents signifikant högre.

Slutsats: Drug eluting stents är betydligt mer effektiva än bare metal stents. Emellertid är kostnaden för DES idag alltför hög för att de ska användas rutinmässigt utan de bör idag i första hand riktas mot äldre patienter med hög risk.

ASSENT-4 PCI

The assessment of safety and efficacy of a new treatment strategy for acute myocardial infarction.

ASSENT-4 undersökte patienter med ST-höjnings infarkt som skulle genomgå primär PCI. Studien undersökte om trombolytisk behandling med tenecteplase(TNK) givet före PCI skulle leda till bättre resultat. Studien stoppades i förtid på grund av ökad 30 dagars mortalitet i TNK gruppen.

Resultat:

ASSENT-4: Händelser på sjukhuset			
Händelse	TNK+PCI (%)	PCI enbart (%)	p
Re-MI	4.1	1.9	0.01
Restenos	1.9	0.1	<0.001
Ny TVR	4.4	1.0	<0.001
Pericardit	0.7	0.1	0.07
Tamponad	0.6	0.4	0.50
Hjärt ruptur	0.9	0.2	0.11
EM dissociation	1.7	1.0	0.20
Lungödem	3.4	3.1	0.78
Kammarflimmer	5.6	3.7	0.08

ASSENT-4: Blödningskomplikationer			
Outcome	TNK+PCI (%)	PCI enbart (%)	p
Ospec blödning (%)	31.3	23.4	<0.001
Major blödning (%)	5.7	4.4	0.26

Slutsats: Rekommendationen från studien att patienter fortfarande kan behandlas med trombolys såvida PCI inte finns tillgängligt. Däremot bör inte trombolys ske om PCI kan utföras inom 2 timmar.

Ja, som ni ser presenteras en hel del nya studier varje ESC möte och detta var inte allt. Jag hoppas att detta ska räcka en stund.

Som ni märker tillkommer nya pusselbitar varje möte som leder till att förbättra våra hjärtpatienters hälsa. Om ni inte gjort det tidigare, föreslår jag att går in på ESCs webbsida – www.escardio.org – och "tankar ned" olika guidelines.

Enjoy life! ■



Stipendium i genusrelaterad kardiovaskulär medicin 2005

Centrum för Genusmedicin, Karolinska Institutet och Svenska Cardiologföreningen i samarbete med Pfizer AB utlyser ett personligt forskningsstipendium inom området kardiovaskulär medicin med genusperspektiv.

Stipendiet är på 50 000 kronor och är avsett för icke disputerade och nyligen disputerade läkare som bedriver patientnära forskning.

Stipendiekommittén består av professor Eva Swahn, Linköping, professor Anders Hamsten, Stockholm, professor Karin Schenck-Gustafsson, Stockholm, professor Lars Wallentin, Uppsala samt dr Christina Lindahl, Pfizer. Stipendiekommittén bedömer kvalitet och originalitet på forskningens frågeställningar och dess utvecklingsmöjligheter. Vid frågor kring stipendiet, kontakta professor Karin Schenck-Gustafsson.

Ansökan ska innehålla ditt CV, beskrivning av ett definierat projekt; bakgrund, syfte, målsättning, metod och betydelse. Uppgift om eventuellt andra anslag till projektet. För forskningsprojekt skall datum och diarienummer för etiskt godkännande bifogas. Ansökningstiden går ut den 15 oktober 2005.

Stipendiet delas ut i samband med Riksstämman november 2005. Ansökningsblanketter rekvideras från Svenska Cardiologföreningens hemsida eller från Pfizer AB hemsida, www.pfizer.se. Ifylld ansökan sänds till Pfizer AB, attention Christina Lindahl, Pfizer AB, Box 501, 183 25 Täby, e-mailadress; christina.lindahl@pfizer.com.



VÄRLDSLEDANDE INOM LÄKEMEDELSFORSKNING
Ta del av resultaten på www.pfizer.se

ETT SLAG FÖR KVINNOR

Det gick knappast att missa att det stora temat för årets ESC-kongress var kvinnor och hjärtsjukdomar. Ett antal symposier och posters presenterades under temat "Women at Heart" och foldrar och nålar med symbolen för "Women at Heart" delades ut överallt.

Text och foto: Åsa Larsbo

Foto: LOUISA WAH HANSEN

Hjärt- och kärlsjukdomar är den största dödsorsaken bland kvinnor i Europa och dessa sjukdomar inklusive stroke dödar fler människor än alla cancersjukdomar tillsammans. Trots det tror många europeiska kvinnor – och läkare – att det är bröstcancer man som kvinna främst ska oroa sig för.

– Vi inom professionen måste inse att kvinnor får, och dör av, hjärtsjukdomar, tro på deras symptom och utreda och behandla dem enligt gängse mönster tills motsatsen har bevisats, säger Svenska Cardiologföreningens ordförande Eva Swahn. Vi måste också lära kvinnorna själva att inte negligera sina symptom.

Det är därför "Women at Heart" har kommit till. "Women at Heart" är ett initiativ som för första gången diskuterades under de nationella kardiologföreningarnas vårmöte i Sophia Antipolis i mars i år. Syftet med satsningen, som leds av Silvia Priori från Fondazione Salvatore Maugeri i Italien, är att öka medvetenheten om att kardiovaskulär sjukdom är den största dödsorsaken bland kvinnor, öka förståelsen för kvinnors riskfaktorer och symptom hos läkarkåren, förbättra behandlingen av kvinnor med kardiovaskulär sjukdom, öka antalet kvinnor i kliniska studier samt genom en analys av datamaterialet i Euro Heart Survey ta fram information om skillnaden mellan män och kvinnor med specifika hjärtsjukdomar. Ett policydokument för "Women at Heart" kommer att publiceras i European Heart Journal framöver.

Svensk arbetsgrupp

I USA finns sedan ett och ett halvt år tillbaka "Go Red for Women", ett liknande initiativ. Approachen är lite annorlunda, men andemeningen är densamma: Att skapa medve





KVINNORS HJÄRTHÄLSA

tenhet hos läkarkår och allmänhet och att skapa förutsättningar i form av pengar och personella resurser för att ta fram underlag för hur kvinnor ska behandlas.

Också Svenska Cardiologföreningen har skapat en arbetsgrupp för att driva frågan under Karin Schenk-Gustafssons ordförandeskap. Den nybildade arbetsgruppen, som består av Eva Swahn, Inger Hagerman, Mikael Dellborg, Faris Al-Kalili, Joakim Alfredsson och Sofia Lavesson, fick en flygande start i och med evenemanget "For Your Heart's Sake" i Kungsträdgården, där frågan om kvinnors hjärthälsa direkt fick genomslag. Av de 1 700 personer som tog tillfället i akt att testa sin hälsa var 60 procent kvinnor.

Den svenska arbetsgruppen har dock ännu inte hunnit spika ett program för sitt arbete.

– Vi kommer att presentera vår aktionsplan senare i höst, säger Eva Swahn. Syftet med vårt arbete är att öka medvetandet både hos läkare



Eva Swahn är djupt engagerad i arbetet för kvinnors hjärthälsa.

och allmänhet samt samla in pengar till forskning inom området. Än så länge har vi tänkt i banor som seminarier och samarbeten med Hjärt-Lungfonden och 1,6-miljonersklubben. Vi måste trumfa in vårt budskap i folk och det gör vi genom massmedia.

Arbetet med att trumfa in budskapet har redan påbörjats. En debattartikel om kvinnors hjärthälsa i Dagens Nyheter under sommaren skapade stort intresse och även material som presenterats på ESC:s kongress i Stockholm har fått mycket utrymme i medierna.

– Gensvaret har överlag varit mycket bra, säger Eva Swahn som önskar att alla hennes kollegor från kongressen i Stockholm bär med sig en ny medvetenhet om att kardiovaskulär sjukdom är en dominerande kvinnosjukdom som man lider och dör av.

– Och att vi även i behandlingen av kvinnorna ska följa guidelines. ■



Minska sjukhusvistelsen vid akut dekompenenserad hjärtsvikt¹

SIMDAX[®] (levosimendan)

- förbättrar hemodynamiken^(*) 1,3,4
- förbättrar symtomen^(*) 1,3
- ger fler dagar vid liv och utan sjukhusvård^(**) 1
- minskar mortalitetsrisken^(*) 1-2

www.simdax.com

REFERENSER: 1. Follath F. et al., Lancet, 2002;360:196-202. 2. Moiseyev V.S. et al., Eur. Heart J., 2002;23:1422-32. 3. Slawsky M.T. et al., Circulation. 2000;102: 2222-7. 4. Nieminen M.S. et al., J. Am. Coll. Cardiol. 2000;36:1903-12. (*) jämfört med placebo och dobutamin. (**) jämfört med dobutamin.
INDIKATIONER: SIMDAX[®] (levosimendan) för korttidsbehandling av akut försämrad svår kronisk hjärtsvikt. Simdax bör endast användas som tilläggsbehandling då konventionell behandling med t.ex. diuretika, ACE-hämmare och digitalis inte är tillräcklig och då det finns ett behov av inotrop stöd. 2,5 mg/ml koncentrat till infusionsvätska. För ytterligare information se FASS eller www.fass.se.
Orion Pharma AB, Box 334, 192 30 Sollentuna. Tel. 08-623 64 40.

SIMDAX[®]
levosimendan
Revitalise the failing heart



UNDERDIAGNOSTISERADE, UNDERBEHANDLADE OCH UNDERREPRESENTERADE

De nya könsbaserade analyser ur datamaterialet från Euro Heart Survey som presenterades på ESC 2005 visade avgörande skillnader i diagnos, behandling och resultat mellan kvinnliga och manliga patienter.

Text och foto: Åsa Larsbo

Kardiovaskulär sjukdom är den största dödsorsaken bland europeiska kvinnor. Faktum är att fler europeiska kvinnor (55%) än män (43%) dör hjärtdöden. Trots det ses kardiovaskulär sjukdom som en manlig åkåmma, både bland allmänheten och, än mer alarmerande, inom professionen.

Framsteg inom diagnostik och behandling har gjort att dödligheten bland män sjunkit. Detta har dock inte skett bland kvinnorna. Data från Euro Heart Survey inom hjärtsvikt, akut koronart syndrom, diabetes, koronar revaskulisering och angina, analyserats i ett könsperspektiv vad gäller kliniska karakteristika, diagnoser, behandling och utfall. Resultatet av analysen presenterades på ett symposium på ESC 2005 i Stockholm.

