



Svensk CARDIOLOGI

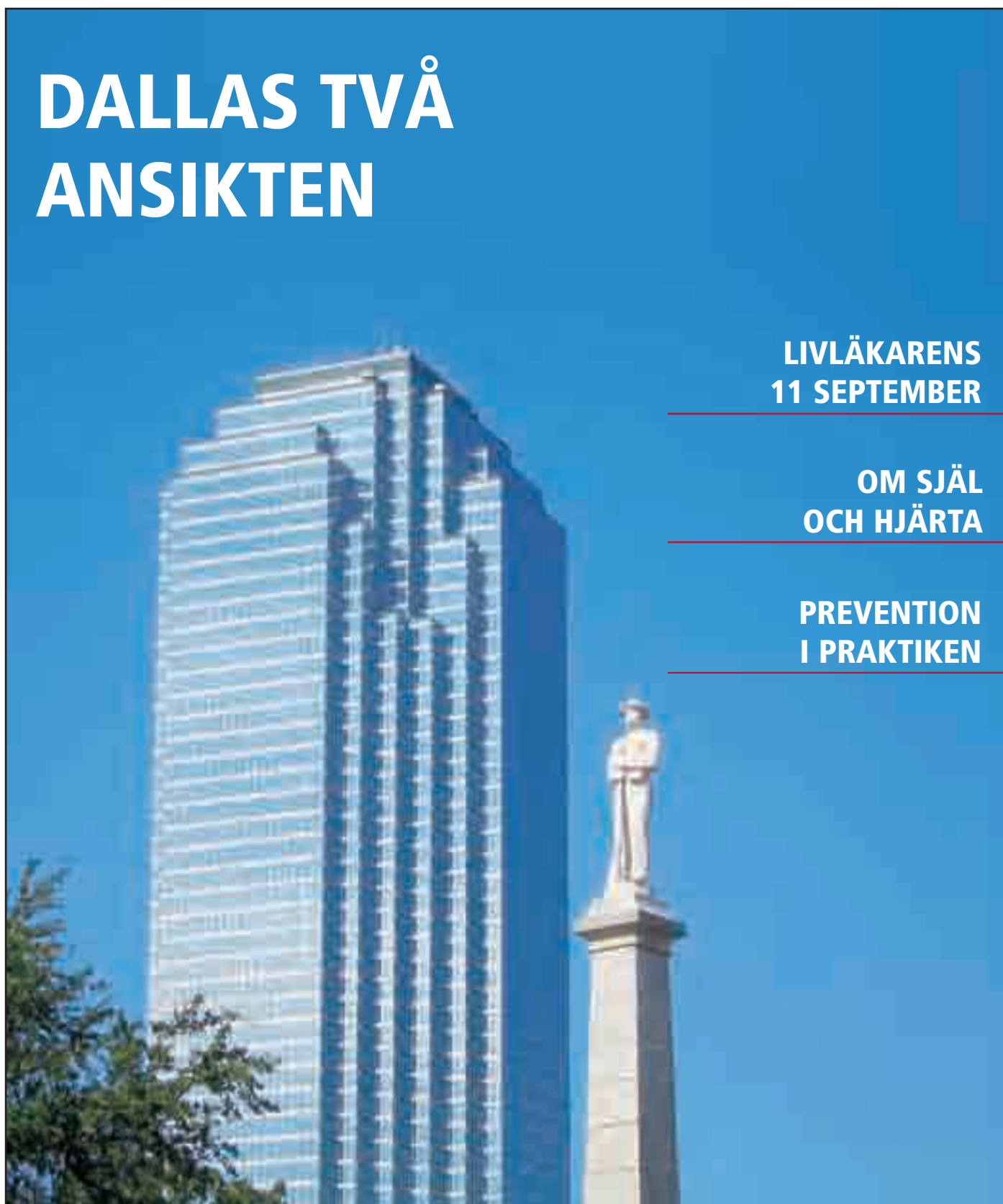
nr 4 | 2005

DALLAS TVÅ ANSIKTEN

LIVLÄKARENS
11 SEPTEMBER

OM SJÄL
OCH HJÄRTA

PREVENTION
I PRAKTIKEN





**Inspra –
kostnadseffektiv
enligt LFN³**

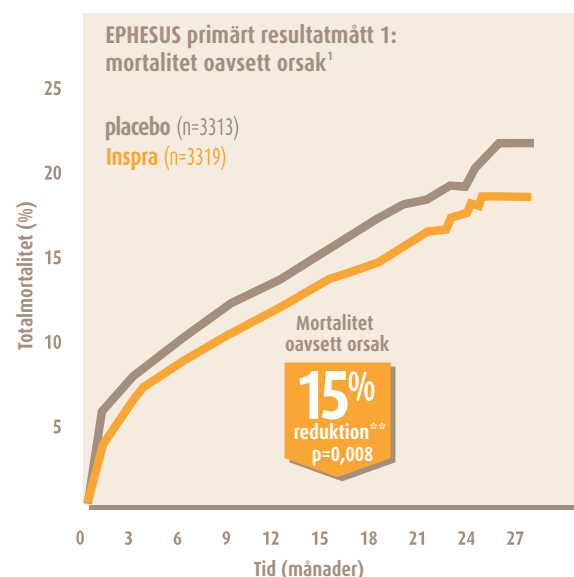
Nu går det
att göra mer.

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 Inspra™ (eplerenon), den första **selektiva aldosteronblockeraren**. EPHESUS-studien visade att Inspra givet som tillägg till standardbehandling **minskar mortaliteten** signifikant.¹

Nu går det att göra mer

Nu kan du lägga till Inspra



****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 Inspra (tablett 25mg/dag) eller placebo. Inom en månad höjdes dosen Inspra 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. Inspra SPC, februari 2005. 3. Inspra 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 Inspra-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. Inspra 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



Gammalt möter nytt
i Dallas.
Foto: Christer
Höglund

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 2006:

nr 1: vecka 15

nr 2: vecka 25

nr 3: vecka 41

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



11



18



26

4-9 Ledare

11 Riksstämman Sambandet mellan kropp och själ stod i fokus när läkarna möttes i Stockholm.

18 Livläkarens exil Hernán Ruiz flydde militärdiktaturens Chile.

22 Nytt avtal med industrin

23 SCARP laddar om

24 LUCAS Räddar liv vid hjärtstopp.

26 Metabola syndromet på allas läppar Hotlines från AHA:s Scientific Sessions i Dallas.

34 Avhandling Hur kan arbetet med att få in ny kunskap i det dagliga arbetet på klinikerna effektiviseras?

37 Förmaksflimmer på dagordningen Årets Berzeliussymposium tog upp en svårbehandlad och ofta försummad sjukdom.

40 Sviktpalten Cardiologföreningens arbetsgrupp för hjärtsvikt presenterar sig.

42 VIC Ordförande

43 VIC Reserapport En annan värld.

46 Krönika Mat åt alla.



Hur ska vi få en aktiv dialog?



Eva Swahn
Ordförande

God jul, nyår och trettondagshelg på er! Hösten har passerat, som vanligt i ett rasande tempo men ändå annorlunda än tidigare, då det har varit varmare och de fina höstfärgerna dröjt kvar längre än vanligt. Om detta är positivt eller inte får vi rådfråga våra klimatforskare om. Vi i Svenska Cardiologföreningens styrelse har jobbat vidare med frågor som specialistutredningen (där vi inte lyckats få kontakt med handläggarna på socialdepartementet, men fått ett tämligen stort gensvar på mailutskicket till våra medlemmar), arbetsgrupperna (där vi nu konstituerat en nya arytm-, svikt-, och ischemi-grupper) och även skapat en ny grupp som ska jobba med hälsoekonomi och etik.

En projektgrupp har också skapats som börjat jobba med genderfrågor inom kardiologi med arbetsnamnet "Go Red – Women at Heart". Vad anbelangar gruppen som jobbar med könsfrågor har vi bestämt att på "Kvinnodagen" den 8 mars 2006 ha en nationell manifestation där vi uppmärksammar könsskillnaderna inom kardiologiska sjukdomar. Kulturhuset i Stockholm har hyrts, vi kommer att ha program för allmänheten på dagtid och föreläsningar för professionen på kvällstid, inte bara i Stockholm utan även i andra delar av vårt land. Samarbete har etablerats med 1.6 miljoners-klubben som jobbar med kvinnohälsöfrågor, Hjärt-Lungfonden och flera av våra största kardiovaskulära företag.

Vidare kommer det VIII Kardiovaskulära vårmötet i Linköping 26-28 april att även i år till viss del ha temat

Kvinnohjärtan. Denna gång dock med ESC:s logga, det rosa-röda hjärtat.

Vi har funderat mycket inom styrelsen på hur vi på bästa sätt ska nå våra medlemmar för en aktiv dialog. Vi fick ställa in Ämneskonferensen på grund av för dålig anslutning trots ett, som vi tycker, angeläget ämne som kardiologutbildningen. Vi fick också ställa in specialist-examinationen på grund av för få anmällda. Vi tycker också att alltför få besöker vår egen hemsida.

Bästa medlemmar! Hjälp oss med idéer om hur vi ska nå er alla och få till en dialog!! Får vi inte till denna dialog kan vi inte heller föra svensk kardiologi framåt.

Kära kardiologvänner! Besök din egen hemsida www.svenskacardiologforeningen.org och hör av dig till oss. Vi vill höra vad just Du tycker om hur kardiologin i Sverige ska utvecklas och framförallt vill vi höra vad just Du tycker om att behålla kardiologi som basspecialitet för en god vård av hjärt-kärlsjuka. Jag vill till sist påminna er om vad jag förmedlade till världsdelegaterna vid ESC-kongressen i Stockholm i september. Här får ni mitt invigningstal en gång till och tyck sedan till!!

Hör av er!!



Foto: STOCKHOLM VISITORS BOARD/RICHARD RYAN

WELCOME ADDRESS BY EVA SWAHN. PRESIDENT OF THE SWEDISH SOCIETY OF CARDIOLOGY. SATURDAY 3 SEPTEMBER 2005.

Distinguished guests, ladies and gentlemen, colleagues from all over the world! On behalf of the Swedish Society of Cardiology it is with great pleasure I have the honour to welcome you all to this ESC congress in Stockholm, Sweden, the country of:

- echocardiography starting with professor Inge Edler as a pioneer in this field in 1953, now every cardiologists best friend and what we cannot miss.
- pacemaker where professor Åke Senning, a Swedish thoracic surgeon, implanted the first pacemaker in the world 1959 with Rune Elmqvist constructing it.
- betablockade treatment of CHF with professors Hjalmarson, Waagstein and Swedberg from Gothenburg as pioneers during the 70ies, an idea not immediately adopted by the rest of the world.
- national quality registers with the most famous one, RIKSHIA started and driven by professor Lars Wallentin, since 1995. A unique possibility in a country where every individual has 4 extra digits in the civic registration number and where it is possible to crossanalyze against other registries like the death registry, PCI and CABG registries etc.
- prioritizing vertically (decision by the profession) and horizontally (decision by politicians) when the health care resources are not enough to fulfil everybody's wish. The programme was planned in 1999, and was used for the first time in real life in 2004 to exclude certain diagnoses and treatments from health care provided by public health care.
- agreement on forms of cooperation between pharmaceutical companies and medical professionals in the public health care sector. Regulating the ethics

and meeting areas between health care providers and the industry representatives.

To our surprise Sweden is also the country where cardiology as a speciality is questioned and on the way to be subordinated as a branch of internal medicine. This is a change that we from the Swedish Society of Cardiology will fight vigorously and hope that this idea will be forgotten as an ignorant idea by someone that does not understand the cardiovascular challenges we look forward to handle in the future.

Since we are all working in the field of cardiovascular diseases, we are well aware of the importance of a healthy life-style. We therefore need to emphasize this fact in particular in contact with press and public during and after this meeting. To continue with the progress made in cardiology during the last decades it is important not only to treat our patients with drugs and catheters but also to initiate changes in lifestyle. In the light of these facts it is of utmost importance to strengthen cardiology as a speciality in Sweden as well as other countries

We are gathered here in Stockholm during four days to exchange and discuss news on the scientific arena, meet new and old research partners, socialize with each and everybody and have fruitful discussions for a couple of days.

For me personally it is great to stand here as the second female president since the start of our cardiac society 58 years ago and welcome you to a congress with women's hearts as the special theme.

Once again, Welcome to Stockholm and the ESC Congress and enjoy Stockholm at its best!



En speciell tid



Christer Höglund
Redaktör

Julen är speciell, en tid som speglas av olika uppfattningar. När jag tittar ut faller några snöflingor. I övrigt är det mörkt. I fjärran hör jag ljudet av Bing Crosbys White Christmas. Själv blir jag så där härligt och positivt melankolisk. Ingen annan är vaken. Jag sitter och skriver till er samtidigt som min iPod jobbar sig igenom min favoritmusik. Det är just nu jag kan blicka tillbaka på året som gått. Vad har jag lärt mig, vad har andra lärt sig? Förlåt, Dean Martin, jag måste koncentrera mig på kardiologin nu. Vad är det som händer – varför ska man ta bort kardiologin som specialitet när den varit så framgångsrik? Kanske därför. I Landet Lagom får inget vara bättre än något annat. Alla ska ha det lika bra eller lika dåligt, är det verkligen så våra patienter vill att det ska vara? Jag tror inte det, jag har den bestämdaste uppfattning att våra patienter vill ha den bästa vården. Låt dem som i slutändan bestämmer kasta bort sin karriärstege och tänk på våra hjärtpatienters bästa.

Gör som min bästa lärofader i kardiologi – Hernán Ruiz – stå upp för kardiologin och bevara den höga kunskap som den ger. Om Hernán Ruiz kan ni läsa i detta nummer. Tack Hernán, för att jag har lärt mig att skilja på 3:e ton och inget annat. Dina tre fingrar glömmar jag aldrig under ronderna. Hernán Ruiz liv är på några få sidor nedtecknat – ett liv fullt med spänning, fruktan och lycka. Läs själva.

Dallas är en stad känd från TV. Den var också säte för årets AHA-möte. Självklart var jag där, och rapporterar, speciellt från Hotlines. Alltid lika spännande!

ESC hade ju förlagt årets möte till Stockholm. Under mötet framkom ett önskemål att varje nationell kardiologisk tidning ska ha en liten hörna från ESC samt att vissa

artiklar ska översättas till engelska. Så kommer vi också göra från år 2006. Det finns också starka önskemål att samtliga guidelines som finns på ESC:s hemsida ska översättas till respektive modersmål.

Riksstämman har ändrat sin karaktär något, speciellt för kardiologin. Flera symposier och färre fria föredrag. Vårmötet har ju blivit vårt nationella möte i kardiologi, men det betyder inte att årets Riksstämma var sämre. Läs och mingla.

En del disputerade under året och en av de senaste var Martin Stagmo, vars avhandling presenteras i detta nummer.