Akut koronart syndrom

Resultaten av analysen från EHS-ACS II (Acute Coronary Syndrome II) presenterades av Solomon Behar från Neufeld Cardiac Research Institute i Israel. Han presenterade även en jämförelse mellan ACS-II och ACS-I, som genomfördes under 2000. Bakgrunden till analysen är att många tidigare studier visat på könsskillnader i hantering och utfall för patienter med akut koronart syndrom. I de flesta av dessa studier har kvinnorna med akut hjärtinfarkt fått annorlunda behandling än män och även haft högre dödlighet. Dessa skillnader har dock till största delen försvunnit efter justering för ålder och kovarians. Därför, menar Behar, är register eller befolkningsstudier bättre instrument än kliniska studier för detta syfte.

I ACS-II deltog sammanlagt 6 356 patienter, av vilka 30 procent var kvinnor med en medelålder på 70 år och 70 procent var män med en medelålder på 62 år. Också vad gällde bakomliggande faktorer skiljde sig könen åt. Fler av kvinnorna (30% mot 23%) var diabetiker och

hade högt blodtryck (69% mot 54%), medan fler av männen (42% mot 20%) var rökare.

Slutsatserna som kunde dras av materialet var således att kvinnorna var äldre, uppvisade fler bakomliggande riskfaktorer och en högre Killip-klass än männen. Dessutom tog det 30 minuter längre tid från det att de första symptomen visade sig till dess att kvinnorna kom till sjukhus.

Behandlingen var ungefär likadan mellan könen. Dock användes reperfusionsterapi för ST-förhöjd hjärtinfarkt något mer sällan på kvinnor medan det inte förelåg någon könsskillnad i valet av metod för primärreperfusion (TLx eller primär-PCI).

Korttidsmortaliteten vid hjärtinfarkt med ST-förhöjning var högre för kvinnor, men minskade något efter multivariationsanalys. Vad gällde patienterna med hjärtinfarkt utan ST-förhöjning förelåg efter en multivariationsanalys en något lägre mortalitetstrend bland kvinnorna.

Behars slutsats av materialet är att behandlingen av kvinnor med akut koronart syndrom bör anpassas ytterligare till kvinnors specifika karaktäristika och deras komorbiditetsstatus, som gör dem extra sårbara.

Slutsatsen från jämförelsen mellan de båda ACS-studierna var att inte mycket hänt på de fyra år som gått mellan studierna. De delta-gående kvinnornas ålder och bakomliggande riskfaktorer var i stort sett desamma och tidig dödlighet hade inte förändras. Därför måste vi se över vår behandlingspolicy för kvinnor, menade Behar.

Hjärtsvikt

Markku Nieminen från Helsingfors presenterade resultaten från Euro Heart Survey om hjärtsvikt (EHS-HF). Studien inkluderade 2 467 patienter varav 39 procent kvinnor. Medelåldern hos kvinnorna var något högre,

73 år mot 68 år hos männen. Studiepopulationen var patienter som tagits in på sjukhus med dyspné och verifierad hjärtsvikt enligt följande kriterier: symptom (dyspné) och tecken (rassel, hypotoni, hypoperfusion) på hjärtsvikt, konstaterad lungkongestion vid röntgen eller högerkammarsvikt (allvarlig lungemboli, infarkt i höger kammare).

Kvinnorna i studiepopulationen visade upp en annorlunda riskprofil än sina manliga motsvarigheter. De hade oftare högt blodtryck, mindre kammare och diastolisk dysfunktion och led oftare av diabetes och anemi, medan männen i större utsträckning var rökare samt oftare uppvisade COPD och CAD, inklusive njursvikt.

Diabetes

Resultaten i Euro Heart Survey on Diabetes and the Heart presenterades av Annika Dotevall från Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. I denna studie inkluderas 4 855 patienter under 85 år från 110 centra i 25 länder. Både sjukhuspatienter och patienter i öppenvård inkluderades. Av de inkluderade patienterna hade 28 procent av männen och 37 procent av kvinnorna känt diabetes typ 2 (enligt WHO:s definition). Övriga testades för abnorm glukostolerans med Oral Glucose Tolerance Test (OGTT). Patienter med ett p-glukosvärde som översteg 7 mmol/l ansågs ha abnorm glukostolerans.

Av kvinnorna som ingick i studien hade hela 62 procent diabetes typ 2 och 19 procent hade abnorm glukostolerans, medan endast 19 procent hade normal glukostolerans. Siffrorna för männen skiljde sig markant då 27 procent hade normal glukostolerans, 22 procent abnorm glukostolerans och 51 procent led av diabetes.

Resultaten från undersökningen visar att typ 2 diabetes är en stor riskfaktor för kvinnor



vad gäller hjärtsjukdomar. Koronarkärlsjuka kvinnor har diabetes i långt större utsträckning än koronarkärlssjuka män. Därför bör, enligt Dotevall, alla koronarkärlsjuka kvinnliga patienter utan känd diabetes screenas för abnorm glukostolerans.

För kvinnor med akut koronart syndrom ökar diabetes typ 2 risken för hjärtinfarkt med ST-förhöjning, Q-waveinfarkt och dödlighet under den första vårdtiden. Denna risk är avsevärt större hos kvinnor än hos män.

Stabil angina

De mest alarmerande skillnaderna i hur män och kvinnor diagnosticeras och behandlas framkom i Euro Heart Survey Stable Angina och presenterades av Caroline Daly från

männen (62 år mot 60 år).

Vad gäller diagnostik var det 20 procent mindre vanligt att kvinnorna remitterades till ett arbets-EKG. Även när man räknat med att färre arbets-EKG utförts på kvinnorna, var det ändå 40 procent färre av kvinnorna som remitterades vidare till angiografi. Kvinnor med konstaterad angina fick heller inte lika ofta behandling såsom ASA eller kolesterolsänkande läkemedel. Detta skrevs ut till 73 procent respektive 47 procent av kvinnorna jämfört med 84 procent respektive 53 procent av männen.

En av de vanligaste anledningarna till att kvinnor inte behandlas på samma sätt som män är att det är mindre vanligt att kvinnor med bröstsmärtor har kranskärlförträngningar, ett faktum som också bekräftades av

undersökningen om förmaksflimmer (EHS-Atrial Fibrillation) äldre än männen. De var också sjukare.

Preliminära data från studien, som stängde i mitten av september i år, presenterades av Harry Crijns från Maastricht i Nederländerna. I studien deltog 333 patienter från 180 center, 40 procent av dem var kvinnor. Majoriteten av kvinnorna fanns i de högre åldersgrupperna, 65-75, 75-85 och över 85 år.

Resultatet av undersökningen visar att kvinnorna i större utsträckning led av diastolisk hjärtsvikt än männen, där systolisk och diastolisk hjärtsvikt var ungefär lika vanligt förekommande. Kvinnorna hade också oftare en mer komplicerad sjukdomsbild där 45 procent av dem hade två eller fler andra hjärtsjukdomar. Typen av förmaks-



Det är viktigt att både professionen och kvinnorna själva tar symptomen på allvar. I dag dör fler kvinnor än män i kardiovaskulär sjukdom.

Royal Brompton Hospital i London. Hennes resultat visar att kvinnor med symptom på hjärtsjukdom undersöks mindre noga och får mindre aktiv behandling än män, trots att deras symptom är värre och att de har en sämre prognos när sjukdomen väl diagnosticerats.

EHS-Stable Angina inkluderade 3 779 patienter som besökte kardiolog med diagnosticerad kronisk angina och obehag i bröstet vid ansträngning på grund av hjärtsjukdom. Av patienterna var 42 procent kvinnor och de var i medeltal två år äldre än

studien. Däremot hade även de kvinnor med typiska symptom på kranskärlssjukdom efter ett år behandlats mindre aktivt än männen. Så mycket som en tredjedel av dem hade lägre sannolikhet för att få bypassoperation, ballongvidgning eller medicinsk behandling. Dessutom hade dubbelt så många av kvinnorna med bevisad kranskärlssjukdom dött i hjärtattack inom ett år.

Förmaksflimmer

Liksom i de övriga Euro Heart Surveys som presenterades var kvinnorna som deltog i

flimmer skilde sig dock inte åt mellan könen.

Det visade sig också att kvinnor behandlas mindre aktivt vad gäller rytmkontroll, trots att det inte finns någon skillnad i typen av symptom de uppvisar. Kvinnor har dessutom lägre risk för att uppleva biverkningar av rytmkontrollerande läkemedel. Den mindre aktiva behandlingen påverkar dock inte signifikant prognosen för kvinnorna, något som, enligt Crijns, kan bero på att antikoagulerande läkemedel används lika mycket i båda grupperna. ■

RISKFAKTORER – ETT ANNAT PERSPEKTIV FÖR KVINNOR?

Antalet kvinnor som insjuknar och dör i hjärtsjukdom ökar. En av anledningarna brukar sägas vara att kvinnor i allt större utsträckning lever som män – med höga stressnivåer, rökning och fetma. Men är det hela förklaringen? Och påverkas kvinnor likadant av riskfaktorerna som män, eller finns det specifikt kvinnliga riskfaktorer som måste tas större hänsyn till?

Text: Åsa Larsbo

Att utgå från ett könsperspektiv i forskning och behandling av hjärtsjukdomar är absolut nödvändigt, anser Susana Sanz Menendez från Institute of Health Studies i Barcelona. Kvinnor är annorlunda både på molekylärnivå och fysiologiskt och svarar annorlunda på behandling. Hjärtsjukdom kan också få andra conse-

och representativ population är den troligen "sann", menade hon. Men hon varnade också för att en låg absolut risk för en ung kvinna kan dölja en hög relativ risk. Dessutom vore det kanske av värde att extrapolera till 70 år i stället för 60 år för kvinnor.

– För kvinnor gäller också att om inte fler riskfaktorer finns, är varken blodtryck eller kolesterol/HDL ratio starka riskfaktorer, sa hon. Dessutom kan det faktum att de data från behandlingsstudier vi använder domineras av medelålders män göra att vi överbehandlar kvinnor.

Efter klimakteriet

Exakt vad klimakteriet betyder för hjärta och kärl är fortfarande inte utrett, men det är ett välkänt faktum att risken för hjärtsjukdomar ökar markant efter klimakteriet. Hos kvinnor stiger riskfaktorkurvan rejält

efter 45, medan den hos män planar ut.

Maria Grazia Modena från Modena och Reggio Emilia-universitetet i Italien, har ägnat sig åt den, för kvinnor unika, riskfaktor som klimakteriet utgör. Hennes tes är att i och med klimakteriet försämras endotelfunktionen hos alla kvinnor och på så sätt skapar en grogrund för arterioskleros och andra hjärtsjukdomar.

Klimakteriet innebär en ökning av både systoliskt och diastoliskt blodtryck och över 70 procent av kvinnorna över 65 år lider av högt blodtryck. Dessutom är klimakteriet associerat med ett antal sjukdomar såsom arterioskleros, diabetes, hypertoni, bensjukhet och reumatism, som alla har en inflammatorisk komponent.