När ni får detta nummer är det inte många dagar kvar på året. Vad hände? Jo en hel del. Små pusselbitar läggs på plats hela tiden. Alla subgrena förbättras: se på PCI. Inom de närmaste åren kommer bypass-operation att vara ett minne blott. Se på statinbehandlingen, hjärtinfarkt-frekvensen minskar. Kan vi säga likadant om de överviktiga och fetas framtid? Sannolikt, det tar bara lite längre tid, men sanna mina ord.

Nu tänker jag önska alla medlemmar i Cardioloföreningen Ett Gott Nytt År och förresten alla andra också. Glöm inte olivoljan – visst har den blivit god? Glöm inte ACC i mars och Vårmötet i Linköping.

Enjoy life!



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

Du ser behovet av en välbehandlad **hjärtsvikt**.

Margit ser redan fram emot nästa års hemliga resa.



Atacand® är en AT₁-receptorblockerare med indikationerna: Essentiell hypertoni. Behandling av patienter med hjärtsvikt och nedsatt systolisk vänsterkammarfunktion (EF ≤40%) som tilläggsbehandling till ACE-hämmare eller då ACE-hämmare ej tolereras. Atacand® finns som tabletter i styrkorna 4 mg, 8 mg, 16 mg och 32 mg. Behövs ytterligare blodtryckssänkning finns Atacand® Plus, en fast kombination av Atacand® 16 mg och ett diuretikum, hydroklortiazid 12,5 mg. För komplett information se www.fass.se.

Atacand®
candesartan cilexetil

Atacand förbättrar utsikterna för dina hjärtsviktspatienter. Med eller utan ACE-hämmare¹.

Atacand har utöver hypertoni nu även indikationen hjärtsvikt. Det omfattande prövningsprogrammet CHARM visar att Atacand minskar mortalitet och morbiditet vid kronisk hjärtsvikt. **Detta som tillägg till konventionell behandling med eller utan ACE-hämmare².**

Idag är Atacand **den enda AT₁-receptorblockeraren** som kombinerar effektiv blodtryckssänkning under hela dygnet^{1, 3} med bevisat skydd mot kardiovaskulär död eller återinläggning på sjukhus till följd av hjärtsvikt².

Framtidsutsikterna ser lovande ut.

AT1027720503 Candesartan cilexetil is manufactured under the license from Takeda Pharmaceutical Company, Ltd.

1. www.fass.se. 2. Young JB, et al. Circulation 2004;110:2618-26. 3. Lacourcière Y, et al. Am J Hypertens 1999;12(12):1181-7.

Explicit

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

En upplevelserik vecka!

Arets Läkarstämma i Stockholm har just avslutats och några officiella rapporter om antal besökande, nöjda utställare etc har ännu inte nått mig. Mötet kändes mindre än vanligt men aktiviteterna hade också koncentrerats både i utrymme och kring vissa utvalda ämnen, däribland kardiologi, dit vägen visades av en röd matta, så nog kunde vi känna oss utvalda. Vårt program hade lagts med avsikten att täcka framförallt bredd och förhoppningsvis lyckades vi med detta då de flesta symposier var välbesökta. Ett av det mest besökta var "Risk för plötslig hjärtdöd hos unga", där till slut endast stäplatser kunde erbjudas. Kunskap kring plötslig hjärtdöd hos både yngre och äldre och problem vid screening av unga genomlystes på ett gediget sätt av föredragshållarna, till exempel svårigheterna vid EKG-tolkning när ska man göra första EKO och hur man ställer rätt frågor för att finna de med ökad risk. Symposiet "Sjuk av sjuk-skrivning" lärde oss bland annat att läkare behöver kunskap om regler för sjukskrivning, om vad som är rimlig sjukskrivningslängd efter hjärthändelse och att läkaren inte är "sista utposten" för patienten som inte kan arbeta. Det finns andra regelverk och skyddnät som ska ta hand om dessa patienter. Gammal kunskap återupplivades; det viktigaste incitamentet för återgång i arbete är viljan att arbeta.

Årets högtidsföreläsning till Gustav Nylins minns hölls av Professor Bertil Olsson från Lund som tog oss med på en odysse genom svensk elektrokardiologi och det var mycket roligt att få ta del av denna resa och ett helt yrkes-

livs erfarenheter. Ett stort och varmt tack från Svenska Cardioloföreningen till alla våra föreläsare och moderatorer för ert bidrag till Riksstämman 2005.

Så till en helt annan resa...

Efter Riksstämman tog mig ett tvåmotorigt propellerplan till Mora för vidare transport med bil i vintermörket till Sälen och Lindvallen. Patientföreningen Viking hade inbjudit barn och ungdomar som genomgått hjärt- eller lungtransplantation till några dagar med skidåkning och upplevelser i fjällen. Tack vare välvilligt stöd och stort arbete från både privatpersoner och företag kunde ett fantastiskt program erbjudas med scooteråkning, skidlektioner och egen åkning och, inte minst till föräldrars och de äldre medföljandes glädje, träff med Ingemar Stenmark i toppstugan med våfflor och choklad. En av de yngsta deltagarna, med rötter i ett land där slalom inte torde förekomma, frågade frimodigt vår nationalhjärte: "Kan Du åka skidor?".

Kära alla ni vardagshjältar, små som stora, vilken viktig kunskap ni förmedlar om hur man mot alla odds lever vidare och i många fall mycket bra och vilken glädje det är att klara den tuffaste backen när man aldrig åkt skidor tidigare!

Jag önskar er alla en god vinter med mycket snö under skidorna.



Inger Hagerman
Vetenskaplig
sekreterare

Kära medlemmar i Svenska Cardioloföreningen,

Vi i styrelsen tror att kommunikationen mellan oss och medlemmarna skulle kunna förbättras. Vi håller på att omorganisera arbetsgrupperna så att de ska kunna ha närmare, bättre och tydligare relationer till styrelsen. Dessutom har vi några frågor som vi gärna skulle vilja ha Era svar på:

1. Nåddes Du av inbjudan att delta vid årets Ämneskonferens?
2. Är det hos Er känt att Socialstyrelsens förslag som nu ligger för beslut hos regeringen kan innebära att kardiologi försvinner som basdisciplin och ersätts med att vara en grenspecialitet till internmedicin?
3. Nåddes Ni av informationen om att specialistexamen i kardiologi var planerad att ske i Lund i år?
4. Fungerar vår tidskrift *Svensk Cardiolofi* som det forum det är tänkt för information, annonsering av möten, examination osv?
5. Fungerar vår hemsida som det forum det är tänkt för information, annonsering av möten, examination osv?
6. Skulle kommunikation via mail vara en fördel, då ny information eller nyheter på hemsidan ska ges?

För styrelsen för Svenska Cardioloföreningen

CHRISTER HÖGLUND

Redaktören

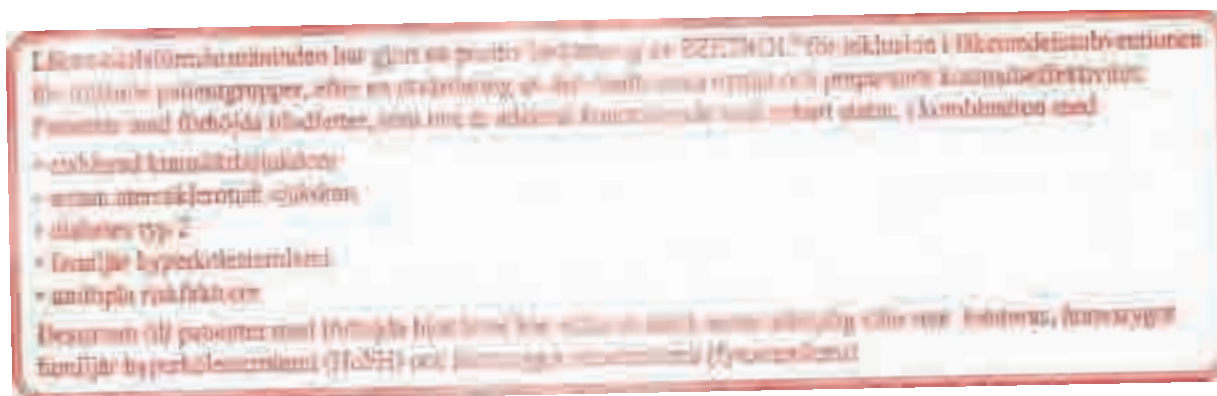
Svara på mail till LO Landin: lo.landin@ebc.se

NYHET inom kolesterolbehandling

KRAFTFULL KOLESTEROLSÄNKNING GENOM DUBBEL HÄMNING*



04-05-EZT-04-S-65-J



*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

Psykisk hälsa i rampljuset

I år har vi haft en hel del fina möten i kardiologi. Riksstämman brukar ofta avsluta året med ytterligare nyheter. Så även detta år. Emellertid syntes allför många tomma stolar i föreläsningssalarna, dock inte på alla sessioner, men ändå. På följande sidor ger vi glimtar från årets stämma.

Text och foto: Christer Höglund och Åsa Larsbo



Mårten Rosenqvist och Christina Fluor var moderatörer på symposiet "ICD-behandling i Sverige – en etablerad terapi?"

Totalt läggs runt 50 ICD per år i Sverige. Många tvekar sannolikt på basis av att inte tillräckliga indikationer föreligger, men också på grund av de kostnader som eventuellt kan uppkomma. Hälsoekonomen Levin från Linköping gjorde sitt yttersta för att beskriva den kortsiktiga, men också kanske den enda rätta, det vill säga den långsiktiga, kostnaden – man kan säga "grynkorv" på många sätt.

Lennart Bergfelt gjorde en mycket bra genomgång och summerade varför riktlinjer behövs:

- Ja, för att *Riktlinjerna* är "levande" dokument...
- Ja, för att viktiga resultat har framkommit och måste beaktas.
- Ja, för att vissa "sanningar" fortfarande

gäller, men ännu inte har implementerats!

- Ja, för att vi behöver och kommer att behöva en "rikslikare" för hjärtsjukvården.
- ...så när får *Riktlinjerna* en juridisk status?

"Det emotionella hjärtat – om stress, lipider och hjärtsjukdom" – var ett mycket uppskattat symposium med många åhörare. Ämnet tycks ligga rätt i tiden. Mai-Lis Hellenius från Karolinska; sektion Huddinge, var moderator och skämtade med de bägge föreläsarna Peter Wärborg och Anderas Brøijersen. En stor del av Peters föredrag utgick från InterHeart studien som presenterades förra året i München.

Denna studie har verkligen fått genomslagskraft. Det är ju uppenbart att utöver lipidstatus, rökning, hypertoni och bukfetma

har livstilsförändringar större betydelse än vad man tidigare trott. I slutskedet frågade därför Mai-Lis vad som var bäst för hjärtat och följande svar gavs:

- Andas frisk luft
- Ät rätt föda
- Drick rätt drycker
- Motionera
- Sov tillräckligt mycket

Punkter som kom från den antike grekiske läkaren Claudius Galenus "law of health".

Bertil Olsson från Lund var årets Nylin-föreläsare och gjorde det med en "resa" genom ämnet "Svensk elektrokardiologi". Föreläsningen var mycket uppskattad och *Svensk Cardiologi* vill gratulera till utnämningen.

Som ni ser presenterades en hel del nytt och trevligt. En fråga vi har ställt oss under flera år är varför inte fler kardiologer besöker sin specialitets möten. Kan det vara så att klinikkens pengar inte räcker till eller vad är orsaken? Skulle mötet för kardiologin enbart vara under en dag eftersom Värmötet finns? Ja, ibland undrar man när flera sessioner är så glest besökta.

Självklart är ju Riksstämman inte ett specialmöte för kardiologi enbart, som Värmötet, men det ger oss ändå en tankeställare. Till skillnad från andra specialiteter har Cardioloföreningen gått ifrån de så kallade fria föredragen under stämman och lagt dessa under Värmötet.



Mårten Rosenqvist.



Lennart Bergfelt.



Årets Nylinföreläsare Bertil Olsson.



Plötslig sportbarnsdöd

Varje år dör 19-28 personer i åldern 8 till 30 år av hjärtsjukdomar associerade med plötslig död. På senare tid har ett antal sådana fall uppmärksamats av medierna och röster har hörts för rutinmässig screening av alla idrottsaktiva barn och ungdomar för att hitta och förebygga dessa fall.

Text: Åsa Larsbo Foto: Jessica Bladh

Om många symposier under årets Riksstämman drog få hörare, var förhållandet det omvända för "Risk för plötslig hjärtdöd hos unga". Salen var full till sista plats och de som kom lite sent fick stå upp och lyssna när detta aktuella ämne diskuterades.

Globalt sett är ischemiskt hjärtsjukdom den största orsaken till kardiovaskulär död, men för barn och unga vuxna dominerar medfödda hjärtsjukdomar, primära arytmier samt myokarditer och commotio cordis. Vanligast är hypertrofisk kardiomyopati, som anses stå för 30-60 procent av dödsfallen hos unga idrottare, men även arytmogen högerkammarmyopati (ARVC), långt QT-syndrom och Brugada's syndrom förekommer som orsaker till plötslig hjärtdöd.

Carina Blomström-Lundqvist från Akademiska sjukhuset i Uppsala var en av moderatorerna för symposiet och presenterade även en översikt över plötslig hjärtdöd hos vuxna. Hypertrofisk kardiomyopati har en prevalens på 1:500 och i denna grupp är plötsligt dödsfall vid idrottande den vanligaste orsaken till plötslig hjärtdöd. Blomström-Lundqvist menade därför att det är av värde att riskstratifiera i detta fall då en relativt stor del av populationen (45%) har två eller flera riskfaktorer för plötslig död. Dessa riskfaktorer är, enligt en studie av McKenna: tidigare hjärtstopp, non-sustained VT vid Holter eller ansträngning, abnormt blodtryckssvar på ansträngning, en familjehistoria av för tidig plötslig död samt allvarlig vänsterkammarmyopati ≥ 3 cm.

Prevalensen för arytmogen högerkammarmyopati ligger mellan 1:1000-1:10 000 och detta är, enligt Blomström-Lundqvist en svår diagnos att ställa. Hon hänvisade till en studie av Norman publicerad i *Circulation* i augusti 2005 där patienterna bland annat uppvisade inferior och/eller lateral T-vågsinversion vid EKG, LV-dilatation, ventrikulär arytm och late potentials on signal-averaged EKG.

Vad gäller prevention av de ovan nämnda sjukdomarna finns inga randomiserade studier om detta, men ICD är en möjlig behandling för både hypertrofisk kardiomyopati och ARVC. Långt QT-syndrom kan behandlas med betablockad. För LQTS varierar också prognosen beroende på genotyp.

Dödlighet bland barn

Även bland barn mellan 8 och 16 år är hypertrofisk kardiomyopati den vanligaste (38 procent) orsaken till plötslig hjärtdöd, men även långt QT-syndrom, ARVD och aortadilatation och -dissektion vid Marfan's syndrom förekommer. Tre och en halv procent av barn med hypertrofisk kardiomyopati är symptomfria, berättade Ingegerd Östman-Smith från Göteborg, som delade moderatorskapet med Carina Blomström-Lundqvist. Därför bör en riktad screening till barn med åtminstone en förälder som har sjukdomen genomföras och eftersom en risktopp för plötslig hjärtdöd finns mellan 10 och 15 år bör barnen undersökas i 5-6-årsåldern.