Enligt "the common soil hypothesis", framlagd av Stern 1995 uppkommer typ 2 diabetes och hjärtsjukdom ur liknande

genetiska och livsstilsrelaterade faktorer, dvs de stammar ur samma jord. Modena har formulerat om teorin och menar att typ 2 diabetes, arterioskleros och hypertoni har samma patiofysiologi och etiogenes och därför kommer ur samma jord.

– Den jorden är endotel-dysfunktion.

Därför är det, menar Modena, mycket viktigt att mäta endotelfunktion hos kvinnor efter klimakteriet.

– Flertalet studier har visat att endotelfunktionen påverkar alla andra riskfaktorer och därför har en mycket viktig prognostisk roll, avslutade hon.

Kvinnliga guidelines?

År 1960 hade AHA en konferens i ämnet kvinnor och hjärtsjukdomar. Temat var "Hur kan jag hjälpa min man att hantera sin hjärtsjukdom?". Sedan dess har mycket hänt och år 2005 är det fler amerikanska kvinnor än män som dör i hjärtinfarkt. Trots det är, enligt en undersökning, endast 30 procent av amerikanska läkare medvetna om att hjärtsjukdom är den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor.

Sedan förra året finns i USA "Go Red for Women", en kampanj för att öka medvetandet om kvinnors hjärthälsa. Dessutom utkom American Heart Association (AHA) 2004 med nya guidelines för prevention för kvinnor. Svenska Karin Schenk-Gustafsson från Karolinska Sjukhuset i Stockholm har deltagit i det arbetet och diskuterat ämnet och dess verkningar för Europa under symposiet.

För Schenk-Gustafsson är det uppenbart att även Europa behöver specifika behandlingsriktlinjer för kvinnor. Vi behöver också högre kvinnorepresentation i de kliniska prövningar som genomförs. Hon efterlyste även en arbetsgrupp för kvinnor och hjärtsjukdom, något som fick stort gehör både bland övriga paneldeltagare och åhörare. ■

Rekommendationerna i de amerikanska riktlinjerna presenteras utförligare på nästa uppslag.



Foto: LOUISA WAH HANSEN

kvenser för kvinnor än för män och deras sociala situation ser annorlunda ut.

Sanz Menendez visade data från WHO:s MONICA-undersökning, som från mitten av 1980-talet fram till mitten av 1990-talet undersökte hur trender i riskfaktorerna påverkade incidensen av hjärtsjukdomar i 38 undersökningspopulationer från 21 länder.

– I denna undersökning, och även i andra undersökningar, ser vi att riskfaktorerna påverkar män och kvinnor olika, sade hon. Ett exempel är att systoliskt blodtryck verkar vara en större riskfaktor bland kvinnorna än bland männen, medan en förändring i båda könen rökvanor inte på samma sätt påverkat förekomsten av hjärtsjukdomar bland kvinnorna.

Sanz Menendez diskuterade även om de riskdiagram som används i dag fungerar för att förutse risk för hjärtsjukdom hos kvinnor. Eftersom SCORE baserar sig på en stor



PHOTO: TOMMY WESTBERG

BERZELIUS SYMPOSIUM 64

Atrial Fibrillation

– Scientific Evidence and Clinical Practice

2–4 NOVEMBER 2005 IN UPPSALA · SWEDEN

ORGANIZING COMMITTEE

Carina Blomström-Lundqvist (chair)
Lennart Bergfeldt, Bertil Olsson, Lars Rydén

PROGRAMME AND REGISTRATION

The Swedish Society of Medicine · P O Box 738, SE-101 35 Stockholm Sweden
Phone +46 (0) 8 440 88 78 · Fax +46 (0) 440 88 99 · E-mail annie.melin@svls.se
Internet www.svls.se

ORGANIZED BY

The Swedish Society of Medicine
The Swedish Society of Cardiology
The Faculty of Medicine, Uppsala University

IN COOPERATION WITH

The Swedish Society of Internal Medicine
The Swedish Association of General Practice
The Swedish Association for Cardiothoracic Surgery



Kvinnor och prevention

I USA har preventionsriktlinjer specifikt för kvinnor utarbetats och publicerats. I Europa saknas detta fortfarande. Frågan om huruvida guidelines för kvinnor behövs i Europa diskuterades på det sista symposiet i serien Women at Heart.

Text: Åsa Larsbo

Lnger Njølstad från norska Tromsø ställde frågan hur säkra våra uppskattningar av kvinnors risk för kardiovaskulär sjukdom verkligen är. Det är endast fåtal länder – bland annat Sverige, Norge och Danmark – som för register över stroke och hjärtinfarkt, vilket betyder att datamaterialet är begränsat till epidemiologiska studier som i sin tur är begränsade vad gäller antal inkluderade personer, urval, köns- och åldersfördelning och uppföljningstid.

Njølstad visade även hur dödligheten i kardiovaskulära sjukdomar har varierat över tid. I länder som Finland och Storbritannien har dödligheten sjunkit sedan 1970, medan Italien och Grekland varit tämligen stabila och Ryssland fluktuerar i en stigande kurva. De förändrade dödstalen gör att man för varje land måste revidera riskfunktionen utifrån den nuvarande dödlighetssiffran, utvärdera hur många och vilka som ska få preventiv behandling samt vid vilken ålder den ska sättas in.

De systematiska genomgångar av riskfaktorerna som gjorts är inte tillräckliga, enligt Njølstad. I en genomgång utförd av amerikanska Agency for Healthcare Research and Quality innehöll endast 32 av 272 systematiska genomgångar och 25 av 55 randomiserade prövningar information om huvudfrågeställningen i relation till kvinnor.

– Vi har relativt starka bevis för att hyperlipidemi och diabetes är starka riskfaktorer för kvinnor, sade Njølstad. Vad gäller andra riskfaktorer är bevisen betydligt svagare.

Sammanfattningsvis ansåg Njølstad att könsspecifika data är nödvändigt för att korrekta riskbedömningar för kvinnor ska kunna göras. Vi har i dag tillgång till dödlighetsstatistik i de flesta länder, vilket är användbart, men

vi behöver också stroke- och hjärtinfarktregister och fler stora studier med lång uppföljningstid, speciellt i populationer där inciden- sen är låg.

Östrogenbehandling

Att klimakteriet påverkar kvinnors risk för kardiovaskulär sjukdom är välkänt. Att behandla diverse klimakterierelaterade problem såsom värmesvallningar, benskörhet och torra slemhinnor med östrogenpreparat har varit vanligt sedan 1950-talet, medan det fortfarande är osäkert om hormonbehandlingen har någon påverkan på risken för hjärtkärlsjukdomar. Karin Schenck-Gustafsson ledde åhörarna genom östrogenets historia och ställde frågan: "Finns det plats för östrogenbehandling i hjärtkärlprevention i dag?"

I 1990-talets början löd devisen "Hormonbehandling åt alla" och amerikanska FDA godkände östrogen i kardiovaskulär prevention. Ett antal studier sattes igång och premarin var det mest utskrivna receptbelagda läkemedlet i USA. Under 1990-talets andra hälft visade resultaten från PEPI-studien förbättrade lipidvärden, medan HERS-studien visade en ökad kardiovaskulär risk i början av studien som normaliserades efter fyra år. ERA-studien, däremot visade inga förbättringar med hormonbehandling.

In på 2000-talet såg man i både WHI- och WISDOM-studierna en ökning både av hjärtsjukdomar och, framförallt, bröstcancer och studierna stoppades i förtid. Förskrivningarna har sedan dess sjunkit dramatiskt. En del kritik mot studierna har framförts, exempelvis att de äldre studierna haft bias i urvalet medan de nyare studierna använt för höga doser på för gamla patienter utan klimakteriesymptom, samt att de mätningar av livskvaliteten hos patienterna som gjorts inte varit adekvata.

Ej heller för andra typer av behandlingar mot klimakteriesymptom – syntetiskt östrogen, drospirinone plus 17 beta estradiol eller olika naturläkemedel – finns några data som pekar på att de skyddar mot kardiovaskulär sjukdom.

Enligt de europeiska risklinjerna från EMEA rekommenderas inte östrogen mot benskörhet och man rekommenderar heller inte östrogen till friska kvinnor utan klimakteriebesvär.

– Däremot har östrogenbehandling en positiv effekt för patienter där klimakteriebe-

svär påverkar livskvaliteten, sade Schenck-Gustafsson.

Hon anser också att östrogenbehandling bör nämnas i riktlinjerna även om det inte finns någon indikation på att de förhindrar hjärtkärlsjukdom.

– Våra kvinnliga patienter kommer nämligen att fråga om det.

Amerikanska riktlinjer

År 2004 publicerade American Heart Association riktlinjer för hjärtkärlprevention för kvinnor (se även artikel på föregående sida). Dessa presenterades av Leslee Shaw från Cedars-Sinai Medical Center i USA.

– Kvinnospecifika guidelines behövs eftersom könsskillnader föreligger i hur patienten svarar på behandling, överlevnad och vilka riskfaktorer som är vanligast och viktigast, sa hon.

Riktlinjerna är uppdelade i tre evidensgrader där a står för tillräcklig evidens från många randomiserade studier, b står för begränsad evidens från enstaka randomiserade studier eller icke randomiserade studier och c står för behandling baserad på expertutlåtanden, fallstudier eller klinisk praxis.

Generaliserbarhet till kvinnor mäts efter en fallande skala från 1 till 3 där 1 står för hög generaliserbarhet. Vad gäller riskbedömning delas patienterna in i tre grupper – låg, mellan och hög risk – där hög risk innebär över 20 procents risk med kliniska diagnoser som konstaterad koronarkärlssjukdom, cerebrovaskulär sjukdom, åderbräck i bukaorta, diabetes eller kronisk njursvikt. I mellangruppen (10-20 procents risk) återfinns diagnoser som subklinisk kardiovaskulär sjukdom, metabola syndromet och flera riskfaktorer. I lågriskgruppen (under 10 procent) finns kvinnor med någon förhöjning av en riskfaktor eller inga riskfaktorer alls.

Vad gäller preventiv läkemedelsbehandling ska ASA 75-162 mg eller clopidogrel om patienten inte tål ASA ges till kvinnor i högriskgruppen (klass I, evidensgrad a). Kvinnor i mellanriskgruppen kan också behandlas med ASA så länge blodtrycket hålls under kontroll och nyttan överväger möjliga biverkningar (klass IIa, evidensgrad b). Betablockad ska ges alla kvinnor som har haft hjärtinfarkt eller har kroniska ischemiska syndrom (klass I, evidensgrad a). ACE-hämmare ska ges till kvinnor i högriskgruppen (klass I, evidensgrad a). ARB ska ges till kvinnor i högriskgruppen



Preventionsrekommendationer för kvinnor (AHA:s guidelines)

Klass	Hög risk över 20%	Mellanrisk 10–20%	Låg risk under 20%
I	Sluta röka Fysisk aktivitet/rehab Dietbehandling Hälsosam vikt Blodtryckskontroll Kolesterolkontroll/ behandling ASA Betablockad ACE-hämmare (ARB) Behandla diabetes	Sluta röka Fysisk aktivitet Hjärtvänlig kost Hälsosam vikt Blodtryckskontroll Kolesterolkontroll	Sluta röka Fysisk aktivitet Hjärtvänlig kost Hälsosam vikt Behandla individuella riskfaktorer som indikerat
Ila	Rx mot depression	ASA	
Ilb	Omega-3 Folsyra		

Mosca: Circulation, 2004

Rekommendationer för förebyggande behandling för kvinnor i de olika riskgrupperna.

med konstaterad hjärtsvikt eller ejektionsfraktion under 40 procent som inte tål ACE-hämmare (klass I, evidensgrad b).

Vad gäller förmaksflimmer och stroke-prevention rekommenderas warfarin eller ASA i hög/mellanriskgrupperna.

Hormonbehandling eller antioxidanter rekommenderas inte i de amerikanska riktlinjerna till någon av grupper, ej heller ASA till lågriskgruppen i väntan på resultat från pågående studier.

Leslee Shaw summerade riktlinjerna med ordet **ALOHA**, där **A** står för assess, dvs utvärdera riskerna, **L** för livsstilsförändringar, **O** för Other interventions, dvs läkemedelsbehandling, **H** för högsta prioritet för högriskkvinnor och **A** för Avoid, dvs undvik behandlingar som klassas som klass III-

behandlingar såsom hormonbehandling och antioxidanter. De är inte bevisat effektiva och kan till och med vara skadliga.

Rekommendationer för europeiska kvinnor

Efter presentationen av de amerikanska riktlinjerna kom frågan om riktlinjer för europeiska kvinnor ganska naturligt. Guy de Backer från universitetet i Ghent har gått igenom de europeiska riktlinjerna för att undersöka om de tar hänsyn till kvinnors behov.

Hans svar blev att trots att de riktlinjer som finns i dag relativt väl täcker även kvinnor, behövs ändå ett könsperspektiv i det fortsatta arbetet med nya riktlinjer. Fram till dess får både kvinnor och män nöja sig med det europeiska telefonnumret till hälsa

14090530. 140/90 är den blodtrycksgräns de flesta friska människor ligger under, en kolesterolnivå under 5 är bra, det är bra att gå 3 km om dagen eller motionera på annat sätt i 30 minuter dagligen. Rökning dödar, så rök 0 cigaretter om dagen.

Också Marco Stromba-Badiale från IRCCS Istituto Auxologico Italiano i Milano förordade ett könsperspektiv i arbetet med riktlinjerna i sin presentation av de viktigaste punkterna från den policykonferens om kvinnors hjärthälsa som hölls i våras där fröet till "Women at Heart" såddes.

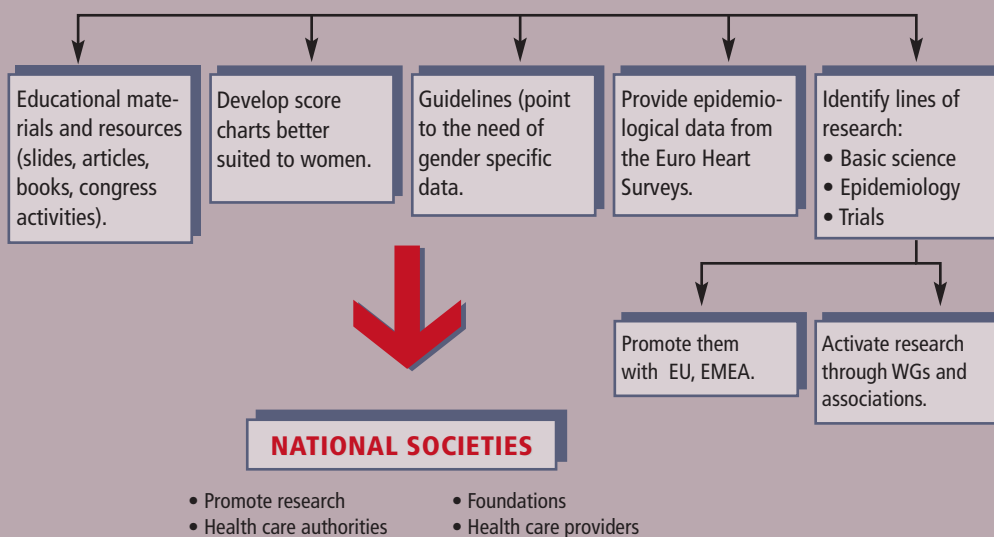
"Women at Heart" ska stödja grundforskning med könsperspektiv, uppmuntra vidare analys av redan genomförda studier för att se om könsskillnader föreligger, genomföra kliniska studier med kvinnliga deltagare där tidigare försökspopulationer bestått av endast män, se till att nya studier som planeras inkluderar en lika stor proportion kvinnor som män, undvika de åldersbegränsningar som i tidigare studier gjort kvinnorepresentationen liten.

Man planerar också kampanjer för att öka medvetenheten om kvinnors hjärthälsa hos läkare och allmänhet.

Också vad gäller riskstratifiering finns mycket att göra. Riskbedömningen bör inkludera både absolut och relativ risk eftersom kvinnor med låg absolut risk fortfarande kan ha en hög relativ risk. Man bör också i hanteringen av kvinnliga patienter ta extra hänsyn till de riskfaktorer som är speciellt viktiga för kvinnor, såsom övervikt och diabetes. Risker för kvinnor bör dessutom extrapoleras med en högre ålder, exempelvis 70 år i stället för 60.

VAD "WOMEN AT HEART" SKA GÖRA

ESC



BUKFETMA OCH BEHANDLING

Fullt hus på ESC-mötet

Fetma dödar fler människor än tobak i världen, främst genom följsjukdomar som det metabola syndromet, typ 2 diabetes, och hjärtkärtsjukdom. Särskilt bukfetma, inlagring av fett kring de inre organen, mångfaldigar riskerna för hjärta och metabolism.

På senare tid har ny forskning kring bukfetma kartlagt patofysiologin bakom de mekanismer som verkar vid invärtes fetma. Med stöd av forskningsrönen har nya behandlingsmetoder kunnat utvecklas och prövas på patienter. En sådan ny metod är CB₁-blockad som visar positiva resultat i studierna i det så kallade RIO-programmet.

Text: Gabor Hont

Professor Arya Sharma, ledande forskare inom kardiovaskulär obesitas i Hamilton, Kanada, varnade för "en tsunami av fetma som väller in över världen".

– År 2020 beräknas var femte individ på de flesta håll i världen, inklusive utvecklingsländerna, ha ett BMI-värde på över 40 kg/m², framhöll han.

Men BMI är inte längre det viktiga att bry sig om när det gäller att mäta potentiella skador som fetma kan medföra, menade Arya Sharma. Den farliga fetman är den inne i buken, som är en viktig faktor för att bestämma kardiovaskulär risk. Det gäller på varje BMI-nivå och i alla etniska grupper. Bukfetma är också en karaktäristisk komponent som bestämmer det metabola syndromet.

– Behandling av invärtes fetma kommer att vara åtgärden som räddar liv i framtiden, därför att vi därigenom kan förebygga den kardiovaskulära risken, sa Arya Sharma.

En 40-årig patient på mottagningen som är 165 cm lång, väger 114 kg och har en BMI på 42 har definitivt fetma. Det är vanligt att träffa på den kategorin.

Fettet under huden på en sådan patient ser kanske inte så trevligt ut för figuren – men det fettet kan läkaren glömma såsom ointressant ur medicinsk synpunkt. Däremot bör doktorn agera om patienten har bukfetma, för det är genom att uppskatta fettet inne i buken, kring de inre organen, som han eller hon kan bedöma patientens riskprofil, både ur hjärtskärlsynpunkt och med avseende på metabolt syndrom.

– Bukfetma konstaterar man enklast genom att mäta bukomfånget med ett måttband, sa Arya Sharma.

Man placerar måttbandet mellan navelhöjd och nedersta revbenet – och måttbandet ska löpa parallellt med golvet. Genom en sådan mätning ges en god bild av patientens nivå av hjärtskärlrisk, till och med en bättre bild än blodtrycksmätning. En patient som ökar sitt midjemått har antagligen också bukfetma och bör göras till föremål för åtgärd. Det har framhållits i litteraturen att bukomfång på >102 cm hos män, och >88 cm hos kvinnor bör föranleda vårdinsatser.

Arya Sharma påminde om att det finns evidens för en direkt korrelation mellan bukomfång och den faktiska mängd fett som finns i patientens buk.

I INTERHEART-studien visas att bukfetma är en riskfaktor för hjärtskärlsjukdom, oberoende av faktorer som diabetes, hypertoni, rökning, lipider, osv. Samma studie visar dessutom att detta gäller på alla kontinenter och för alla etniska grupper. I de 52

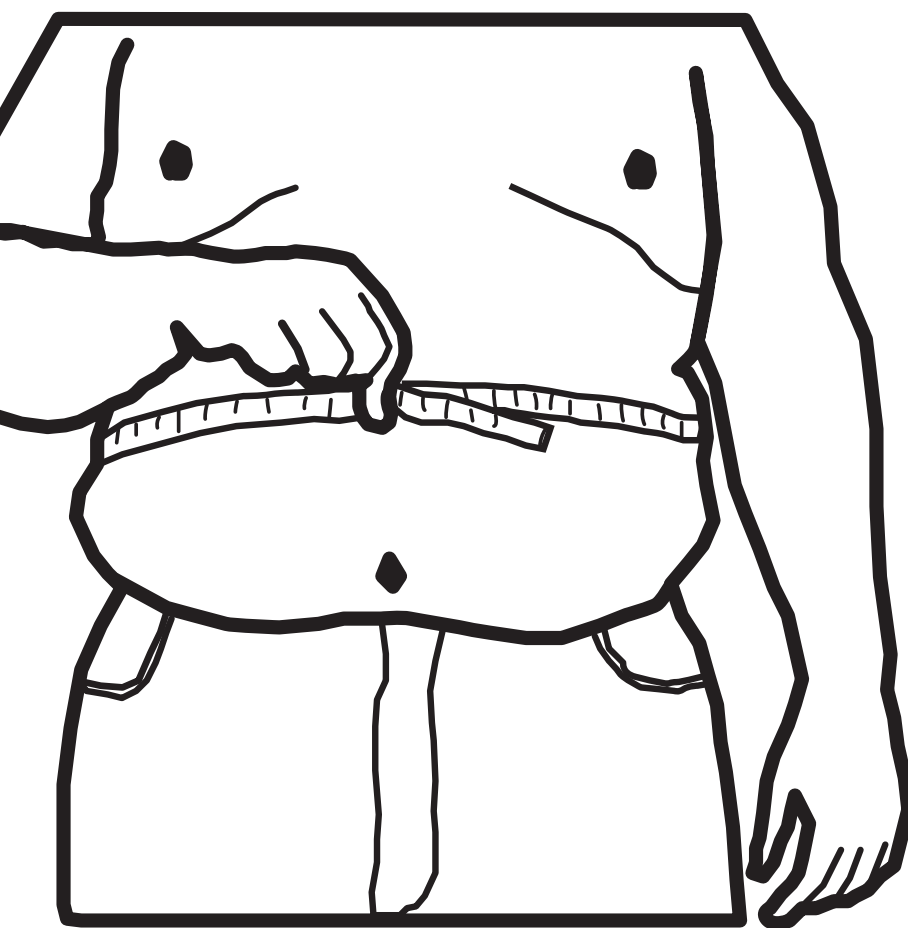


Illustration: JESSICA BLADH

Glöm bort BMI – men se upp för bukfetma

länder som INTERHEART undersökte svarade invärtes fetma för nästan 34% av populationsrisken för hjärtskärlsjukdom.