Östman-Smith refererade till en egen studie publicerad i *Cardiology in the Young* visade att en summa av R- och S-vågor över 10 millivolt samt septumtjocklek på över 190% var oberoende riskfaktorer för att ett barn med hypertrofisk kardiomyopati ska avlida plötsligt. För att hitta dessa barn krävs en detaljerad familjeanamnes, EKG, ekkardiografi och ultraljud.

Även långt QT-syndrom kan hittas med screening av barn med malign familjeanamnes. ARVD och Brugada's syndrom är, enligt Östman-Smith, sällsynta i barnåren.

– 87 procent av de barn som dör i plötslig hjärtdöd har en sjukdom som kan hittas och behandlas, sade hon. Med utredning av släktingar till redan kända fall kan vi göra mycket.

Internationell rekommendation

Den internationella rekommendationen är att unga tävlingsidrottare ska genomgå hjärtundersökning. Med undersökningar som noggrann sjukdomshistoria med symptom och ärftlighet, blodtryckstagnation och EKG anses de idrottsrelaterade dödsfallen i Europa kunna minskas med 50-70 procent. I Italien är kardiell screening av elitidrottare lagstadgad sedan början på 1970-talet och studier

därför har visat att screening gett resultat i form av märkbart färre idrottare som avlider i plötslig hjärtdöd.

I Sverige rekommenderar Riksidrottsförbundet en satsning på information och utbildning om riskfaktorer kring plötsliga dödsfall i samband med idrott samt att elitidrottare, inklusive ungdomar på idrotts-gymnasium, bör genomgå regelbundna hjärtkontroller. Utöver det tar idrottsrörelsen inte ansvar för att undersöka barn och ungdomar, utan riskpersonerna bör i stället fångas upp i skolhälsovården.

Lars Gelander, ordförande i Svenska Skolläkarförbundet reflekterade över vad skolläkaren kan göra för att hitta dessa barn, bland annat genom utredning av symptom – exempelvis svimning, yrsel eller bröstsmärta vid ansträngning – och ärftlighet samt fysisk undersökning och EKG.

Hur skiljer man då ett normalt så kallat idrottshjärta från ett sjukt hjärta? Eva Nylander från Universitetssjukhuset i Linköping delade med sig av sin kunskap i ämnet. Fysisk träning innebär att hjärtat anpassar sig till den ökade påfrestning som träningen kräver. Uthållighetsgrenar kräver en stor ökning av hjärtminutvolymen och

hjärtat anpassar sig till detta med en ökning av kamrarnas inre dimensioner och något tjockare väggar. Dock kan inte en stor ökning av vägg tjockleken förklaras med uthållighetsträning. Som yttersta gräns för normalitet hos uthållighetsidrottande använder man ofta 13 millimeters vägg tjocklek och 62-63 millimeters vänsterkamardiameter.

För att man korrekt ska kunna bedöma de fynd som görs med EKG eller ekokardiografi måste man ha kunskap om patientens trä-

ningshistoria. Dessutom kan kompletterande information som fysikalisk status, kroppsbyggnad, kön och hereditet behöva vägas in.

Slutligen får man inte glömma bort att plötslig hjärtrelaterad död bland barn och unga är ovanligt. Yttre orsaker, det vill säga olyckor, är den absolut största dödsorsaken i denna åldersgrupp, följt av självmord. Det är också viktigt att komma ihåg att det inte är farligt för en frisk person att idrotta, snarare tvärtom! ■

FÖLJANDE BREV KOM TILL SVENSK CARDIOLOGI:

Jag vill tacka professor Elisabeth Ståhle och överläkare Bertil Lindahl på Thoraxkliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala för operation och vård under min vistelse på sjukhuset. All personal var underbar! Jag saknar ord för att uttrycka min tacksamhet.

Janusz Wolniewicz

Global Leadership in Medical Technology

St. Jude Medical Sweden AB
Tel: 08-474 40 00 • Fax: 08-760 38 55
infosweden@sjm.com • www.sjm.se



ST. JUDE MEDICAL



SJUK AV SJUKSKRIVNING?

Sjukfrånvaron kostar varje år samhället runt 100-120 miljarder, lika mycket som hälso- och sjukvården. Trots det finns ytterst lite forskning om vilka konsekvenser sjukskrivningen får för individen. Om sjukskrivningen gör den sjuke frisk snabbare eller om det rent av är tvärtom.

Text: Åsa Larsbo

Frågan om sjukskrivning och rehabilitering diskuteras alltmer i takt med de dramatiskt ökande sjuktalen. Även om det i mångt och mycket är psykiska diagnoser samt olika typer av värk som står för den stora ökningen, visar undersökningar att även längden på sjukskrivningen efter till exempel en hjärtinfarkt varierar rejält i landet.

– Kardiologer är bra på att diagnosticera sjukdom och funktionsnedsättning, sa Kristina Alexandersson, professor i socialförsäkring på KI under ett symposium i ämnet lett av Gundars Rasmanis och Nina Rehnquist. Det svåra är att bedöma om funktionsnedsättningen leder till arbetsoförmåga och patienten därför ska sjukskrivas. Detta är inte enklare att ta ställning till efter en hjärtinfarkt än vid ryggont.

hos läkare och patienter, sade Alexandersson.

Vad vi däremot vet är att längden på sjukskrivningen för samma åkomma varierar beroende på var i landet den sjuke bor. Alexandersson refererade till en studie från Socialstyrelsen (Haglund) som visar att de flesta hjärtinfarktpatienter är sjukskrivna längre än de rekommenderade 1-3 månaderna. Över hälften av männen i studien, som genomfördes 2003, var sjukskrivna i över 5 månader och över hälften av kvinnorna i över 9 månader. Dessutom visade det sig att hjärtinfarktpatienter i Norrlandslänen är sjukskrivna i genomsnitt 85 dagar längre än i Malmö, som har kortast sjukskrivningstider. Skillnaderna kan bero på många faktorer, men intressant är att notera att de inte kan förklaras av sjukdomens svårighetsgrad.

att det fanns en gemensam linje för hantering av sjukskrivning.

– Slutsatsen är att det finns stort utrymme för förbättringsåtgärder, avslutade Alexandersson.

Socialstyrelsen har sedan 2003 drivit ett projekt för att förbättra sjukskrivningsprocessen. Med utgångspunkt i att sjukskrivningsprocessen är en del av vården och också borde kvalitets-säkras granskades under det första året primärvården och under år två företagshälsovård och privatpraktiserande läkare.

Projektgruppen har tagit fram ett antal kvalitetsindikatorer, både för vårdorganisationen och det enskilda patientfallet som har använts i granskningsarbetet. Bland annat granskas om det finns riktlinjer och rutiner för sjukskrivning, kompetens i försäkringsmedicin, kontinuitet i läkarkontakten och uppföljning av långtidssjukskrivna patienter.

Socialstyrelsen granskar också hur samarbetet med andra professioner, sjukhuskliniker och externa aktörer som försäkringskassan, arbetsgivaren, arbetsförmedlingen och socialtjänsten är strukturerat. I pipeline för kommande år ligger en granskning av processen för patienter med psykiatriska diagnoser.

Efter hjärtinfarkt

Joep Perk, kardiolog vid sjukhuset i Oskarshamn har även han deltagit i arbetet med SBU:s rapport. Han inledde sitt föredrag med att nämna att patienter i Sverige generellt är sjukskrivna länge efter hjärtinfarkt. Dock ska man inte glömma bort att merparten av patienterna som fått hjärtinfarkt eller genomgått CABG eller PCI (49-85% respektive 46-96% i de studier som SBU gått igenom) ändå går tillbaka till arbetet under det första året.

Under de senaste trettio åren har betydande landvinningar inom läkemedel, interventioner och livsstil gjorts. Färre patienter avlider i hjärtsjukdom och de som gör det är äldre. Trots det har inte längden på sjukskrivningen efter hjärtinfarkt eller ingrepp som kranskärlskirurgi och PCI minskat märkbart. Orsakerna till att människor går sjukskrivna länge, eller inte kommer tillbaka till arbetet alls står snarare att finna i patientens psykosociala miljö, än i själva sjukdomen. Hinder kan vara stress, van-



Alexandersson har varit ordförande för den rapport som SBU nyligen publicerat om just sjukskrivningspraxis, orsaker och konsekvenser. Rapporten är en systematisk litteraturoversikt över den forskning som finns på området och ger vid handen att den befintliga forskningen till allra största delen handlar om orsaker till sjukskrivning, till en mindre del om sjukskrivningspraxis och nästan inte alls om sjukskrivningens konsekvenser för individen.

– Det är den kunskapen som behövs, både

För att bland annat utreda vad dessa skillnader i praxis beror på genomförde Alexandersson i samarbete med Försäkringskassan och landstingen i Stockholm och Östergötland en enkätundersökning bland 7 600 läkare. Problem som framkommit i undersökningen var, bland andra, en brist på stöd och vägledning, brist på kunskap om hantering av psykosociala problem och bristande samordning. Intressant är att notera att det i gruppen som arbetar med invärtesmedicin endast var 5 procent som angav

trivsel på arbetet, ekonomiska motiv och bristande kommunikation mellan vården och arbetslivet.

Därför är det, enligt Perk, mycket viktigt att det finns ett samarbete mellan instanserna runt patienten – läkare, dietist, sjukgymnast, försäkringskassa och arbetsgivare. Patienten ska så snart som möjligt efter utskrivningen från sjukhuset besöka arbetsplatsen för att inte förlora kontakten med arbete och arbetskamrater. Även arbetsträning under sjukskrivningen och deltidarbete är bra för att förhindra den sociala isolering som annars ofta är följden av en sjukskrivning. Men allra viktigast är patientens egen motivation att gå tillbaka till arbetet.

– Svarar patienten nej på frågan om han vill gå tillbaka till arbetet kan man nästan ge upp, sade Perk.

Nytt register

Ytterligare svar på hur sjukskrivning påverkar hjärtpatienter kommer man att kunna få med hjälp av SEPHIA, (Sekundärprevention efter HIA-vård), vars arbete presenterades av Bertil Lindahl.

Registret kom igång i januari 2005 och i september deltog 40 sjukhus, lite fler än hälften av de sjukhus som arbetar med patienter med akut hjärtinfarkt. I SEPHIA registreras hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D; hjärtsymptom, sysselsättning, händelser/åtgärder efter utskrivning, riskfaktorer, deltagande i sekundärpreventiva insatser, medicinering, upplevelse av vården vid den akuta hjärtinfarkten, vårdkontakter efter utskrivningen, samt mätningar av blodtryck, blodlipider, p-glukos, HbA1c och hjärtrytm på EKG.

Så här tidigt i arbetet med registret kan inga generella slutsatser dras, men Lindahl presenterade ändå några tidiga fynd gällande just sjukskrivning. Det har bland annat visat sig att en hög andel av patienterna i registret fortfarande är sjukskrivna 6-10 veckor efter infarkten trots att de är kardiellt besvärsfria. Ingen skillnad mellan könen, mellan NSTEMI eller STEMI eller om patienten genomgått koronarintervention eller inte föreligger. De heltidssjukskrivna rapporterar också betydligt sämre livskvalitet än de icke-sjukskrivna, men om det är orsaken till, eller orsakat av, sjukskrivningen går inte att utläsa i materialet.

Trots att frågan i symposiets titel – Blir man sjuk av sjukskrivning? – som moderator Nina Rehnquist kommenterade, egentligen inte besvarades, väcktes säkerligen många tankar hos publiken om hur man bäst arbetar med den här patientgruppen just vad gäller livskvalitet och psykosocial hälsa. ■



Sämre kognitiv förmåga och depressioner är vanligt förekommande bland patienter med kronisk hjärtsvikt. Båda dessa tillstånd medför risker för patienterna i form av sämre livskvalitet, ökad återinläggning på sjukhus och ökad mortalitet.

Text: Åsa Larsbo Foto: Louisa Wah Hansen

Kognitiv insufficiens definierat som en försämring av minne och koncentration förmåga är ett vanligt tillstånd hos äldre. Runt 17 procent av alla över 65 år tycker sig lida av det. Enligt Inger Ekman från Institutionen för omvårdnad vid Sahlgrenska sjukhuset är siffran dubbelt så hög bland patienter med kronisk hjärtsvikt.

– Det finns ett antal möjliga orsaker till detta, sade hon. Exempelvis nedsatt cerebral perfusion, stroke, kardiell embolism eller lågt blodtryck. Kanske pressar vi blodtrycket för lågt i behandlingen av hjärtsviktpatienterna?

För patienterna själva innebär framförallt den sämre minnes- och koncentration förmågan stora problem i vardagen. Dessutom ökar det riskerna för återinläggning på sjukhus, allmän sjuklighet och död. Många av patienterna tror att problemen de upplever beror på medicineringen, något som inte är belagt.

För att hjälpa de här patienterna bör man, enligt Ekman, testa patienternas kognitiva förmåga (t ex med Mini Mental State Examination – MMSE eller Hodkinsons Abb-

reviated Mental Test – AMT) och optimera behandlingen för att hjälpa dem.

Strukturerad uppföljning

Anna Strömberg, sjuksköterska och forskare från Linköping tog upp just hur uppföljningen av hjärtsviktpatienter kan se ut och berättade om sin egen forskning om så kallad strukturerad uppföljning. Den strukturerade uppföljningen sker på speciella hjärtsviktmottagningar, något som i dag finns på 80 procent av de svenska sjukhusen och även förordas i de europeiska riktlinjerna. Studier har visat att uppföljning av ett multidisciplinärt team på mottagning eller i hemmet minskar både dödligheten och behovet av sjukhusvård i den här patientgruppen.

– Just vad gäller kognitiv dysfunktion och även depressioner finns ett behov av anpassad uppföljning med screening och behandling för dessa problem, psykosocialt stöd, anpassad information till patienten, sade hon. Det är också viktigt att patientens anhöriga är delaktiga. ➤



► Patienter med hjärtsvikt lider också oftare än normalbefolkningen av depression. Sigyn Zöger, konsultpsykiatriker vid Sahlgrenska sjukhuset berättade att depression är 4-5 gånger vanligare hos hjärtsviktpatienter. Depressionen är dessutom relaterad till högre återinläggning på sjukhus och ökad mortalitet vid hjärtsvikt.

Omvänt är risken för att utveckla hjärtsvikt dubbelt så stor hos kvinnor med depression än hos icke-deprimerade kvinnor. För män finns samma helhetsbild, men inte statistiskt signifikant.