– Det finns också ännu opublicerade data som visar att patienter med hjärtinfarkt, i alla befolkningsgrupper, oftare har ett förhöjt midjemått, tillade Arya Sharma.

Ökat bukomfång = ökad risk

INTERHEART konstaterar också att BMI-värden inte bestämmer hjärtskärlrisken. En person som har BMI 20 men ett stort bukomfång löper lika stor risk att drabbas av hjärtattack som en person med BMI 30 och samma midjemått.

– Det är bukfetman, inte BMI som huvudsakligen bestämmer storleken på den kardiovaskulära risken, betonade Arya Sharma. Förhöjt BMI ökar inte nödvändigtvis risken, men ett ökat bukomfång gör alltid det.

Samma budskap kan inhämtas från andra håll. I HOPE-studien är hjärtskärlrisken

högst i den kohort som är bredast om midjan. I "Paris Prospective Study" är invärtes fetma en prekursor för hjärtskomplikationer, t ex plötslig hjärtdöd.

Ökade risker för hjärtskärlsjukdom och typ 2 diabetes kan förutsägas redan bland barn.

Om två barn har ungefär samma mängd fett i kroppen, räknat i procent av vikten, är det avgörande om fettet finns subkutant eller förekommer som invärtes fetma inne i buken och i skeletal muskulatur. Om det senare är fallet, så löper barnet risken att drabbas av typiska komplikationer framöver.

– Det rätta fettet att ta bort finns inne i kroppen, mestadels i buken och den skeletala muskulaturen, framhöll Arya Sharma. Om man behandlar bukfetma, så har man ett profylax mot det metabola syndromet, typ 2 diabetes och insjuknande i hjärtskärlsjukdom. ■



Här pågår mätning av blodtryck och kolesterolvärden för fullt.



Svensk Cardiologis redaktör utför ett av de många tälten i Kungsträdgården under FYHS.



Svenska Cardiologyföreningens ordförande Eva Swahn invigningstalade på ESC.

Hög tid att ta itu med triglyceridnivåerna

Under de senaste tio åren har det blivit klart att invärtes fetma är förknippad med en rad avvikande fysiologiska och metabola problem som tillsammans bidrar betydligt till risken att drabbas av hjärtkärlsjukdom. Detta konstaterade John Betteridge, London, när han berättade om patofysiologin bakom dyslipidemi och insulinresistens hos patienter med bukfetma.

Han påpekade att dyslipidemi är en mycket stark riskfaktor för kardiovaskulär sjuklighet och således viktig att behandla genom läkemedelsterapi. Framtida behandlingar av dyslipidemi i samband med bukfetma kommer att sträcka sig bortom dagens fokus på värden av total kolesterol och LDL, för att i stället fokusera på viktiga kvantitativa och kvalitativa förändringar i koncentrationen av lipider och lypoproteiner i kroppen.

Det finns ett intimt samband mellan dyslipidemi och insulinresistens. Dyslipidemi vid bland annat bukfetma karaktäriseras av måttligt förhöjda triglyceridvärden, låga halter av den skyddande kolesterolpartikeln HDL och viktiga kvalitativa förändringar i LDL-kolesterol. LDL-partiklarna omvandlas till s.k. liten och tät LDL, (small, dense LDL) vilket ökar deras benägenhet att främja utvecklingen av ateroskleros. Utöver detta sker också en ackumulation av kolesterolrika restpartiklar som också är starkt atrogena.

Triglycerider i nyckelroll

Triglycerider har visat sig spela en nyckelroll vid utvecklingen av ateroskleros. Förhöjda halter bidrar bland annat till LDL-omvandling, HDL-hämning, hemostatisk interaktion och negativ påverkan av en rad lipider i kroppen.

Små, täta LDL-partiklar har, till följd av sin omvandling, större benägenhet att binda till glykosaminoglykaner (GAG) i kärlväggen – vilket också bidrar till ateroskleros.

Bukfetma påverkar i hög grad patofysiologin för dyslipidemi i samband med det metabola syndromet. Det invärtes fettet producerar en mångfald proteiner med viktiga biologiska funktioner. John Betteridge nämnde två aktörer bland dessa proteingrupper: fria fettsyror och cytokinet adiponektin.

De fria fettsyror som uppstår vid bukfetma ökar koncentrationen av fettsyror i blodomloppet, vilket medför att större mängder fett-

syror förs till levern. Det medför ökad glukosproduktion i kroppen, vilket i sin tur, via betacellaktivitet, medför en ökad utsöndring av insulin. Följden blir hyperinsulinemi hos den som är bukfet.

En annan effekt av de fria fettsyrorerna är att de tar sig in i skelettmuskulaturens celler och hindrar insulinets verkan genom att öka glukosproduktionen. De orsakar alltså insulinresistens lokalt i muskeln – och bidrar därmed till att höja den totala insulinnivån ytterligare.

– Kronisk hyperinsulinemi är en mycket viktig del av det metabola syndromet och leder till några av dess typiska konsekvenser, påpekade John Betteridge.

De fria fettsyrorerna främjar dessutom produktionen av VLDL, triglycerid-rika lipoproteiner från levern. VLDL-nivåerna ökar och fria fettsyrorerna är motorn bakom VLDL-produktionen.

De ökade fettsyremängderna leder dessutom till inlagring av fett i muskulaturen och fettvävnad i levern, vilket också påverkar insulinkänsligheten negativt.

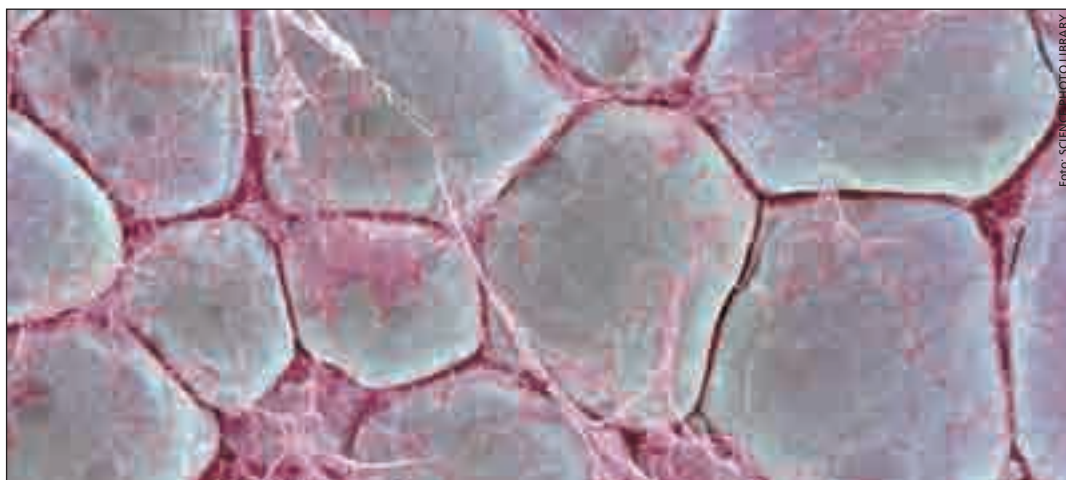
Fettlever och fett i muskulaturen är en mycket viktig del av det metabola syndromet, enligt John Betteridge.

Leverns konstanta utsöndring av VLDL bidrar till att triglyceridhalten i blodet ökar efter varje måltid, vilket systemet försöker kompensera genom lipidöverföring mellan triglyceridrika partiklar och LDL. Aktiviteten ombesörjs av ett protein kallat CETP (Cholesterol Ester Transfer Protein) som därigenom berikar LDL med triglycerid. LDL-partiklarna rika på triglycerid blir i sin tur föremål för aktiviteten hos ett enzym som omvandlar dem till små, täta LDL-partiklar.

CETP-molekylen utgör ett potentiellt behandlingsmål för kommande läkemedel, enligt John Betteridge.

Ett annat potentiellt mål för behandlingsstrategier är adiponektin, det vanligaste fett-specifika cytokinet som spelar en nyckelroll i det metabola syndromet.

Kroppens produktion av adiponektin och dess koncentration i blodomloppet är omvänt proportionella till kroppens fettmängder. Forskning har visat att låga nivåer av adiponektin kan sättas i samband med metabola sjukdomssymptom som insulinresistens, typ 2 diabetes, och bukfetma. I sam-



band med dyslipidemi är plasmakoncentrationen av adiponektin omvänt proportionell mot koncentrationen av tryglycerider, apo-protein B och små, täta LDL-partiklar. Höga halter av HDL, däremot, innebär hög koncentration av adiponektin.

Ju fler komponenter av det metabola syndromet som finns hos en individ, desto lägre är halterna av adiponektin, och de lägre halterna kan kopplas till hjärtsjukdomar, såväl i akuta syndrom som i kroniska kran-sjukdomar.

Adiponektin är således en mycket viktig molekyl, eftersom den visat sig vara antagonistisk mot många effekter hos andra adipocytokiner, som bidrar till utvecklingen av ateroskleros. Adiponektin motverkar också insulinresistens och dyslipidemi genom att minska lipolys, mängden fettsyror och produktionen av VLDL, och genom att förbättra clearance i blodomloppet. Det verkar skyddande mot endotel dysfunktion, aktivering av plack, plack-progression och destabilisering av plack. Adiponektin ökar dessutom utsönd-

ringen av HDL:s mest betydande proteiner, A1 och A2, och bidrar därmed till ökade nivåer av det goda kolesterolet.

– Vi har idag evidens för att behandling med statiner minskar förekomsten av hjärtattacker och strokes, sa John Betteridge. Men vi måste komma ihåg den ”glömda stammen” som dör trots att de behandlas med statiner. Denna resterande riskgrupp är patienter med metabolt syndrom, och särskilt de med diabetes.

UK Heart Protection Study har visat att prognosen för patienter med lågt HDL förbättras om de behandlas med simvastatin. Med dessa individer har fortfarande högre risk än patienter med högre HDL som får placebo.

En effektivare förebyggande behandling mot hjärtsjukdom i framtiden kommer, enligt John Betteridge, att bestå av en hög och effektiv dos av ett statin kombinerat med något läkemedel som riktar in sig mot att höja HDL-nivåerna i kroppen och minska mängden triglycerider.

– Om vi vill till fullo lyckas med att göra någonting åt det växande problemet med dyslipidemi och den hjärtsjukdomen det bidrar till, måste vi börja ta itu med de faktorer som påverkar bukfetma, sa John Betteridge. ■

Nya Europeiska riktlinjer för behandling av hjärtsvikt!



Biventrikulär pacemakerbehandling¹ Klass I, evidensgrad A resp. B för patienter med:

- Reducerad ejektionsfraktion
- Ventrikulär dyssynkroni (QRS bredd ≥ 120 ms)
- Symptom (NYHA III-IV) trots optimal läkemedelsbehandling

ICD-behandling¹ Klass I, evidensgrad A för symptomatiska patienter med:

- LVEF $< 30-35\%$
- Inte inom 40 dagar efter en myokardiell infarkt
- Optimal läkemedelsbehandling

1) www.escardio.org/knowledge/guidelines/

Guidant Sweden AB **CardioNord AB**
08-594 765 50 08-753 49 00
www.guidant.com www.cardionord.se

Implantationssupport, teknik och expertis finns hos...

GUIDANT



En pacemaker för jättar mötte ESC-besökarna på vägen till kongresshallarna.



Per Tornvall och Inger Hagerman studerar ett EKG under "For Your Heart's Sake".



Stockholm välkomnade över 20 000 kardiologer till Älvsjömässan och ESC 2005.

Blockad av CB₁-receptorn

Försök pågår på flera håll med att hitta lämplig terapi mot det metabola syndromet hos obesa, och därmed förebygga bland annat deras förhöjda risk att drabbas av hjärtsjukdomar.

Professor Jean-Pierre Després från Laval Hospital Research Center i Quebec, Kanada, redovisade de senaste resultaten från RIO-programmet, en serie studier i Europa och Nordamerika kring behandling av det metabola syndromet genom CB₁-receptorblockad med det nya läkemedlet rimonabant.

Bakgrunden är insikten att metabolt syndrom förekommer oftare hos en selektiv grupp patienter med invärtes fettinlagringar, det vill säga bukfetma. Bukfetma kopplas samman med låga nivåer i kroppen av cytokinet adiponektin, det protein som i dag ses som en av de viktigaste utlösande faktorerna bakom det metabola syndromet.

Brist på adiponektin i systemet ger upphov till hypertriglyceridemi, låga nivåer av HDL-kolesterol, förhöjda nivåer av apolipoprotein B, inflammationsbenägenhet samt LDL-omvandling till små, täta partiklar. Dessa förändringar leder i sin tur till flera av det metabola syndromets systemiska kännetecken: insulinresistens, hyperinsulinemi, glukosintolerans, nedsatt fibrinolys och dysfunktioner i endotelet.

BMI och bukfetma

Studierna i RIO-programmet undersökte effekterna av en CB₁-receptorblockad syftande till att lindra det metabola syndromets symtom genom att höja kroppens koncentrationer av adiponektin.

RIO-programmets studier var randomiserade, dubbelblinda och placebokontrollerade multicenterstudier som genomfördes vid en rad centra. Patienterna fick placebo, rimonabant 5 mg eller rimonabant 20 mg en gång dagligen under ett eller två år.

Studierna jämförde två grupper av patienter: dels de med BMI över 30 men utan bukfetma, dels de med BMI över 30 och bukfetma. De obesa patienterna utan bukfetma uppvisade vid baseline ingen negativ förändring jämfört med kontroller i fråga om adiponektinkoncentration. Gruppen med överviktiga som dessutom hade bukfetma, däremot, visade sig ha signifikant lägre plasmakoncentrationer av adiponektin.

– Låga nivåer på adiponektin är således inte en markör av fetma i sig, men väl en indikator på bukfetma, poängterade Jean-

Pierre Després.

Och lågt adiponektin hos era patienter förbättrar metaboliska problem.

– Det bästa för en patient ur ett kliniskt perspektiv är om vederbörande har så lite invärtes fettinlagringar som möjligt, och högst möjliga koncentrationer av adiponektin, fastslog Jean-Pierre Després. Det värsta är motsatsen: omfattande bukfetma och låga adiponektinnivåer.

Läkemedlet rimonabant verkar genom blockad av CB₁-receptorer (cannabinoid type 1 receptors). Sådana receptorer ingår i kroppens s.k. endo-cannabinola system och finns utspridda på flera håll i organismen. Hjärnans CB₁-receptorer finns i hypotalamus, men samma receptorer har hittats även i skelettmuskulatur, fettvävnad, magtarmkanal och levern.

– I dag vet vi att om man blockerar CB₁-receptorerna med rimonabant, så leder det till minskat födointag och på sikt även viktminskning, berättade Jean-Pierre Després.

In-vitrostudier på fettceller har dessutom visat att stimulering av CB₁-receptorerna ledde till en inhibition av fettcellernas produktion av adiponektin, och omvänt, att blockering av CB₁-receptorerna ökade utsondringen av adiponektin i vävnaden.

Utgångspunkten för RIO-programmets studier i fas III var att undersöka om man med hjälp av rimonabant kunde förbättra patienternas metabola riskprofil genom att åstadkomma lägre födointag, viktminskning och ökad adiponektinproduktion.

Tre RIO-studier

En stor mängd data från tre studier som pågått i ett år, och två studier som pågått i två, visar betydande effekter vid behandling med rimonabant i dygnsdosen 20 mg. I studierna RIO-North America, RIO-Europe and RIO-Lipids noteras en total minskning av det metabola syndromet med respektive 39%, 53% och 51 % i behandlingsgrupperna.

Det sker en påtaglig och bestående minskning av både vikt och bukomsfång hos försökspersonerna. Nivåerna av HDL-kolesterol stiger medan triglyceridnivåerna sjunker. Storleken på LDL-partiklarna ökar i genomsnitt och ingen kvalitativ förändring av LDL sker.

Det nya vapnet mot metabola hot?



Glukostoleransen förbättras, liksom insulintoleransen och HbA1c.

RIO-Lipids visar att plasmakoncentrationen av adiponektin ökar med 46% vid behandling med 20 mg rimonabant. Ökning-

en är till stor del oberoende av viktnedskningen.

– Vi tror att det är den viktoberoende ökningen av adiponektinkoncentrationen som svarar för effekterna på HDL, tri-

glycerider, fasteinsulin och insulinresistens, sa Jean-Pierre Després.

Han tillade att de positiva metabola effekterna av behandlingen håller i sig efter två år, som det har visats i studierna RIO-Europe och RIO-North America.

Rimonabant var vältolererat efter ett respektive två år. Lindriga biverkningar som registrerades var nästappa, illamående, ryggvärk, halsbränna, yrsel, diarré, sömnlöshet och kräkningar (i avtagande ordning).

Kardiologer har idag en betydande farmakologisk arsenal för att behandla dyslipidemi, högt blodtryck och typ 2 diabetes, menade Jean-Pierre Després. Men patienter med bukfetma och en rad avvikande värden på grund av det metabola syndromet får inte optimal behandling förrän läkarna tacklar den verkliga orsaken bakom dessa aterotrombotiska metabola avikelser.

– Inte förrän vi gör det kan vi påstå att vi behandlar de förhöjda hjärtskärlrisker som finns hos denna patientgrupp optimalt. ■

Den nyligen publicerade SCD-HeFT studien visar att behandling med ICD signifikant minskar mortaliteten hos patienter i funktionsklass II/III (NYHA) samt låg ejektion fraktion (< 35%).

Enligt *New England Journal Of Medicine*

läkemedel är inte den enda behandlingen av hjärtsvikt!

Hjärtsviktpatienter, med redan optimal läkemedelsbehandling, uppvisade en 23 % mortalitets reduktion med skydd av en implanterbar defibrillator. Plötslig hjärtdöd (SuddenCardiacDeath) är den främsta mortalitets orsaken för patienter med låg EF. Nu kan du ordinera den bästa "medicinen" för dina hjärtsviktpatienter.

Besök WWW.medtronic.com för mer Information!





EKOKARDIOGRAFINS DAG 2005



Arrangör Kardiologi, HLD, Universitetssjukhuset i Lund/
Avd för kardiologi, IKVL, Lunds Universitet

Plats Aulan, Centralblocket, Universitetssjukhuset, Lund

Datum Fredagen den 28 oktober 2005

PROGRAM

- 12.15 *Enkel förtäring serveras (anmälan krävs)*
- 13.00 **INGE EDLER LECTURE 2005**
Right ventricular myocardium – a new target for diagnosis
Alan Fraser, Cardiff, UK
- 14.00 **Diastole – en ekokardiografisk utmaning**
Hans Öhlin, Lund
- 14.45 **Ultraljudsaccelererad trombolys – skada eller nytta?**
Bjarne Madsen Hårdig, Lund
- 15.15 **Avslutning**

VÄLKOMNA!

Bertil Olsson, professor
 Avd för kardiologi, Lunds Universitet
 Universitetssjukhuset, Lund

Anders Roijer, överläkare
 Spec omr kardiologi, HLD
 Universitetssjukhuset, Lund

Anmälan sker till högskolesekreterare Monica Magnusson, Avdelningen för kardiologi,
 Universitetssjukhuset, 221 85 Lund, tel 046 – 17 35 18, fax 046 – 15 78 57, e-mail
 Monica.Magnusson@kard.lu.se senast 2005-10-24



SVENSKA CARDIOLOGFÖRENINGENS
SPECIALISTEXAMEN I KARDIOLOGI (MALMÖ/LUND)
DEN 14 – 15 DECEMBER 2005 VID
SPECIALITETSOMRÅDE KARDIOLOGI, HJÄRT-LUNGDIVISIONEN,
UNIVERSITETSSJUKHUSET I LUND

Du som söker till specialistexamen skall ha dokumenterad specialistkompetens i Kardiologi.

Ni som examineras kommer att få kongressavgiften till Kardiovaskulära Vårmetet 2006 betald av Svenska Cardioloföreningen.

Examinator är professor S Bertil Olsson, Avd för Kardiologi, Lunds Universitet, Universitetssjukhuset, 221 85 Lund.

Sista anmälningsdatum är den 24 oktober 2005.