Vad kan man då göra? Zöger gav sina förslag till kliniska rutiner i primärvård och kardiologi och tryckte på att screening för depression är nödvändig eftersom diagnosen annars lätt missas. Sedan bör patienten behandlas för depressionen, både med SSRI-läkemedel som Sertalin och Citalopram och utbildning i "basal depressionskunskap" av både patienter och anhöriga.

– Det är hittills okänt om antidepressiv behandling minskar mortaliteten hos hjärtsviktpatienter, men det borde rimligen ge patienten avsevärt bättre funktionsförmåga, motivation, problemlösningsförmåga, livskvalitet och kanske också flera cardiac-event-free survival years, avslutade hon.

Livskvalitet

Just hjärtsviktpatienters livskvalitet är ett ämne som Jan Mårtensson, disputerad sjuksköterska från Jönköping, har studerat. Han har i sin forskning funnit att den hälso-relaterade livskvaliteten hos hjärtsviktpatienter är signifikant sämre än hos normalpopulationen eller andra sjukdomsgrupper. Det som i första hand påverkar patienternas livskvalitet är hur de klarar av det dagliga livet. Framförallt för män är det den fysiska funktionsnedsättningen till följd av sjukdomen som gör att de anser sig ha sämre livskvalitet.

Enligt Mårtensson finns det klara samband mellan NYHA-klass, 6-minuters gångtest och livskvalitet medan samband mellan ejektionsfraktion, maximal syreupptagningsförmåga och livskvalitet saknas.

– Patienternas livskvalitet verkar påverkas betydligt mer av deras möjligheter att klara sitt dagliga liv än av vilken maximal fysisk kapacitet de har, sade han.

Depression och kognitiv dysfunktion sänker patienternas livskvalitet ytterligare, samtidigt som de fysiska begränsningarna i sig kan leda till att patienten blir deprimerad.

Återigen var budskapet på symposiet att patienternas patienternas psykiska och fysiska hälsa samvarierar och att båda måste behandlas för att ge patienten ett bättre liv. ■

HUR MÅR SJÄLEN

Vid en hjärtinfarkt eller andra svåra hjärtsjukdomar koncentreras insatserna först och främst på att rädda patientens liv. Men vad händer sen? Hur mår egentligen själen efter att kroppen varit så nära döden?

Text: Åsa Larsbo

För fem år sedan togs psykoanalytikern Clarence Crafoord in på sjukhus med en akut hjärtinfarkt. Han har sedan dess skrivit en bok – Hjärtats Oro – om sina upplevelser som patient på hjärtintensiven och det var också i egenskap av patient han inledde symposiet "Själ och Hjärta, att leva med svår hjärtsjukdom".

För Crafoord kretsar hans upplevelse av hjärtinfarkten och den efterföljande vården kring två centrala begrepp – regression och information. Som patient på en intensivvårdsavdelning regredierar man snabbt till spädbarnsstadiet, menar han.

– När jag kom in på sjukhuset sade de att det bara var att kapitulera. Gör man det inträder regressionseffekten på 30 sekunder.

I ett sånt läge är det i det närmaste omöjligt att ta till sig någon form av information om det egna tillståndet eller behandlingen.

– Jag visste inte vad jag behandlades med, jag vet bara att de sa att jag skulle bli återställd, berättade Crafoord vidare.

Därför är det, menade han, inte lämpligt att mycket snart efter den akuta behandlingen fråga patienten om han kan tänka sig att delta i ett forskningsprogram.

– Det var det som hände mig. Jag fick ett digert forskningsprogram uppläst för mig som jag skulle samtycka till. Jag begrep ingenting.

Etiken i det läget är ett presumerat samtycke. Man kan inte räkna med att patienten förstår vad han samtycker till. Därför bör informationen vänta tills patienten är lite friskare och verkligen kan ta till sig och förstå den information som ges. Omsorg om informationen är, sa Crafoord, god omvårdnad och läkekonst. Välavvägd information vid rätt tillfälle bidrar till att påverka patientens livsstil, medverkar till noggrann medicinering, minskar komplikationerna av sjukdomen, skapar förutsättningar för uppföljning, en positiv inställning till forskning och stärker tilliten till vården.

Psykisk hälsa efter hjärtstopp

Johan Herlitz från Sahlgrenska sjukhuset höll, i sitt anförande om psykisk hälsa efter hjärt-

stopp, med om att det psykiska omhändertagandet av hjärtpatienterna tveklöst kan förbättras. Varje år räddas omkring 30 000 personer i Europa till livet efter ett hjärtstopp utanför sjukhuset.

Att överleva ett hjärtstopp gör att man påminns om livets skörhet och återanpassningen till ett normalt liv kan bli svår. En studie på 90 patienter i Amsterdam visade till exempel att tre månader efter hjärtstoppet led 17 procent av patienterna av kognitiv störning, 16 procent av depression och 26 procent var beroende av ADL. Andra exempel på ohälsa är social isolering och ångslan. En del patienter lider även av posttraumatiska stresssymptom.

I jämförelser med normalpopulationer ansåg sig patienterna som överlevt hjärtstopp ha sämre livskvalitet. Dock finns det saker att göra.

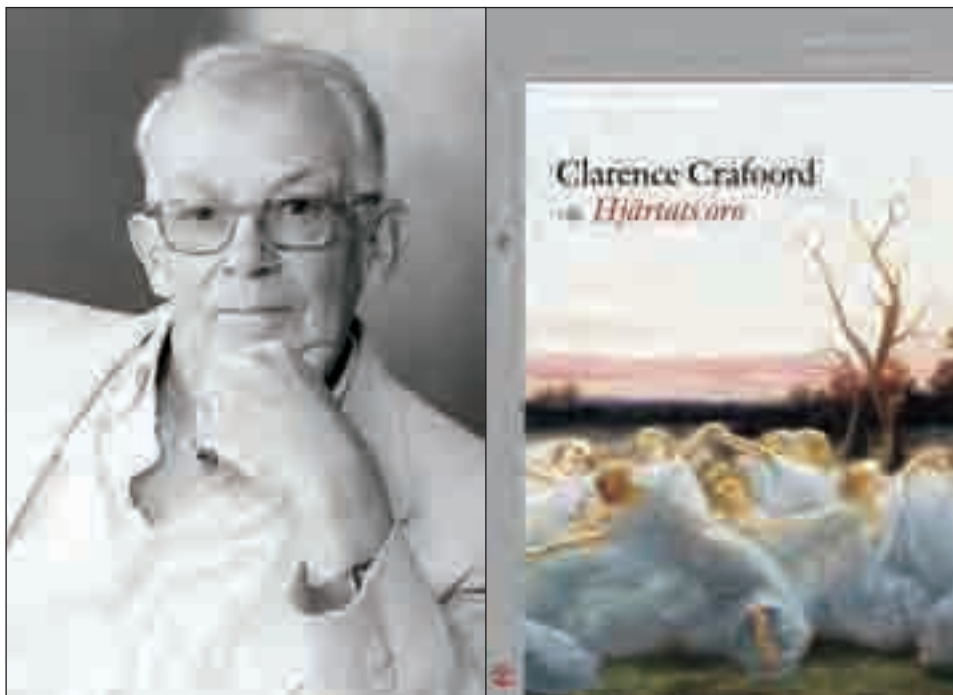
– En intressant studie av Cowan från 2001 på 129 patienter som överlevt ventrikelflimmer utanför sjukhus visar att man med ett intensifierat omhändertagande kan reducera problemen, sade Herlitz. Med fysiologisk avslappningsträning, kognitiv beteendebehandling och utbildning i kardiovaskulär hälsa reducerades kardiovaskulär död med 86 procent och total död med 62 procent i studiepopulationen.

Vuxna med medfödda hjärtfel

En annan växande grupp som lever med svår hjärtsjukdom är vuxna med medfödda hjärtfel, så kallade GUCH (Grown-ups with congenital heart disease). Framsteg inom diagnostik, barnkardiologi, thoraxkirurgi och kateterintervention har gjort att allt fler barn med medfödda hjärtfel växer upp och behöver specialiserad vård och omsorg. I Sverige finns i dag omkring 20 000 sådana patienter och detta är en specialitet i tillväxt, med regionala GUCH-centra, en arbetsgrupp inom Cardioloföreningen och ett register.

– Behovet av kompetens på området är stort, sade Margareta Olsson-Birgersson, numera medicinsk chef på Sanofi-Aventis och tidigare en av de drivande krafterna bakom uppbyggnaden av GUCH-verksamheten på Danderyds sjukhus. Bara för att patienten

NÄR KROPPEN ÄR SJUK?



Psykoanalytikern Clarence Crafoord har skrivit en bok om sina upplevelser som patient på hjärtintensiven.

åtgärdas i barndomen betyder det inte att de är botade. Dessa är livslånga sjukdomar som även i vuxen ålder kräver insatser från specialister inom vuxenkardiologi, thoraxkirurgi, gynekologi, hematologi, radiologi och fysiologi.

Övergången från att vara barn med medfött hjärtfel till vuxen är ofta heller inte helt smärtfri. Många av patienterna går alltför länge kvar hos sin barnkardiolog och sjukdomen diskuteras fortfarande mellan läkare och förälder, över huvudet på "barnet".

– För att må bra måste patienten vara delaktig i sin egen uppföljning och behandling, poängterade Birgersson-Olsson.

Personer med medfödda hjärtfel brottas också ofta med problem som "vanliga människor" inte behöver ta ställning till. Det kan handla om diskriminering på arbetsmarknaden eller bekymmer inför en egen familjebildning – är sjukdomen ärftlig, kommer jag att leva tillräckligt länge för att se mina barn växa upp, är sjukdomen farlig vid en eventuell graviditet?

– Detta är patienter mitt i livet med höga krav på livet, sa Birgersson-Olsson. De har rätt att bli vuxna och till kompetent vård och rådgivning.

Försämrade kognitiva funktioner

Jan van der Linden från Karolinska sjukhuset i Stockholm har gjort en genomgång av studier på vad som händer med patienternas kognitiva funktioner efter kranskärlsoperation med

hjärt-lungmaskin. Under arbetet fann han ett antal problem som gör resultaten svåra att jämföra: det finns skillnader i hur både kirurgi och anestesi utförts, ofta har endast de friskaste patienterna inkluderats, den kognitiva förmågan har mätts på ett antal olika sätt, testerna underestimerar ofta skillnader, har låg tillförlitlighet och saknar ofta kontrollgrupp och/eller test före intervention. Ibland skiljde sig sätten att analysera de kognitiva testerna åt före och efter interventionen. Även kriterierna för vad som är signifikanta avvikelser skiljde sig mellan studierna.

Van der Linden tog upp en studie som visar på en försämring av de kognitiva funktionerna tidigt efter CABG som sedan går över. Patienterna testades före ingreppet och sedan tre, sex och nio dagar efter. Den försämring som fanns dag tre hade försvunnit dag nio. En studie som testade patienterna före och efter tre månader kunde heller inte påvisa någon skillnad mellan CABG-gruppen och kontrollgruppen med AP. Dessa tidiga försämringer kan bero på mikroemboliser samt möjligen hypoperfusion och inflammation.

Vad gäller kognitiv försämring lång tid efter CABG finns tre uppmärksammade studier utan kontroller som visar på försämring. Newman visade i sin studie att vid utskrivningen låg 53 procent av patienterna under preoperativ nivå, efter sex månader låg 24 procent under och efter fem år 42 procent. Riskfaktorerna i denna studie

var hög ålder, låg utbildning, hög preoperativ nivå och kognitiv försämring vid utskrivning. Newmans resultat och verkade vid första anblicken oroväckande och hamnade bland annat på New York Times förstasida.

– Dock ska man komma ihåg att alla tre studierna är gjorda utan kontroller, påpekade van der Linden. Ingen studie har kunnat konstatera någon försämring i jämförelse med en kontrollgrupp. En studie på tvillingar visar till exempel att den CABG-opererade tvillingen har bättre resultat än sin icke-opererade bror eller syster.

Van der Lindens slutsats är således att den försämring man kunnat se på patienter efter fem år inte kan förklaras av ingreppet utan av andra underliggande sjukdomar.

Refraktär angina

Refraktär angina ses ofta som det sista stadiet av hjärtsjukdom, där inget finns kvar att göra.

– Trots det skattar patienter med refraktär angina sin livskvalitet högre än patienter med fibromyalgi, sa Andreas Rück från Huddinge sjukhus som studerat denna patientgrupp.

Dessutom visar hans egna data på 225 europeiska patienter på en låg mortalitet i gruppen.

– Efter tre år är drygt 90 procent i livet, det är inte så illa.

Och visst finns det saker att göra också för denna patientgrupp. Enligt Rück är exempelvis placeboeffekten stor. EUROINJECT-studien till exempel visar ingen skillnad mellan placebo och aktiv substans. Däremot visar den att alla som deltog i studien blev bättre. DIRECT och TCT visar liknande resultat.

Andra behandlingar som visat resultat på symptomen är fysisk träning och avslappnings-terapi. Även EECF (Enhanced External CounterPulsation), en noninvasiv teknik för att öka flödet av syrerikt blod till hjärtat och minska hjärtats arbetsbelastning, har visat fina resultat i studier utan kontrollgrupper.

Avlutningsvis menade Rück att man inte ska ge upp med en patient med refraktär angina. Det är möjligt att en ny PCI eller bypass kan göras efter ett antal år, eller att patienten kan bli bättre av andra behandlingar.

– Det är inte så att en patient som en gång är refraktär alltid kommer att vara det, sa han.

Tydligt från alla presentationer under symposiet är att hjärtsjukdom inte bara påverkar hjärtat utan i allra högsta grad också själen. För att patienterna ska må så bra som möjligt måste man i vården ta hänsyn till det trauma en hjärtsjukdom innebär och hjälpa patienten med det. ■



Foto: DANILO BARTULIN/PRESSENS BILD

Hernán Ruiz stod alldeles i närheten när den här bilden togs på president Salvador Allende, iklädd hjälm, inne i presidentpalatset La Moneda på förmiddagen den ödesdigra 11 september 1973. Det var bara någon timme innan byggnaden stormades och intogs av general Pinochets kommandosoldater.

Livläkarens 11 september ägde rum redan 1973

Hernán Ruiz Pulido, överläkare i många år vid Hjärtkliniken på Södersjukhuset i Stockholm, har nu dragit sig tillbaka. Han fördelar sin tid som deltidssarbetande pensionär mellan hemlandet Chile och andra hemlandet Sverige, dit han en gång tvingades fly med hela sin familj.

Text: Gabor Hont

Varje år när andra veckan i september närmar sig försöker han dra sig tillbaka till lantstället vid Chiles Stilla-havs-kust och hoppas att telefonen inte ska ringa. För om det ringer är risken stor att det är en journalist, och i så fall är risken stor att journalisten ställer frågor om en historia som Hernán Ruiz har berättat många gånger för: om händelserna den 11 september.

Det som åsyftas är inte dagen för terrorist-attacken mot World Trade Center i New

York år 2001. Hernán Ruiz 11 september inträffade 28 år tidigare i Chiles huvudstad Santiago och är dagen då landets militära styrkor genomförde sin statskupp och störtade den demokratiskt valde presidenten, Salvador Allende. Hernán Ruiz tillhörde presidentens stab av livläkare och befann sig själv i presidentpalatset La Moneda då belägring och bombardemang satte igång.