KONTAKTPERSONER:

Dr Anders Roijer, specialitetsområde Kardiologi, Universitetssjukhuset, 221 85 Lund

Tel 046 – 17 26 33, e-post: Anders.Roijer@skane.se

Dr Martin Stagmo, Kardiologiska klin, Universitetssjukhuset UMAS, 205 02 Malmö

Tel 040 – 33 10 00, e-post: Martin.Stagmo@skane.se

ANMÄLAN:

Högskolesekreterare Monica Magnusson, Avd för kardiologi, Universitetssjukhuset, 221 85 Lund

Tel 046 – 17 35 18, fax 046 – 15 78 57, e-post: Monica.Magnusson@kard.lu.se

Arbetsgivaren förväntas stå för eventuella kostnader, t ex resa och logi, i samband med examen.



FOR YOUR HEART'S SAKE

FÖR DITT HJÄRTAS SKULL – EN SU

Hela 1 700 stockholmare passade på att undersöka sin hjärthälsa i Kungsträdgården under evenemanget "For Your Heart's Sake".

Rekordmånga besökare, som dessutom visade sig vara friskare än genomsnittet.

Text: Åsa Larsbo
Foto: Åsa Larsbo och
Christer Höglund

Solen strålade över Kungsträdgården i Stockholm och invigningen av "For Your Heart's Sake" och europeiska kardiologsällskapets (ESC) kongress den 2 september. Europeiska kardiologsällskapets ordförande Michal Tendera inledde från scenen tillsammans med konferencier Annika Dopping med att säga att hans eget hjärta nog slog lite extra fort vid åsynen av alla besökare som hittat till Kungsträdgården, redan innan portarna officiellt öppnats.

Under de två dagar som evenemanget pågick kunde besökarna testa sin hjärthälsa genom att mäta blodtrycket, kolla kolesterolhalten genom ett blodprov och fylla i en enkel hälsoprofil med frågor om ålder, längd, vikt, kön och rökning. Dessutom fanns möjlighet att göra EKG och en ultraljudsundersökning av hjärtat.

Undersökningstälten bemannades av ett sjuttital läkare, sjuksköterskor och undersköterskor från hela landet, som ställde upp på sin fritid för att genomföra undersökningarna och ge råd till de som visade sig ha en ökad risk för hjärtsjukdom.

Tanken med "For Your Heart's Sake" är att göra människor medvetna om de risker som övervikt och en stillasittande livsstil medför. Samtidigt ska man inspirera till de livsstilsförändringar – att sluta röka, äta sunt, motionera mer och stressa mindre – som förebygger problemen.



Professor Michal Tendera, ordförande i europeiska kardiologsällskapet (ESC) inledde invigningen av "For Your Heart's Sake" i Kungsträdgården.



Eva Swahn och Michal Tendera klipper gemensamt bandet som öppnar årets "For Your Heart's Sake".



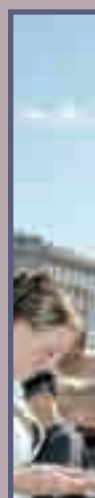
Kolesterolvärdet testas genom ett enkelt blodprov.



Aila Blomberg har själv erfarenhet av hjärtproblem och hoppas att "For Your Heart's Sake" ska hjälpa till att få upp ögonen för kvinnors hjärtsjukdomar, hos allmänheten såväl som hos politiker och andra beslutsfattare.



Mona Schlyter, i sjuksköterskeuniform från 1950-talet, mäter landstingsdirektör Sören Olofssons blodtryck. Sören Olofsson berättade själv att han redan medicinerar mot högt blodtryck. Dagens 135/90 låg som tur var under "högt blodtryck-gränsen".



Många v...



EN SUCCÉ I KUNGSTRÄDGÅRDEN



Köerna till tälten blev snabbt långa.



Svenska Cardioloföreningens ordförande Eva Swahn talade om vikten av bättre mat, fysisk aktivitet, koll på midjemåttet och blodfetterna för en bättre hjärthälsa. I bakgrunden syns konferencier Annika Dopping.



Per Tornvall på plats utanför tältet där besökarnas EKG-testades.



Eva Swahn passar på att mäta blodtryck och kolesterolvärden...



... precis som Michal Tendra.



Många ville följa med på en resa genom kroppen.



Svenska Cardioloföreningens styrelse sätter upp skärmen där besökarna ska kunna se hjärtultraljud.

Nationellt arbetsmöte hjärtsvikt

Tema: Från nya Guidelines till klinisk praxis
Sky City, Arlanda, 25 oktober 2005

Uppdaterade riktlinjer från ESC, "Task Force on Updated Guidelines for the Diagnosis and Treatment on Chronic Heart Failure" publicerades i maj 2005.

– Hur kan vi implementera de nya riktlinjerna i klinisk praxis i Sverige?

Program

11.00-12.00	Samling med drop-in-lunch
12.00-12.20	Inledning arbetsmöte moderatorerna, Ulf Dahlström och Karl Swedberg
12.20-13.00	Från evidens till klinik Kurt Boman, Medicin-Geriatrik, Skellefteå Lasarett
13.00-13.45	Nya europeiska riktlinjer för diagnos och behandling av kronisk hjärtsvikt Karl Swedberg, Medicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg
13.45-14.15	RiksSvikt - ett kvalitetsinstrument vid sviktbehandling Ulf Dahlström, Kardiologi, Linköpings Univsersitetssjukhus, Nationell uppdatering av vårdprogram
14.15-14.45	Fika och frukt
14.45-17.00	Utarbetande av riktlinjer för åtgärder kring kunskapsspridning av dessa dokument och register

Anmäl dig nu!

Om du vill anmäla dig eller har några frågor kring arrangemanget är du välkommen att kontakta Stockholm Convention Bureau, tel 08-5465 15 00 eller confirmation@stocon.se





Missa inte Cardiologföreningens hemsida



www.svenskacardiologforeningen.org

*Göteborg valde
CoroNet till
alla sina HIA-
avdelningar!*

Ett hjärta – ett system

*CoroNet anpassar sig efter
patienten. Inte tvärt om.*

Nu introducerar Ortivus fjärde generationens MIDA-system – CoroNet.

Ett övervakningssystem speciellt anpassat till dagens krav på flexibilitet inom hjärtsjukvården.

Nya CoroNet suddar ut gränsen mellan sängplatsövervakning och telemetri.

Ett hjärta – ett system.

ortivus
CoroNet

Ortivus AB
Box 513
Enhagsslingan 5
183 25 Täby
Tel 08-446 45 00
Fax 08-446 45 19
info@ortivus.se
www.ortivus.com

PACING PACING PACING

We are 100% dedicated to pacemakers
and to pacemakers only

Vitatron Sweden AB

Dackevägen 33,
Box 504, S-175 26 JÄRFÄLLA
Tel.: 08-584 302 30,
Fax.: 08-584 302 39
www.vitatron.se

Urban Sjöo: 070-579 40 95
Christer Hjorth: 070-577 82 24
Mariann Capocci: 070-636 30 80
Henrik Plym-Forshell: 070-510 72 73

samt 250 medarbetare på huvudkontoret
i Holland.

vitatron • The Pace Makers



En ung klinik med gamla anor

ETT BESÖK PÅ KARDIOLOGISKA KLINIKEN I FALUN

Text och bild: Gösta Ahlmark
och Pär Lennart Ågren

Kardiologiska kliniken i Falun, som bildades 1997, är en ung klinik med en lång historia bakom sig.

Redan 1695 uppfördes Sveriges första anstalt för sluten vård av akut sjuka i Falun. Naturligt nog byggdes detta "Gruvhospital" med tolv vårdplatser vid kanten av Falu koppargruva. 1877 uppfördes Faluns "Nya" Länslasarett på den plats där vi finns än i dag. 1897 delades lasarettet upp i en kirurgklinik och en medicinklinik. I och med att Serafi-merlasarettet i Stockholm lades ned är medi-

cin i Falun landets äldsta levande medicinklinik.

Redan under 1950-talet under professor Olle Hogemans ledning låg medicinklinikens tyngdpunkt på diagnostik och behandling av hjärtsjukdomar. Ett hjärtlaboratorium med hjärtkateteriseringar kom tidigt och den första pacemakerverksamheten utanför universitetsklinikerna startade 1966 med underläkaren Lars Rydén som pionjär. Genom att de följande klinikcheferna mellan 1975 och 1993 – Magnus Korsgren, Helge Saetre och

Gösta Ahlmark – var kardiologer utvecklades kardiologin snabbt. Utvecklingen berodde även på att den kliniska fysiologiska verksamheten var helt inordnad i den kardiologiska sektionen, liksom vid några enstaka andra svenska länssjukhus.

På grund av den höga coronarsjukligheten i Dalarna och de årslånga väntetiderna i Uppsala för coronarutredningar "tvingades" kliniken starta coronarangiografiverksamhet redan 1990 med Christian Landou som primus motor. Den första PCI-behandlingen

Greger Ahlberg, Anita Lundqvist och Ulla-Britt Engström genomför stresseko.



PM-op: Magnus Forsgren och Hjärdís Birath.



TEE: Björn Linde och Sara Larsson.



Klinikchef



utfördes året därefter. Under "buss-eran", det vill säga när Scandinavian Heart Center bedrev utlokaliserad thoraxkirurgi, gjordes 350 CABG i Falun, samtidigt som man var backup vid PCI-ingreppen. Sedan 1993 utförs PCI utan thoraxkirurgisk "backup" samtidigt som all thoraxkirurgi åter skickas till Uppsala.

Den stora medicinkliniken delades 1997 upp i en medicinklinik och en kardiologiklinik, som drevs vidare med Helge Saetre som chef. 2002 överräckte Helge stafett-pinnen till Gösta Ahlmark.

Organisation

Kliniken består nu av tre mycket intimt sammanvävda enheter.

Slutenvården bedrivs på en vårdavdelning med 41 sängar varav fyra dagvårdsplatser. HIA-vården bedrivs integrerat på avdelningen med hjälp av 24 trådlösa övervakningsenheter, med möjlighet till kontinuerlig vektor och/eller 12-avledningsövervakning. Den stora integrerade avdelningen möjliggör en effektiv vårdprocess med sammanhållen vårdtid och ett minimum av flytt för patienten.

Öppenvården bedrivs på vår hjärtmottagning. Där sker alla mottagningsbesök men också all klinisk fysiologi. Ekokardiografi, stresseko, transesofagealt eko, arbetsprov, långtids-EKG, noninvasiv elfys, tilt-test och elkonverteringar gör dagarna på mottagningen omväxlande. Till mottagningen hör också vårt pacemakerlabb där alla pacemaker-ingrepp görs av mottagningsplacerad kardiolog, med assistans av mottagningspersonal.