Den 11 september 1973 blev den längsta dagen i hans liv, en dag som han dessutom

tvingas återuppleva ibland när journalister ber honom att berätta vad som hände.

– Jag tycker det är svårt att tala om det, säger Hernán Ruiz. Jag har fått leva med det här i 32 år och varje gång minnet väcks till liv framkallar det mardrömmar efteråt. Hela kollektivet som var där i La Moneda och överlevde har ju redan berättat samma sak om och om igen, i artiklar, TV-program och böcker. Man tycker att det kunde räcka...

Senast han själv fick berätta den dramatiska

historien var i *Ordfront Magasin*, en svensk kulturtidskrift med hjärtat till vänster, som ville uppmärksamma trettioårsdagen av Allendes fall.

Hernán Ruiz berättade hur han plötsligt fick bråttom på morgonen den där dagen då kuppen skulle äga rum. En kamrat hade ringt hem till honom redan klockan sex och meddelat att alla livläkare omedelbart skulle ta sig till Moneda-palatset. Först trodde livläkaren att det var falskt alarm, liksom ett par gånger tidigare, men han kunde inte vara säker. Ett försök till statskupp hade misslyckats bara två månader tidigare och många i Chile kände på sig att någonting var på gång.

Hernán Ruiz insåg lägets allvar först när han fann presidentpalatset omringat av karabinjärer och när han tvingades visa legitimation vid den privata ingång till La Moneda som användes av presidentens närmaste. I normala fall brukade han få passera utan vidare.

Inne i presidentpalatset var stämningen spänd. Salvador Allende satt i möte med adjutanterna för armén, marinen och flygvapnet. De militära rådgivarna var redan indragna i kuppen utan att han visste om det.

Läget blev allt hopplösare ju längre förmiddagen gick. Runt presidentpalatset stod stridsvagnar och tvåtusen soldater, inne i palatset fanns bara ett femtiotal personer: presidentens lätt beväpnade livvakt, samt obeväpnade rådgivare, sekreterare, livläkargruppen och några journalister.

Hernán Ruiz stod alldeles intill Allende när den numera klassiska reportagebilden togs i en av presidentpalatsets korridorer. Presidenten, omgiven av sina närmaste, iklädd hjälm och med ett sovjetiskt automatvapen i handen. Kulsprutepistolen var en present från Fidel Castro och det vapen som Salvador Allende några timmar senare skulle använda för att begå självmord.

Anfallet börjar

Vid ett hastigt sammankallat möte i en av presidentpalatsets salar förklarade Allende att samtliga vapenslag inom militären nu hade vänt sig mot regeringen och att det därför inte fanns någon hjälp att vänta. Han bad alla obeväpnade att lämna byggnaden "under ordnade former och med värdighet". Samtidigt förklarade han att han själv i egen skap av landets demokratiskt valda president skulle stanna på sin post.

Sent på förmiddagen började anfallet med bombardemang, tårgas och insats av kommandotrupp mot La Moneda. När Hernán Ruiz och några till lämnade byggnaden hade soldaterna redan intagit första våningen. De som kom ut föstes under hugg och slag ihop på Calle Moneda och tvingades lägga sig ned

på gatan med fötterna mot trottoaren. En soldat i en av stridsvagnarna skrek till sin officer om tillstånd att köra över fångarna.

Det blev till slut en tillfällighet – och läkarlegitimationen – som gjorde att Hernán Ruiz överlevde dagen för militärkuppen. De flesta som låg där på gatan fördes bort, torterades och försvann, men livläkarna beordrades av en general att resa sig upp och eskorterades så småningom från platsen. Vid sextiden på kvällen var Hernán Ruiz tillbaka hos sin familj igen.

Han var oskadd men förstod att hans liv skulle förändras i grunden.

Framgångsrik karriär

När statskuppen i Chile inträffade var Hernán Ruiz mitt uppe i en framgångsrik karriär på Universitetssjukhuset i Santiago. Han hade varit med om att starta Chiles första hjärtintensivvårdsavdelning och varvade arbetet som klinisk kardiolog med undervisning av medicinkandidater som skulle specialisera sig i kardiologi.

– Jag har undervisat under alla mina år i yrket, men jag är kliniker till hundra procent, förklarar Hernán Ruiz. För mig betyder patienten allt.

Han tycker fortfarande att valet av yrke var det bästa han någonsin gjort. Sin läkarexamen tog han i Santiago 1957 och skaffade sig snabbt specialistkompetens i invärtesmedicin. Därefter blev han kardiolog. Hans vetenskapliga arbete (en sk tessa) från 1963 handlar om aortastenosen och beskriver korrelationen mellan klinik och hemodynamik.

– Det arbetet passerade utan väcka någon sensation, skrattar Hernán Ruiz. Men det betydde mycket för min utveckling eftersom det hjälpte mig att upptäcka sambanden mellan klinik och fysiologi. Det i sin tur gjorde det lättare för mig att undervisa.

Frågan "varför just kardiologi?" besvarar han med sitt karaktäristiska "the truth, the whole truth, and nothing but the truth" och tillägger:

– Därför att jag såg kardiologi som en mycket rationell hantering. Man har en pump och ett visst flödesmotstånd och så ett par klaffar. Ökar motståndet, minskar pumpförmågan och omvänt. Rationellt, logiskt och enkelt, men en enkelhet som kan vara nog så komplicerad. Det tilltalade mig.

Han åkte till England i mitten på 1960-talet för att lära sig ännu mer om hjärtat. Engelsk klinisk kardiologi var världsledande vid den



Tavlan i Hernán Ruiz och hustrus vardagsrum i Sundbyberg heter "Caras" (Ansikten). De fick den en gång i present av Salvador Allende.

INTERVJU

► tiden och Hernán Ruiz hade förmånen att arbeta på National Heart Hospital i London med namnkunniga Jane Sommerville som en av sina tutors.

Nästa anhalt på utbildningsresan blev Sverige och Karolinska sjukhuset. Samarbetet med handledaren Sture Bevegård och kollegorna Bengt Johnsson och Alf Holmgren satte sin prägel på hans fortsatta yrkesliv.

– Vi forskade kring hemodynamisk respons i samband med fysisk ansträngning hos personer med dilaterad kardiomyopati. Det var ett ganska nytt område vid den tiden och någonting som jag inte hade sysslat med i England. Jag fick uppleva ett slags syntes mellan klinik och fysiologi och den erfarenheten har påverkat både min kliniska verksamhet och undervisning i alla år.

När Hernán Ruiz återvände till Chile 1968

och fick en docentur (associated professor of medicine) på Universitetssjukhuset i Santiago, såg han sin karriär utstakad för många år framåt. Han trodde inte att han någonsin skulle återvända till Europa för att arbeta. Men ödet ville annorlunda.

Hedersuppdrag

Jobbet som en av Salvador Allendes livläkare fick han av en tillfällighet, genom en tidigare kurskamrat som redan tillhörde presidentens medicinska stab på åtta hjärtläkare, kirurger och narkosläkare.

– Det var ett erbjudande ”ad honorem”, ett hedersuppdrag, som man skötte på fritiden utan någon ersättning, minns Hernán Ruiz.

Gruppen av livläkare bildades därför att majoriteten av den chilenska läkarkåren vid den tiden var ganska högerorienterad och

följaktligen motståndare till Allendes regim. Personer i presidentens närhet bedömde att Allende inte skulle vara säker i deras händer. Det behövdes pålitliga specialister vid presidentens sida som kunde turas om att vara till hands dygnet runt, hemma i Santiago såväl som på alla resor.

– Jag kan säga det i dag, efter så många år. Allende hade problem med hjärtat, både hjärtflimmer och spår av en tidigare hjärtinfarkt, berättar Hernán Ruiz. Det var inte särskilt krävande att vara hans doktor rent medicinskt, men uppdraget som livläkare medförde att man blev utpekad i fråga om politisk hemvist. Den som var livläkare betraktades automatiskt som lojal mot regimen.

Ingen blev därför förvånad när livet efter militärkuppen förändrades till det sämre för Hernán Ruiz och hans familj. Samtidigt som terrorn ökade under general Pinochets diktatur, hopades de rent personliga problemen. Han fick sparken från jobbet redan en vecka efter kuppen och måste processa för att få tillbaka sin tjänst. Från vänster kom anklagelsen att han var CIA-agent eftersom han överlevde stormningen av presidentpalatset, från höger spreds ryktet att han opererade gerillasoldater på sjukhuset om nätterna.

I exil

Situationen blev ohållbar. Nio månader efter kuppen, i juni 1974, måste Hernán Ruiz och hans familj lämna Chile. De skulle börja nytt liv i Sverige där presidentens förra livläkare lyckades få en tjänst som stipendiat vid Karolinska institutet i Stockholm. Det nya livet började i en av forskarbostäderna vid Wenner-Gren Center.

– Den som lever i exil tappar mycket av sitt självförtroende och måste börja allting från noll, säger Hernán Ruiz. Därtill kom längtan efter Chile och vetskapen om att man inte har möjlighet att återvända.

Som tur var hamnade han bland kollegor han redan kände från sin tidigare vistelse i Stockholm. Ganska snart kunde han också flytta från Karolinska till Södersjukhuset och arbeta tillsammans med sin gamla handledare Sture Bevegård.

– Det blev en fantastisk tid, berättar Hernán Ruiz. Under sjutton år satt vi tillsammans varenda torsdag för att diskutera de mer komplicerade fall som dök upp. Det var ett lyckligt sammanträffande att vi fick jobba tillsammans igen.

Bäst trivdes han när han fick undervisa medicinkandidater, AT-läkare och kollegor som gjorde sin vidareutbildning. Han gjorde det i många år och många av Sveriges i dag etablerade kardiologer har haft Hernán Ruiz som lärare. Själv säger han sig vara tacksam



Våningen i Sundbyberg är Hernán Ruiz högkvarter på somrarna när han vistas i Sverige. Balkongen vetter mot ån och har utsikt över båtarna.

mot de svenska kandidater han har fått undervisa. Deras tillit gav honom självförtroendet tillbaka i exilen.

– Jag ville förmedla vikten av att tänka och diagnostisera bedside till mina elever, säger han. Kontakten med patienterna är det finaste i jobbet som läkare.

Hernán Ruiz är pensionär sedan några år, men har inte slutat arbeta för det. Han är fortfarande verksam som kardiolog både i Chile, där han bor nio månader om året, och i Sverige, dit han återvänder varje sommar. Här arbetar han frivilligt på Södersjukhusets HIVA och ser med glädje och stolthet hur tidigare elever utvecklats till skickliga kliniker.

– Det känns mycket bra när någon som kanske har varit min elev kommer fram och vill diskutera något aktuellt fall, säger Hernán Ruiz.

I Chile arbetar han två dagar i veckan som konsult på en privat klinik, men ställer också upp och undervisar gratis på ett statligt sjukhus. Men mest njuter han av livet, som man kan göra numera i ett demokratiskt Chile.

– Jag trivs enormt bra i Chile, försäkrar Hernán Ruiz. Språket, mentaliteten, klimatet... De långa förlorade åren är borta.

På fritiden blir det mycket läsning, en eller

två timmar varje dag. Dels medicinsk litteratur i kardiologi för att inte tappa kontakten med forskningsfronten. Dels skön- och facklitteratur för underhållning: just nu en ny bok om islamism skriven av spansk diplomat – ”högerman, men objektiv” – och en svensk bok om filmkritik av vännen och förre kollegan Hans Isaksson.

Långtritt genom Anderna

För fysiskt välbefinnande svarar golf tre gånger i veckan, ridning och ett och annat glas chilenskt vin. Favoritsporten är hästhoppning. När Hernán Ruiz fyllde 65 för några år sedan gav han sig själv i födelsedagspresent en långtritt genom Anderna tillsammans med sonen.

– Vi red tvärs över Chile till den argentinska gränsen och tillbaka. Det var fantastiskt vackert, berättar han.

En annan som han rider tillsammans med är kamraten och kollegan från åren som livläkare, Patricio Guijón. Det var denne professor i kirurgi som hittade Salvador Allendes kropp i salen Independencia i La Moneda-palatset och konstaterade att presidenten hade begått självmord. Dr. Guijón hölls fången i månader på fängelseön

Dawson Island efter kuppen. Han frigavs men belades med reseförbud i 17 år.

– Även om demokratin i Chile är klar och tydlig i dag, är man präglad av sin bakgrund, säger Hernán Ruiz. Ärligt talat finns det fortfarande en viss polarisering i landet och det gör att jag mest umgås med kurskamrater och vänner som har ungefär samma värderingar och upplevelser som jag. De flesta har nu återvänt.

Intresset för politik, som vaknade redan i 10-årsåldern, har inte mattats. Hernán Ruiz var aldrig medlem i något politiskt parti, men har bevarat sina ideal genom åren.

– Jag känner mig inte representerad av den regering som finns i Chile i dag, konstaterar han. Jag röstade på den, och tänker naturligtvis rösta på vänstern även nästa gång, men när jag gör det väljer jag bara det alternativ som är mig minst främmande.

De trettio åren i Sverige bidrar också till en vag känsla av främlingskap i det gamla landet. Det är svårt att återvända när man har levt nästan ett helt liv någon annanstans, menar Hernán Ruiz.

– Det är inte helt lätt för mig att vara borta från Sverige nio månader om året. Jag har ju tre barn och sex barnbarn här... ■

Free YOURSELF from the wire



GUIDANT

**RENEWAL® 4 RF System
med ZIP™ trådlös telementri**

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



AVTAL SKA SÄKRA FORTSATT GOD RELATION



I oktober i år slöts ett samverkansavtal mellan den medicintekniska branschorganisationen Sjukvårdens Leverantörs-Förening (SLF) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Överenskommelsen omfattar alla medarbetare inom den offentliga hälso- och sjukvården samt företag som marknadsför medicintekniska produkter, diagnostika och tjänster som hör till det medicintekniska området. Företag som inte är medlemmar i SLF eller SINDIF (Svensk Instrument och Diagnostikaförening) kommer för SKL att få visa att även de efterlever avtalet.

Text: Sara Öberg

Efter två års förhandlingar mellan de båda parterna har nu ett samverkansavtal som båda tycker är bra tagits fram. Avtalet tydliggör vikten av samverkan och att medicinteknikindustrin är en naturlig del i vården. Tidigare har den medicintekniska branschen ibland blivit stoppad i mötet med vården och dess personal med hänvisning till läkemedelsindustrins avtal. Det är här oerhört viktigt att komma ihåg att läkemedelsindustri och medicinteknik är två helt olika branscher, med helt olika regler för hur produkterna får sättas på marknaden. Ytterligare en aspekt är att medicintekniska produkter upphandlas och förskrivs inte så som läkemedel gör.

När de regler som tagits fram speciellt för läkemedelsindustrin tillämpas på den medicintekniska branschen innebär det att sjukvården avskär sig ifrån utveckling av nya produkter, nya behandlingsmetoder och terapier. Konsekvenserna är dessutom en säkerhetsfråga eftersom företagen som levererar produkterna in till vården har ett lag-

stiftat säkerhetsansvar för hur produkterna används. Leverantörens ansvar sträcker sig över hela produktens livscykel. För att leverantören skall kunna fullfölja sitt ansvar är det självklart att denne måste ha möjlighet till kontakt med anställda inom vården för bland annat service, handhavandeinformation och utbildning.

Patientsäkerheten bygger på bra produkter och ett korrekt handhavande av produkterna. Att hindra kontakten mellan vården och industrin har aldrig varit avsikten och det är tydligt för båda parter att en god samverkan också är en viktig del i att bibehålla och där det är möjligt öka kvaliteten och säkerheten i vården, både för patient och användare.

Samverkansavtalet är en viktig signal om vikten av en god och sund samverkan mellan vård och industri. En väl fungerande relation är också grunden för att innovationstakten är hög inom industrin och att goda affärer görs för både vård och industri.

– Ett samverkansavtal som på ett positivt

sätt lägger grunden för utvecklingen av ny teknik och nya metoder bidrar till en effektiv sjukvård med patientens bästa i fokus, säger Kjell Alenius, VD för SLF.

Ett viktigt begrepp i avtalet är serviceinformation. Med serviceinformation avses informationsutbyte och rådgivning om daglig drift/hantering av medicintekniska produkter som används i vården. I avtalet står det att *"Serviceinformation ska förekomma i den utsträckning som verksamheten påkallar, enligt kontrakt eller som påbjuds av lagar och förordningar angående medicinska produkter"*. Serviceinformation är nödvändig för att säkerställa att de produkter som levereras till vården är säkra och effektiva även i användningen för patienter och vårdanställda. För denna typ av kontakter krävs inte samtycke från sjukvårdshuvudmannen. Rena marknadsföringsbesök där till exempel nya produkter presenteras är även de tillåtna, men här krävs att företaget inhämtar ett samtycke från den aktuella sjukvårdshuvudmannen (i de flesta fall verksamhetschefen) innan man kontaktar personalen på avdelningen.

En annan viktig fråga är i vilken utsträckning industrin kan sponsra aktiviteter för anställda i vården. Här är det helt klart att industrin inte får sponsra sociala aktiviteter såsom avdelningsfester och fritidsaktiviteter, oberoende av om beloppet avser hela eller delar av kostnaden. Sponsring av vetenskapliga aktiviteter arrangerade av tredje part, exempelvis specialistföreningar är möjligt om aktiviteten är förkovrande och till innehåll och form uppfyller det som angivits i samverkansavtalet. Sponsringen får inte överstiga kostnaderna för aktiviteten och den måste ha en koppling till företagets egen verksamhet.

Avtalet kommer att träda i kraft den 1 januari 2006 med en implementationstid på sex månader. SLF kommer under vintern och våren att erbjuda sina medlemsföretag utbildningar. Gemensamt kommer SLF och SKL att ta fram ett tolkningsdokument som även kommer att hantera frågor kring efterlevnaden. Företag som inte är medlemmar i SLF eller SINDIF kommer för SKL att få visa att även de efterlever avtalet. ■

Skottsäkra tips från SCARP

Ett tidigt tips:

Vår postgraduatekurs i rehabilitering och prevention, den så kallade Tylösandskursen, håller vi 2-4 oktober 2006.

Rubriken denna gång är "Nollvision för hjärtat – rehabilitering och prevention i praktiken".

Som alltid har vi ett digert program för att få med helhetssynen på våra patienter. Vi blandar föreläsningar: patientens perspektiv, fysisk träning, rökning, kost, metabola syndromet, psykosociala riskfaktorer, beteendeförändring och läkemedelsbehandling.

Vi kommer också att ha "How to"-sessioner om hur man planerar och genomför preventiva program: start, implementering och långsiktig hållbarhet samt falldiskussioner.

Anmälningssblankett kommer i nästa nummer av *Svensk Cardiologi*.

För team som vill gå kursen kommer det att finnas möjlighet att ansöka om ekonomiskt bidrag från Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund.

Jag vill också slå ett slag för deras nya hemsida: www.hjart-lung.se. Där finns mycket information att ta del av.

Förbundet har tagit över den databas med aktuell information om vilka som är ansvariga för hjärtrehabilitering och prevention på alla sjukhus i Sverige, som SCARP har lagt upp och uppdaterat fram till nu. Ett bra sätt att lätt få kontakt med varandra för frågor och samarbete.

Fler tips:

International Society of Behavioural Medicine har sin 9:e internationella kongress i Bangkok 29 november- 2 december 2006.

De beteendemedicinska kongresserna brukar alltid ha mycket att tillföra för alla som arbetar med rehabilitering och prevention, så det rekommenderas varmt för dem som är intresserade att delta i den nästa år.

Gå in på deras hemsida och läs mer: www.9icbm-2006.org

Ett riktigt gott 2006 önskas ni alla!



Text: Ewa Billing

STIPENDIUM

inom ämnesområdet:

Kardiometabol risk

Svenska Cardioloföreningen och sanofi-aventis vill tillsammans stödja klinisk forskning rörande prevention av hjärtkärlsjukdomar med utgångspunkt från kända kardiovaskulära och metabola riskfaktorer.

Vi utlyser ett stipendium om 150 000 kr och vänder oss huvudsakligen till enskild forskare. Stipendiet kan om stipendiekommittén anser det lämpligt fördelas på flera sökande.

Ansökan bör omfatta en kortfattad beskrivning av forskningsprojektet, hur medlen avses att användas samt en meritförteckning.

Ansökan ska vara Svenska Cardioloföreningen tillhanda senast den 28 februari.

Stipendiet kommer att delas ut i samband med det Kardiovaskulära vårmötet 2006 i Linköping.

Ansökningssblankett hämtas på Svenska Cardioloföreningens hemsida: www.svenskacardiologforeningen.org. Välj: "Föreningen", därefter klicka på "Stipendier".

Ansökan skickas till Svenska Cardioloföreningens vetenskaplige sekreterare Inger Hagerman.

Eva Swahn, Professor, Ordförande
Christer Höglund, Medicine Doktor, Chefredaktör
Peter Myrenfors, Specialistläkare, sanofi-aventis



sanofi aventis



Förbättrad livräddning vid hjärtstillestånd:

LUCAS HLR INLEDER EN NY TIDERÄKNING

Det hela började någonstans i Iran för drygt tio år sedan. En helt vanlig familj sitter samlad till middag då mannen plötsligt faller ihop och blir medvetslös. Hustrun, helt utan sjukvårdsbakgrund, inser att hon måste göra något. Hon griper i sin förtvivlan det föremål som hon råkar få ögonen på; en avloppsrensare av den typ man rensar stopp i diskhon med.

Text: Cars-Olof Areskoug

Med sugen bearbetar hon makens bröstorg och så – han vaknar till liv igen!

Händelsen hamnar i den lokala tidningen, blir en notis i en engelsk tidning som kommer under ögonen på en uppfinnare i Bergen i Norge, en autodidakt vid namn Villy

Vestung. Uppfinnaren får en impuls, snickrar ihop en prototyp som han uppvaktar Thoraxkliniken på Haugesunds sjukhus med. Där arbetade då Stig Steen, numera professor på Thorax i Lund.

Stig Steen insåg direkt uppfinningens potential och ett samarbete startade i mitten

av 1990-talet, som så småningom ledde fram till LUCAS.

LUCAS räddar liv

LUCAS HLR är ett bättre alternativ till manuell bröstkompression. LUCAS är en mekanisk apparat för regelbunden, outtröttlig och fysiologiskt optimal bröstkompression.

– Resultaten med LUCAS har redan från början varit uppseendeväckande goda, berättar Stig Steen.

När hjärtat stannar hänger livet på en skör tråd. Blodtrycket faller snabbt och bara efter några få minuter är syreförsörjningen till hjärnan i fara. För att hålla blodtrycket uppe i väntan på defibrillering och annat akutvård, har man tills för cirka tio år sedan fått nöja sig med att ge yttre manuell hjärtmassage genom att regelbundet trycka ner bröstbenet mot hjärtat.

Men även när en erfaren läkare eller ambulanssjukvårdare ger hjärt-lungräddning med yttre kompression av bröstorg, sjunker kvaliteten på kompressionerna redan efter en minut. De som utför kompressionerna är dock inte medvetna om detta faktum förrän efter fem minuter, då tröttheten sätter in. I dag rekommenderas att man byter livräddare efter tre minuter. Att utföra yttre manuell hjärtkompression på ett effektivt sätt i ambulansen i rörelse är praktiskt taget omöjligt.

LUCAS, som utvecklats av företaget Jolife i Lund, är bärbar, smidig och pneumatisk och drivs med luft eller syrgas. Gasen tas från sjukhusens gasförsörjningssystem eller från bärbara gastuber i eller utanför ambulans.

LUCAS ger hjärtkompressioner med en kraft som motsvarar cirka 50 kilo. Kompressionsdjupet är 4 – 5 centimeter, vilket är det djup som rekommenderas på människa.



LUCAS ger hjärtkompressioner med en kraft som motsvarar cirka 50 kilo.



LUCAS-HLR – en mekanisk apparat för bröstkompression.

I Malmö-Lund och dess närområde har LUCAS varit i bruk i snart fyra år och runt 500 patienter har behandlats. De första 100 patienterna med hjärtstopp har utvärderats, på 43 av dessa sattes LUCAS på inom 15 minuter. Efter en månad levde 25 % av patienterna med VF och 5 % av patienterna med asystoli/PEA.

Resultaten var så övertygande att Region Skåne utvecklat en egen behandlingsalgoritm för behandling av hjärtstopp. Algoritmen är endast avsedd för den medicinska professionen och används endast av ambulanssteamet och det prehospitala akutteamet vid hjärt-lungräddning med LUCAS.

Stig Steen ser möjligheterna för LUCAS HLR att bli "the method of choice" som utomordentligt goda.

– Världen håller på att vakna upp. Världens ledande facktidskrift är positiv och trycker på för att få en förändring och förbättring till stånd.

Redan i dag finns LUCAS i många svenska ambulanser och på många sjukhus. Bland annat i Skåne, delar av Norrland, på Gotland, i Göteborg, Uppsala och Västerås är ambulanserna utrustade med LUCAS. Några av de sjukhus som är försedda med LUCAS är Karolinska sjukhuset i Stockholm, Sahl-

grenska i Göteborg och Universitetssjukhusen i Lund och Malmö.

Sedan tidigare i år är LUCAS också godkänd av Luftfartsverket för att finnas i räddningshelikoptrar. Gotland har försett sin helikopter med LUCAS.

Förutom i Sverige är LUCAS lanserad i hela Europa.

LUCAS har inneburit en revolution. Ett förmodat steg på vägen mot ytterligare medicinska framgångar, som förhoppningsvis räddar fler patienter med hjärtstopp – det kan vara innebörden av de nya guidelines som publiceras inom kort.

Sammanfattning av LUCAS HLR

- Effektiva kompressioner med få avbrott
- Bästa möjliga cirkulation till hjärta och hjärna
- God cirkulation under hela transportkedjan
- Säkerhet under transport för vårdare och patient
- Trygghet och fria händer i en pressad situation
- Fler och fler ambulanser och akutmottagningsavdelningar både i Sverige och utomlands införskaffar LUCAS



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

På marsch mot friskare hjärtan

Text och foto: Christer Höglund

Svensk Cardiologis redaktör var en av 19 000 kardiologer på plats vid American Heart Associations årliga Scientific Sessions. Här rapporterar han från staden som är mest känd för ett presidentmord – Dallas.

Dallas är som Dr Jekyll and Mr Hyde, det vill säga två skepnader; en på natten och en på dagen. Natttid uppvisar staden en bild som är helt unik med sin skyline, för att sedan bytas ut till något helt annat på dagtid. Däremot är staden helt tom på natten. Tydligen är detta inte en stad som man vallfärdar till för att ha semester. Staden var ju – som ni minns – platsen där John F Kennedy blev mördad och påpassligt har man sedan flera år ett museum just på detta tema. När man gått den så kallade slingan på museet vet man direkt vem mördaren är, men jag tänker inte avslöja det. Jag föreslår att ni gör ett eget besök.

I denna stad höll American Heart Association – AHA – i årets Scientific Sessions. I år fick jag veta att där var 19 000 kardiologer och totalt cirka 26 000 besökare. Jag känner igen siffran från Stockholm, som uppenbarligen hade liknande antal på ESC-mötet i september. Precis som i Stockholm uppmärksammades också kvinnor och hjärtsjukdomar. I

USA heter kampanjen "Go Red for Women" och på kongressen fanns en utställning av olika symboliska klänningar. I Europa heter samma organisation "Women at Heart".

För tre år sedan skrev jag från ett möte i Chicago att den största risken för kardiovaskulär morbiditet var övervikt och fetma. Det var som en epidemi. Idag känns det som man bara kommit några ynkliga centimeter framåt och det metabola syndromet var på allas läppar.

Som brukligt är tänker jag även denna gång ta upp Hotlines, men jag kommer också att bidra med mina egna nyvunna kommentarer. Detta känner jag som det viktigaste när man deltar på en kongress. Det går att se en ishockeymatch på TV men du får aldrig en riktig bild om du inte samtidigt kan sitta i avbytarbåset. Här kommer därför mina ord från Hotlines inklusive "avbytarbåset".

Följande studier presenterades **ACTIVE-W, CAFE, EASY, FIELD, IDEAL, JELIS, MEGA, OMNI HEART FEEDING STUDY, REVIVE II** och **VARENICLINE**



IN SMOKING CESSATION THERAPY. Totalt blev det hela 16 nya studier, ett urval av dem presenteras nedan.

ACTIVE – W

The Atrial Fibrillation Clopidogrel Trial with Irbesatan for prevention of cardiovascular events (ACTIVE-W).

ACTIVE-W är egentligen en av tre armar i ACTIVE-studien. De andra är ACTIVE-I och ACTIVE-A.

Syftet med denna studie var att bedöma om behandling med kombinationen ASA och clopidogrel är "non-inferior" jämfört med enbart warfarin för patienter med förmaksflimmer och minst en riskfaktor för stroke.

Totalt inkluderades 6 706 patienter. De randomiserades antingen till clopidogrel (75 mg) och ASA (75-100 mg) (n=3335) eller till warfarin med ett INR-värde mellan 2,0 – 3,0 (n=3371). Patienterna skulle ha kroniskt förmaksflimmer med > 1 riskfaktor inkluderande med en ålder > 75 år, hypertoni, tidigare stroke eller TIA, EF < 45 % eller en ålder



Go Red For Womens utställning av symboliska röda klänningar för att uppmärksamma kvinnors hjärthälsa.



Texas är känt för sina stora boskapshjordar.

mellan 55-75 med koronarsjukdom eller diabetes.