Coronarlaboratoriet med Iwar Sjögren och Co är sedan flera år helt organisatoriskt och lokalmässigt knutet till kliniken. Det har utvecklats till en högproducerande enhet där fokus har förskjutits från elektiva undersökningar till akuta eller subakuta undersökningar och PCI-behandlingar. Laboratoriet är nu öppet för behandling av alla länets ST-höjningsinfarkter dygnet runt, veckan runt, bortsett från vissa helger. Ekvationen att kunna hålla laboratoriet öppet dygnet runt hela året och behovet av tre sköterskor dagtid var ett tag svårlöst och för att klara detta har vi nu specialutbildat fjorton HIA-sköterskor till interventionistassistenter. Dessa roterar

mellan tjänstgöring på HIA och laboratoriet (var tredje vecka). Eftersom vi fortfarande bara har tre självständiga PCI-interventionister har vi dock fortfarande stängt ungefär varannan helg.

Dalarna var landets första län där samtliga 34 ambulanser utrustades med ambulans-EKG, vilket har varit förutsättningen för att primär PCI nu i stort sett ersatt behandling med trombolys i ambulans eller på sjukhus.

Rotationstjänster för HIA-sjuksköterskor finns, förutom mot angiolog, även mot ambulansen, mottagningen, klin. fys. och forskningsverksamheten.

En mycket viktig uppgift för kliniken har under alla år varit forskning och utbildning: allt från egna projekt (ex. betablockerare efter hjärtinfarkt i slutet av 1960-talet) till de senaste årens många multicenterstudier inom olika områden.

Det föreligger här ett utmärkt samarbete med Akademiska sjukhusets thorax- och kardiologikliniker och inte minst med forskningsenheten (UCR) kring Lars Wallentin.

Vid kliniken finns just nu två doktorander och ett par forskningssköterskor och kliniken "ansvarar" dessutom för regelbundna högskolekurser för sjuksköterskor (allmän kardiologi, hjärtsvikt, prevention). Allt detta har lett till att det inte har förelegat några rekryteringsproblem för någon yrkeskategori.

Nyckeltal

Kliniken har utvecklats till en ganska effektiv produktionsenhet med stor genomströmning av patienter. Alla enheter har de senaste åren ökat sin verksamhet. För att klara detta har vi förstås blivit fler men också effektiviserat genom att uppgifter som tidigare endast utfördes av läkare nu utförs av sjuksköterskor eller BMA, ibland fullt ut inklusive dokumentation och svar. Som exempel kan nämnas pacemakerkontroller, arbetsprov, ekokardiografi, tilt-test, hjärtsviktsmottagning och post-infarktmottagning.

Tabell 1 visar en del av kliniken "nyckeltal". Värt att kommentera är att antalet hjärtinfarkter i år ser ut att ha planat ut på en hög nivå, liksom även coronarangiografier och PCI-ingrepp. Behovet av ekokardiografi, långtids-EKG och pacemakingrepp verkar

Tabell 1

Befolkning	primärt	135 000
	sekundärt	278 000
Budget		125 miljoner kronor
Anställda		115
Läkare		17
Specialister		13
Vårdplatser		37
Vårddygn		11 122
Vårdtillfällen		3 741
Medelbeläggning (vardagar)		97 %
Antal hjärtinfarkter		583 (eget område)
Medelvårdtid		3,0 (median 38 tim)
Coronarangiografier		1 515
PCI		845
Läkarbesök		5 842
Sköterske-/BMAbesök		2 287
Ekokardiografier		4 338
Stress-eko		123
Arbets-EKG		1 610
Långtids-EKG		606
Pacemakingrepp		208

dock fortfarande öka. För att klara en rimlig väntetid enligt vårdgarantin försöker vi öka kapaciteten med fler eko-kunniga läkare liksom utbildning av sköterskor och BMA i ekokardiografi. Vi tvingas dock fortfarande komplettera med kvällsmottagningar för att hålla remissflödet stängt.

Utveckling – framtid

- För att kunna utnyttja kliniken optimalt måste enheterna lokalmässigt sammanföras till ett Hjärtcentrum. Detta arbete pågår och om två år kommer hela kliniken vara samlad på ett våningsplan vilket bl.a. kommer att ytterligare förbättra möjligheterna för rotationstjänster.
- Kliniken kommer under de närmaste åren få ett ökat utbildningsansvar för utlokaliserade medicine kandidater från Uppsala.
- Samarbetet med primärvården måste utvecklas för att vi gemensamt ska kunna ta hand om det ökade antalet polikliniska hjärtsviktspatienter och förbättra den sekundärpreventiva behandlingen.
- Sist men inte minst – vilket även påtalades från kliniken i Malmö – krävs en fortsatt ekonomi i balans vilket är en förutsättning för ett fortsatt givande samarbete med sjukhus- och landstingsledning. ■

Klinikchef Gösta Ahlmark.



Iwar Sjögren arbetar på coronarlaboratoriet.



Hjärtbakjouren: Lovisa Holm-Örndahl.





KRÖNIKA

Metabola syndromet

Bengt W Johansson
Kardiolog och författare

Det metabola syndromet är en term som blir alltmer vanlig, inte bara i medicinska sammanhang utan också i vardagens lekmannadiskussioner. En förut-sättning för långa, intressanta och intensiva, och resultatlösa, diskussioner, är att man menar olika saker med samma term. Det metabola syndromet är ett utmärkt exempel.

Även om det metabola syndromet ofta beskrivs som en konstellation av övervikt, rubbningar i blodfetter, förhöjt blodtryck och rubbningar i kolhydratmetabolismen så finns det avsevärda skillnader i definitionen. National Cholesterol Education Program Adult Treatment, Panel III, NCEP-ATP III har en, World Health Organisation, WHO, har en annan och American Association of Clinical Endocrinologists, AACE, en tredje för att bara nämna några. Den intresserade kan få mer detaljerad information i till exempel *Circulation* 2004; 109: 433-438 och *American Heart Journal* 2005; 149: 20-45.

Det metabola syndromet beskrivs som ett modernt fynd,

men det har gamla anor. Som så ofta är fallet saknar dagens forskare det historiska perspektivet. Syndromet beskrevs redan 1923 av den svenske läkaren Eskil Kylin. Visserligen fanns då inte metoder för

analys av blodfetter, men Kylin inkluderade hyperurikemi, något som på sistone har börjat diskuteras som en delkomponent i syndromet.

Oberoende av definition är alla överens om att obesitas är en viktig och obligatorisk del av syndromet samt att det är förenat med en ökad frekvens av hjärtskärslsjukdom.

Särskilt viktig är den centralt belägna abdominella fetman, något som varit känt sedan 1950-talet då Morris på ett lika enkelt som genialt sätt fann att busschaufförerna på Londons dubbeldäckare inte bara hade större livremsmått utan också högre hjärtdödlighet än konduktörerna.

De lesioner i hjärtats kranskärl som är boven i dramat utvecklas tidigt, något som framgår av PDAY-studien, där man obducerat personer mellan 15 och 34 år och som dött av externa orsaker. Där framkom ett samband mellan koronarlesioner och abdominell fetma avspeglat i tjockleken på panniculus adiposus.

Mekanismen bakom sambandet mellan det metabola syndromet och hjärtskärslsjukdom är inte klarlagd, men inflammation som en viktig faktor i ateroskterosutvecklingen är ju populärt för närvarande och en hypotes är att det viscerade fettet, som är en källa för adipokiner (samlingsnamn för bland annat leptin, adiponektin, TNF alfa, interleukin 6) skulle kunna inducera ett proinflammatoriskt tillstånd och oxidativ skada.

Alla är överens om faran av övervikt. Näväl, nästan alla, det finns undantag, till exempel den i alla avseenden välbärgade skånske bonden söder om landsvägen – den väg från Malmö till Ystad som påstås dela Sverige i två likvärdiga delar – som efter en god middag tillfrågades om han ville följa med på en liten promenad och då sva-



rade: "Är du galen

Per, då kan ju maten tro att den hamnat i en honna(hund)mage."

Men de flesta håller nog med Storm P: "Hvis alle havde det så godt som jeg – så havde de det ikke så godt!"

För en del går det ganska lätt att gå ned i vikt – när beslutet väl är fattat. För en utomstående kan det se ut som om vederbörande går på slak lina med händerna nonchalant i byxfickorna, till på köpet visslande. För andra är det betydligt svårare: det är som att sitta på en våt hund som försöker att skaka sig torr. Man börjar tröstäta och får som hjälp ha i åtanke en annan av Storm P:s Fluer med mannen som betraktar en ank-damm: "Der står at den ikke må fodres – hvad mon den så lever af?"

Mattraditioner är seglivade och de präglas tidigt. Det är därför viktigt att påverka barn i rätt matriktning i unga år. Ett sätt är att använda Sapere-metoden, som har franskt ursprung och infördes till Grythyttan i Sverige samt användes i modifierad form av Gastronomum i Hässleholm, där Ingall Hall, ledamot av Skåneländska Gastronomiska Akademien, står för en engagerad insats. Sapere-metodens syfte är att skapa nyfikenhet, att smaka så mycket som möjligt och sätta ord till det. Att skapa ett smakspråk.

Det hävdas att skräpmat gör barn fetare och aggressivare och försämrar inlärningsförmågan. Den brittiske TV-kocken Jamie Oliver har lyckats förmå regeringen att öka anslagen till skolmåltider för att förbättra kvaliteten. I Frankrike lär dietister barn från 3 års ålder vad och hur mycket de bör äta. Antalet feta barn i Frankrike har dubblats, från 6 procent till 12 procent under senaste årtiondet. Men, i den franska staden Laventie och närbelägna Fleurbaix, som också deltar i programmet, är siffran enbart 1 procent. ■

RATATOUILLE

Låt oss stanna kvar i Frankrike och göra en vardagsratatouille:

Skär ner en stor gul lök grovt i en gryta med olivolja – hjärtvänligt enkelomättat fett, men kaloririkt, alltså inte för mycket. Rör om, får inte brynas. Därefter en röd paprika i ej för smala strimlor. Sedan en stor aubergine, som inte skalats, i fingertjocka strimlor och sedan i tärningar. Eventuellt lite mer olivolja och efter ett tag en squash i skivor. Rör om och låt det hela safta sig innan en burk skalade tomater hälls på och grönsaksröran kryddas med salt och peppar, några vitlöksklyftor, lite timjan, basilika eller andra kryddor. Låt röran puttra på svag värme så länge man vill, beroende på hur "rörig" man gillar rätten. Vid serveringen kan man garnera med persilja.

Denna ratatouille kan ätas varm, ljummen eller kall, ensam eller till kött, kan utgöra picknick-mat och vara något som man gör i rejäl mängd och har i kylskåpet eller frysen och plockar fram när man känner sig sugen.

Bon appétit!

"Der står at den ikke må fodres – hvad mon den så lever af"