Primär endpoint var en kombination av stroke, non-CNS systemisk emboli, hjärtinfarkt eller vaskulär död.

Resultat: Studien avbröts i förtid på förslag av Data Safety Board på grund av en signifikant skillnad mellan grupperna med en superioritet för warfarinbehandling

Endpoint	Clopidogrel+ASA	Warfarin	Relativ risk	p
Vaskulära events (%/år)	5.64	3.63	1.45	0.0002
Major blödning (%/år)	2.4	2.2	1.06	0.67

Warfaringruppen hade en signifikant lägre frekvens av stroke jämfört med ASA + clopidogrel ($p=0.0006$) och även när det gällde systemembolism 0,1 %/år jämfört med 0,48%/år; $p=0.00028$. Ett annat fynd var att de patienter som stod på warfarin vid studiestart hade signifikant lägre frekvens av primär endpoint ($p=0.0006$).

Endpoint	Relativ risk	p
Patienter på warfarin vid studiestart	1.5	0.0006
Patienter inte på warfarin vid studiestart	1.32	0.17

Det visade sig också att de patienter som låg på INR-värde enligt rekommendation hade det bästa resultatet.

Slutsats: Warfarinbehandling till patienter med förmaksflimmer samt minst en riskfaktor är klart bättre än kombinationen ASA+clopidogrel.

Kommentar: Det ska till mycket välgjorda studier av nya antikoagulantia för att i framtiden kunna ändra på en behandling, som

dels har funnits i snart 50 år och också visat sig mycket effektivt gentemot ASA/clopidogrel. Behandling med ASA/clopidogrel är effektiv vid till exempel sekundär prevention efter PCI, men prevention vid förmaksflimmer tycks vara en helt annan etiologi.

FIELD

Står för Fenofibrate Intervention and Event Lowering in Diabetes.

Studien avsåg att studera effekten av fenofibrat jämfört med placebo hos patienter med diabetes och CAD-risk.

Primär endpoint var en kombination av koronarsjukdomsdöd och icke-fatal hjärtinfarkt.

Basdata: Totalt screenades 13 900 patienter, varav 9 795 randomiserades dubbelblint till antingen 200 mg fenofibrat eller placebo. Inklusionskriterier var ålder mellan 55 – 75, typ 2 diabetes som diagnostiserats efter 35 års ålder. Kolesterol < än 6,4 mmol/l. Ingen behandling med statin vid inklusion, men ➤



Downtown Dallas visar upp sin spännande moderna arkitektur.



- däremot tilläts statinbehandling om detta ansågs nödvändigt under studietiden. Uppföljningstid var 5 år.

Exklusion var bland annat patienter med höga triglyceridvärden eller pågående statinbehandling.

Resultat: Medeldurationen av diabetes var 5 år och medianvärdet på HbA1C var 6,9 %. Under pågående studietid var tillägg av statinbehandling mellan grupperna högre i placebogruppen jämfört med fenofibrat (17 % mot 8 %, $p < 0,0001$).

Det framkom ingen skillnad i primär endpoint mellan grupperna, $p = 0,16$. Däremot i de sekundära endpoints var det signifikant lägre icke-fatal hjärtinfarkt och även revaskularisering i fenofibratgruppen ($p = 0,001$ resp $p = 0,004$).

Slutsats: Ingen skillnad hos patienter med typ 2 diabetes vid behandling med fenofibrat jämfört med placebo i kombinationen koronar hjärtdöd och icke-fatal hjärtinfarkt efter 5 år.

Kommentar: Även om det inte förelåg någon skillnad i primär endpoint framkom stora skillnader mellan grupperna i sekundära endpoints. Vad skillnaden i den så kallade "drop-in"-behandlingen med statin i placebogruppen kan ha haft för effekt kan inte helt negligeras, men något svar på frågan kan ej heller ges. För kännedom reducerades triglycerider med cirka 30 % i fenofibratgruppen, medan däremot LDL-sänkningen enbart var 12 %. Frågan som ställs är ju vad triglycerider har för roll vid prevention av hjärtdöd.

En intressant iakttagelse var att antalet

mikrovaskulära händelser av typen retinopati var signifikant lägre i fenofibratgruppen. Vad detta står för kunde inte klargöras.

JELIS

Står för Japan EPA Lipid Intervention study.

Studien avsåg att studera behandling med fiskolja (EPA) som ett supplement till sedvanlig statinbehandling jämfört med enbart statinbehandling hos patienter med förhöjt kolesterol.

Primär endpoint var MACE (major adverse coronary events) definierat som plötslig hjärtdöd, instabil angina, hjärtinfarkt eller revaskularisering.

Basdata: Patienterna var mellan 40 – 75 år. 16 % hade diabetes, 20 % CAD och 19 % var rökare. Studien gick i Japan och var öppen. Totalt randomiserades 9 326 patienter till EPA gruppen och den andra gruppen var 9 319 patienter. Dosen EPA var 1 800 mg/dag, vilket i Europa anses vara hög dos medan den i Japan är registrerad sedan 15 år. Samtliga patienter tog också statiner, varav 90 % tog pravastatin 10 mg eller 5 mg simvastatin. Uppföljningstiden var 4,6 år.

Resultat: Det framkom en signifikant reduktion (19 %) av MACE jämfört med patientgruppen som enbart fick statinbehandling.

End point	Placebo (n=4900), (%)	Fenofibrat (n=4895), (%)	HR (95% CI)	p
CHD död/icke-fatal MI	288 (6)	256 (5)	0.89 (0.75-1.05)	0.16
CHD död	93 (2)	110 (2)	1.19 (0.90-1.57)	0.22
Icke-fatal MI	207 (4)	158 (3)	0.76 (0.62-0.94)	0.010

Sekundära endpoints

End point	Placebo (n=4900), (%)	Fenofibrat (n=4895), (%)	HR (95% CI)	p
End point	Placebo (n=4900), (%)	Fenofibrat (n=4895), (%)	HR (95% CI)	p
Total CV event	683 (14)	612 (13)	0.89 (0.80-0.99)	0.035
CV dödlighet	127 (3)	140 (3)	1.11 (0.87-1.41)	0.41
Total dödlighet	323 (7)	356 (7)	1.11 (0.95-1.29)	0.18
Stroke	175 (4)	158 (3)	0.90 (0.73-1.12)	0.36
Koronar revaskularisering	364 (7)	290 (6)	0.79 (0.68-0.93)	0.003
All revaskularisering	471 (10)	380 (8)	0.80 (0.70-0.92)	0.001

Resultat (%)	Statin enbart (n=9319)	Statin + EPA (n=9326)	Hazard ratio (95% CI)
Major coronary events (MACE)	3.5	2.8	0.81 (0.69-0.95)
Plötslig hjärtdöd	0.2	0.2	1.06 (0.55-2.07)
Fatal hjärtinfarkt	0.2	0.1	0.79 (0.36-1.74)
Icke-fatal MI	0.9	0.7	0.75 (0.54-1.04)
Instabil angina	2.1	1.6	0.76 (0.62-0.95)
CABG eller PCI	2.4	2.1	0.86 (0.71-1.05)

Studien undersökte också en prespecifierad sub-gruppsanalys genom att titta på effekten av tillägget av EPA till statinbehandlade patienter med CAD i såväl primär som sekundär prevention. Det framkom en 18 % reduktion i MACE i primärpreventionen jämfört med kontrollgruppen, dock signifikant. I sekundärpreventionen framkom en signifikant reduktion – 19 % – i risken för koronara händelser.

Slutsats: Hos patienter med hyperkolesterolemi som fick fiskoljesupplement (EPA) ovanpå statinbehandling framkom en signifikant reducering av primär endpoint, MACE, oberoende av kolesterolsänkning.

Kommentar: Enligt Dr Yokoyama, som presenterade studien, är effekten av EPA ej relaterad till sänkning av kolesterol utan har egna effekter. Studien var mycket välgjord och visade på klara skillnader. Det bör dock påpe-

kas att EPA-dosen, som nämnts, var mycket hög sett från vår horisont.

IDEAL

Står för Incremental Decrease in Clinical Endpoints through Aggressive Lipid lowering.

Denna studie är intressant ur många synvinklar, men speciellt från skandinaviskt håll eftersom en majoritet av patienterna rekryterades från våra marker.

Syftet med studien var att bedöma om högdos av atorvastatin jämfört med måttlig dos av simvastatin gynnsamt påverkade risken att insjukna i hjärtdöd, i icke-fatal hjärtinfarkt eller återupplivat hjärtstopp. Detta var också den primära endpointen.

Sekundär endpoint var MACE, dvs primär endpoint + stroke. Denna endpoint är mer den traditionella primära endpointen, men användes alltså inte i denna studie. MACE var också primär endpoint i den liknande studien TNT.



John Pernow från Karolinska universitetssjukhuset i Solna.



Jonas Oldgren och Stefan James från Akademiska sjukhuset i Uppsala.



Paret Rasmanis från Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge.



En stjärna bland andra: Professor Lars Rydén föreläste om hyperglykemi vid akut koronarsyndrom.



I väntan på bussen som skjutsade delegaterna mellan kongresscentret och hotellen.

► **Basdata:** Patienter under 80 år med tidigare genomgången hjärtinfarkt och som ansågs lämpligt för statinbehandling. Studien startade 1999. Totalt screenades 9 689 patienter varav 8 888 randomiserades. Medeltiden för uppföljning var 4,8 år.

	Simvastatin n=4449	Atorvastatin n=4439
Ålder	62	62
Kvinnor %	19	19
Rökare	21	20
BMI	27	27
Diabetes	12	12
Hypertoni	33	33

Resultat: Det framkom ingen signifikant skillnad i primär endpoint, $p=0,07$.

Således framkom en 23-procentig signifikant reduktion av revaskularisering, men även en signifikant reduktion (13 %) av MACE, dvs denna endpoint som normalt betraktas som primär endpoint men i denna studie var sekundär. Ingen skillnad i frekvensen av adverse events mellan grupperna, däremot slutade fler i atorvastatingruppen än simvastatingruppen.

Slutsats: Ingen signifikant skillnad i den kombinerade primära endpointen mellan högdos atorvastatin jämfört med simvastatin ($p=0,07$).

Kommentar: Siffrorna kan ju kännas något märkliga i skenet av tidigare resultat. Tidigare studier har visat signifikanta resultat. I

ju lägre LDL, ju bättre. I en senare studie som presenterades senast på ACC i år – TNT – där man jämförde lågdos atorvastatin med högdos visade resultaten precis detsamma. Den enda skillnaden i TNT var att i just denna studie användes MACE som primär endpoint medan detta i IDEAL enbart var en sekundär endpoint.

Det märkliga med IDEAL är att vi för 11 år sedan satt i Dallas och lyssnade just på när en landmark-studie presenterades, nämligen 4 S. Populationen i denna studie var patienter som haft hjärtinfarkt och som randomiserades till antingen simvastatin eller placebo. Medeldosen för simvastatin var 23 mg.

Resultatet blev fantastiskt med en mortalitetsreduktion på över 30 %. 11 år senare kommer en liknande population där skillnaden är att samtliga får statinbehandling, i låg eller hög dos. Medeldosen i simvastatingruppen var ca 25 mg. Trots att jämförelsen nu var mellan två statiner erhålls ännu gynnammare resultat, vilket förstärker tesen "The lower the better".

Om rekommendationerna nu kommer att ändras betingas av två fenomen, nämligen den medicinska professionen och den politiska. Utgår man från de medicinska resultat som nu framkommit tycks högdos av atorvastatin vara bättre. Utgår man från den rent politisk-ekonomiska kan man tolka det på flera sätt.

Kortsiktigt bör nuvarande rekommendationer gälla eftersom atorvastatin under rådande prissättning är ett klart dyrare alternativ än simvastatin. Tittar man långsiktigt är skillnaderna dock minimala enligt hälsoekonomer. Vad händer när patentet går ut? Ska patienterna fortfarande få simvastatin i

Däremot förelåg klart signifikanta skillnader i sekundära endpoints.

PROVE-IT, som var en studie mellan pravastatin och atorvastatin var resultatet entydigt –

Resultat (%)	Simvastatin (n=4449)	Atorvastatin (n=4439)	HR (95% CI)
Någon CHD event	23.8	20.2	0.84 (0.76-0.91)
Koronar revaskularisering	16.7	13.0	0.77 (0.69-0.86)
Hospitalisering för instabil angina	5.3	4.4	0.83 (0.69-1.01)
Fatal eller icke-fatal stroke	3.9	3.4	0.87 (0.70-1.08)
Major kardiovaskulär events	13.7	12.0	0.87 (0.78-0.98)
Någon kardiovaskulär event	30.8	26.5	0.84 (0.78-0.91)



stället för atorvastatin med samma pris? Återigen, det enda "take-home message" från denna studie är betydelsen av låga LDL-värden.

OmniHeart Feeding Study

Studien syfte var att jämföra DASH-dietens effekt på blodtryck och lipider med om man bytte ut kolhydraterna till antingen proteiner eller omättade fetter.

DASH står egentligen för Dietary Approaches to Stop Hypertension-studien, där kosten är rik på kolhydrater såsom frukt, grönsaker och låghaltiga mjölkprodukter, samtidigt som man ville minimera mättade fetter och totalhalten fetter.

Studien var av typen randomiserad, cross-over. Patienterna fick under en screening fas – < 4 veckor – äta sin egen kost. Efter detta gick de in i DASH-dieten under 6 veckor. Efter varje 6 veckorsperiod fick de äta sin egen kost under 2 – 4 veckor för att sedan återigen gå in i en 6-veckorsperiod, nu med proteinrik (PROT) mat och sedan med omättade fetter, (UNSAT).

För de med fördjupat intresse av matens innehåll kan följande beskrivas:

	Kolhydrater %	Protein %	Fett %
DASH	58	15	27
PROT	48	25	27
UNSAT	48	15	37

Basdata: Patienterna var samtliga > 30 år och hade hypertoni eller "prehypertension". 45 % var kvinnor och medelåldern var 54 år. Totalt ingick 161 av 930 screenade. Ingen fick stå på blodtrycks- eller kolesterolsänkande medicin. Alla patienter med diabetes exkluderas.

BMI vid randomisering var 30, men studien hade inte för avsikt att studera eventuell viktneigång.

End point	Protein vs kolhydrater	p	Protein vs kolhydrater	p
Systoliskt BP (mm Hg): Alla patienter	-1.4	0.002	-1.3	0.005
Systoliskt BP (mm Hg): Hypertoni patienter	-3.5	0.006	-2.9	0.02
Diastoliskt BP (mm Hg)	-1.2	<0.001	-0.8	.02
LDL (mg/dL)	-3.3	0.01	-1.5	0.22
HDL (mg/dL)	-1.3	0.02	1.1	0.03
Triglycerider (mg/dL)	-15.7	<0.001	-9.6	0.02
Förväntad 10-års risk i CHD (%)	-5.8	–	-4.2	–

Slutsats:

Resultat jämförelse med randomisering	DASH	PROT	UNSAT
Blodtryck	↓	↓	↓
LDL	↓	↓	↓
HDL	↓	↓	–
Triglycerider	–	↓	↓
Beräknad CHD risk	↓	↓	↓

Hos patienter med hypertoni kunde en förändrad DASH-kost såsom en reduktion av kolhydrater ytterligare reducera blodtryck och lipidstatus jämfört med traditionell DASH-kost, som redan tidigare visat gynnsam effekt.

ACTIVATE

Står för ACAT inhibition on the Progression of Coronary Atherosclerosis.

Pactimibe är en ny acyl-coenzym A:kolesterol acyltransferas-hämmare (ACAT). Det existerar två ACAT-hämmare, nämligen ACAT 1 och ACAT 2. Det har påvisats från djurstudier att ACAT 1 finns i makrofagerna och frigör kolesterol, vilket teoretiskt reducerar ansamlingen av kolesterol i det aterosklerotiska plaketet.

Studien avsåg att testa hypotesen att man med hjälp av ACAT 1 kan minska aterosklerosen hos patienter med känd koronarsjukdom, jämfört med placebo.

Studien presenterades av Dr Nissen från Cleveland Clinics i Ohio. En av Nissens stora nischer är att han blivit känd för IVUS – intrakoronart ultraljud. Denna metod användes också i studien för att beräkna den aterosklerotiska volymen i kranskärlet.

Primär endpoint var förändring i procent av den aterosklerotiska volymen efter 18 månaders behandling med pactimibe 100 mg jämfört med placebo.

Studien var dubbelblind randomiserad. Totalt ingick 543 patienter med symptomatisk koronarsjukdom och välbehandlade med statiner. Grupperna var likvärdiga i övrigt.

Resultat: Efter 18 månader framkom ingen skillnad mellan pactimibe och placebo (p=0,77). I en sekundär endpoint visade det sig att det i placebogruppen framkom en viss regression av den aterosklerotiska volymen medan raka motsatsen förelåg för studiemedicinen (p=0,04).

Det framkom ej heller någon skillnad i den kombinerade endpointen, det vill säga ➤

OmniHeart: Mean Change from Baseline after Eating Each Diet for 6 weeks

	Baseline	Mean Change from Baseline in Each Diet		
		CARB	PROT	UNSAT
SBP (All)	131.2 mmHg	-8.2	-9.5	-9.3
SBP (HTN)	146.5 mmHg	-12.9	-16.1	-15.8
LDL (All)	129.2 mg/dL	-11.6	-14.2	-13.1
LDL (≥ 130)	156.7 mg/dL	-19.8	-23.6	-21.9
HDL	50.0 mg/dL	-1.4	-2.6	-0.03
Triglycerides	101.5 mg/dL	0.1	-16.4	-9.3
Estimated 10 Yr CHD Risk	5.1%	-16%	-21%	-19.6%

Resultat: Tittar man på lipidstatus i PROT- och UNSAT-grupperna oavsett vad som uppnåddes i DASH-dieten erhålls följande resultat:

människa lagar sin egen mat. Bara den ökade kunskapen och att man äter i dietens riktning har alltså gynnsamma effekter.



Doktorerna Lundkvist, Gustavsson, Frisell, Sandström och Berglund på shoppingrunda före kongressen.

- kardiovaskulär död, icke-fatal hjärtinfarkt, stroke och sjukhusinläggning för angina.

Slutsats: Patienter med symptomatisk koronarsjukdom fick ingen reduktion av ateroskleros med pactimibe. Snarare sågs en ökning av aterosklerosen jämfört med placebo.

Kommentar: Dr Fuster från New York undrade varför pactimibe inte visade gynnsamt resultat. En teori skulle kunna vara, sade han, att hos en population med relativt stabil angina skulle systemet med monocytter och foamceller transportera kolesterot till fredsställande.

CAFE

Står för Conduit Artery Function Evaluation.

CAFE var en substudie i ASCOT, som tidigare hade stoppats då amlodipin/perindopril signifikant minskade mortaliteten jämfört med atenolol/tiazid. Denna studie presenterades i nummer 2 i vår tidning i år. En av de uppmärksammade fynden var att blodtrycket mellan de bägge grupperna i stort var lika och diskussionerna gick vilken effekt som i så fall kunde föreligga.

En av teorierna bakom CAFE är att trots att det föreligger samma blodtryck i armarna kan det centrala artärtrycket skilja. I denna studie användes därför ett system – Sphygmocor – som noninvasivt kan mäta det centrala artärtrycket. Det fungerar genom att man mäter trycket i atreia radialis och genom en logaritmisk dataprogram erhålls trycket i de stora artärerna.

Totalt ingick över 2000 patienter som var välbalanserade till sedvanliga parametrar.

Resultat: Trots liknande värden i blodtrycket mätt på sedvanligt sätt, dvs via armen framkom signifikant lägre centralt artärtryck i amlodipin/perindoprilgruppen. Trycket

skiljde på c:a 3 – 4 mmHg och skulle detta grovt överföras till reduktion i stroke skulle det bli cirka 25 procents skillnad. I huvudstudien – ASCOT – var skillnaden 27 %.

Kommentar: Det har ju presenterats en hel del studier senaste tiden där man noterat samma blodtryckseffekt mellan två jämförande grupper, men ändå en signifikant skillnad i stroke etc. Så var fallet i LIFE-studien där bägge grupperna hade näst intill samma effekt på blodtrycket. Genom denna metod kan man bättre förstå varför sådana här resultat uppstår.

COX-2 inhibitors/NSAIDs increase risk of death in patients with previous MI

Denna presentation klassades inte som Hotlines utan som Late breaking news. Undersökningen presenterades av Dr Gislason från Köpenhamn.

Studien utgick från att trots att COX-2-hämmare hade visat negativa resultat på risken att få hjärtinfarkt, förelåg inte tillräckliga data avseende preparaten NSAID.

Gislason och medarbetare undersökte data från Danish National Patients Registry på de patienter som vårdats för hjärtinfarkt och vid utskrivningen fått recept på antingen COX-2-hämmare eller NSAID-reparat.

Under åren 1995 – 2002 hade 58 432 patienter totalt insjuknat i hjärtinfarkt. Följande fördelning framkom:

Antal patienter som fick åtminstone ett recept på en COX-2 hämmare eller NSAID efter sjukhusvistelse för hjärtinfarkt

Läkemedel	Patienter	% av studie cohort
Rofecoxib (Vioxx)	3 022	5.2
Celecoxib (Celebra)	2 489	4.3
Diclofenac (Voltaren)	6 172	10.6
Ibuprofen (Brufen)	10 230	17.5
Andra (NSAIDs)	7 449	12.7

Gruppen undersökte risken för att få reinfarkt eller total mortalitet under tiden patienterna tog preparaten och jämförde med de patienter som inte tog COX-2-hämmare eller NSAID-preparat.

Efter att ha justerat för ålder, kön, ålder av hjärtinfarkt och social status, framkom en signifikant ökad risk för dödlighet med höga doser av COX-2-hämmare eller NSAID-preparat.

Hazard ratio för mortalitet hos patienter som stod på COX-2 hämmare/NSAIDs jämfört med de som inte tog dessa läkemedel

Läkemedel/dos	Hazard ratio för total mortalitet
Rofecoxib >25 mg/dag	5.05
Rofecoxib lägre doser	2.23
Celecoxib >200 mg/dag	4.24
Celecoxib lägre doser	1.70
Diclofenac >100 mg/dag	3.76
Diclofenac lägre doser	0.7
Ibuprofen >1200 mg/dag	1.96
Ibuprofen lägre doser	0.66
Andra (NSAIDs) oavsett dos	1.22

Gislason drog slutsatsen att ju högre dos, desto högre risk för död. Däremot sågs ingen koppling till restenos. Detta tycktes förvånande eftersom man ansåg att detta skulle vara anledningen till mortalitet. Det är också viktigt att denna studie inte var en randomiserad studie utan en så kallad observationsstudie.

Ja, detta var en del av det som presenterades i Dallas i november 2005. Det var förstås betydligt mera och, som jag alltid brukar säga, är det viktigt att finnas på plats och höra kommentarerna. Annars var det stora diskussionsämnet övervikt – fetma. Kärt barn har många namn såsom diaobesitas, cardioobesitas och så vidare.

Vad händer då med denna epidemi i den närmsta framtiden? Ska det bli någon vändning på kurvan behövs en nationell satsning där regering, myndigheter, livsmedelsindustrin, läkemedelsindustrin och läkarkåren gemensamt går samman och tillsammans med dagspressen för ut budskapet. Sker inte det kommer Sverige översvämmas av övervikt.

Tänk på olivoljan och enjoy! ■



Guldvänner:

**ASTRAZENECA
SANOFI-AVENTIS**

BMS

NOVARTIS

PFIZER

MSD/SCHERING-PLOUGH

Silvervänner:

GUIDANT

ORION

MEDTRONIC

MERCK

ST JUDE MEDICAL

Aspects on implementation of coronary heart c

Martin Stagmo, kardiolog från UMAS i Malmö disputerade 14 oktober på avhandlingen *Aspects on implementation of coronary heart disease prevention in clinical practice*. Avhandlingen syftar till att hitta sätt att effektivisera implementeringen av ny kunskap inom prevention, diagnostik och behandling av hjärtsjukdomar i det dagliga kliniska arbetet samt att förbättra arbetet med att upptäcka patienter som löper risk att utveckla dessa sjukdomar. Fakultetsopponent vid disputationen var Professor Lars Rydén från Karolinska Institutet.

Text: Martin Stagmo

CHD is a major burden for society and its subjects, and medical research is constantly striving to develop improved prevention, detection, and treatment options. Our aims were to find more effective ways of implementing this knowledge in clinical practice and to more accurately identify subjects at risk for CHD.

Specific aims of the thesis

- To assess if a mainly nurse-led, structured, hospital-based, one-year secondary prevention programme for CHD, addressing both lifestyle change and pharmacological risk factor intervention, could have long-lasting effects on lipid levels and the use of lipid-lowering drugs four years after referral to primary health care.
- To assess the feasibility to implement a quality control programme which incorporates regular feedback of treatment goals vis-à-vis local guidelines and an increased patient co-operation in order to improve the quality of secondary prevention of CHD.
- To assess the reasons behind the failure of reaching treatment goals set in European guidelines for serum lipids in the EURO-ASPIRE II study.
- To assess if ST-analysis of long-term ECG registration (Holter) could be used to identify asymptomatic subjects at high-risk for subsequent CHD as a complement to conventional risk factor analysis.

Presentation of the manuscripts

Paper I

The aim of this study was to assess if a one-

year, hospital-based, secondary prevention programme could have long-term positive effects on serum lipids and the use of lipid-lowering drugs in patients with CHD four years after referral to primary care facilities.

241 consecutive patients treated at the University Hospital, Malmö, Sweden with acute myocardial infarction, or after coronary artery bypass surgery were screened for participation in the study. After discharge from hospital, all patients underwent a 4-6 week follow-up programme consisting of two visits to a specialist nurse and one visit to a cardiologist. During this period the patients received information on risk factors for CHD as well as lifestyle advice regarding CHD prevention.

Conventional risk factors such as serum lipids and blood pressure were measured. The patients were randomised to either referral to conventional care (CC) or to a secondary prevention programme (SPP) for further follow-up. CC could mean general practitioners or cardiologists in private practice. The SPP consisted of a one-year follow-up programme with regular visits and prespecified goals for risk factor intervention. These goals were: serum cholesterol <5.2 mmol/l, serum triglycerides <1.5 mmol/l, blood pressure <160/90 mmHg, HbA_{1c} <5.3% and smoking cessation.

The programme constituted of on average two visits to a cardiologist and four visits to a specialist nurse. Thorough and repeated information on the nature of CHD, the importance of risk factor intervention and lifestyle changes such as making healthy food choices and smoking cessation was given. After this year the SPP ended and all patients were referred to primary care follow-up for another four years. Five years after the index



Martin Stagmo är kardiolog från UMAS i Malmö och disputerade i oktober på en avhandling om prevention av hjärtsjukdom i det dagliga kliniska arbetet.

event all patients in both the SPP and CC group were re-examined and lipid levels and the use of lipid-lowering therapy were investigated.

Baseline characteristics were similar in both groups. The five-year participation rate was similar in both groups; 75% and 72% in the CC and SPP group, respectively. Total mortality did not differ between the groups, being 15% in the CC group and 14% in the SPP group.

Both total- and LDL-cholesterol were significantly lower after one year in the SPP group compared with baseline values. This difference was largely maintained after five years. In the CC group there was no difference in serum lipids during the five-year follow-up. There was also a significantly higher use of lipid-lowering drugs in the SPP group after one, and five years (68% and 52%, respectively), compared to the CC group (24% and 32%).

This study shows that a structured, hospital-based, secondary prevention programme during one year with defined targets for risk factor intervention and a high use of lipid-lowering drugs can have favourable effects on serum lipids even four years after the termination of the programme. A higher use of lipid-lowering drugs and higher doses of drugs as well as lifestyle changes and motivation to drug adherence can be factors explaining this outcome. Furthermore, it seems feasible to entrust this follow-up mainly to specialist nurses with physician backup.

Table 1. Used doses of lipid lowering agents in the EUROASPIRE II study

	Distribution of statins according to actual daily dose	Total cholesterol < 5 mmol/l, % (n)
Atorvastatin 10 mg	59.8%	59.0% (194/329)
Atorvastatin 20 mg	29.8%	54.9% (90/164)
Atorvastatin ≥ 40 mg	10.4%	45.6% (26/57)
Cerivastatin 0.1 mg	16.5%	47.4% (9/19)
Cerivastatin 0.2 mg	47.0%	38.9% (21/54)
Cerivastatin 0.3 mg	36.5%	40.5% (17/42)
Fluvastatin 20 mg	46.8%	27.6% (16/58)
Fluvastatin ≥ 40 mg	53.2%	34.8% (23/66)
Lovastatin 20 mg	82.6%	52.6% (20/38)
Lovastatin ≥ 40 mg	17.4%	62.5% (5/8)
Pravastatin 10 mg	18.1%	52.5% (31/59)
Pravastatin 20 mg	59.2%	38.9% (75/193)
Pravastatin ≥ 40 mg	22.7%	35.1% (26/74)
Simvastatin 10 mg	34.2%	62.2% (290/466)
Simvastatin 20 mg	56.5%	56.2% (432/769)
Simvastatin ≥ 40 mg	9.3%	53.2% (67/126)

► in CHD patients seems to be improving with introduction of new guidelines, a significant number of patients do not reach treatment goals. If the full potential of lipid-lowering therapy was utilised with all eligible patients treated and doses titrated correctly, more patients would benefit in terms of reduced mortality and morbidity in CHD.

Paper IV

The aim of this study was to assess if Holter monitoring with ST-analysis could be used to predict future major coronary events (MCE) in asymptomatic middle-aged men with a defined aggregation of conventional risk factors for CHD.

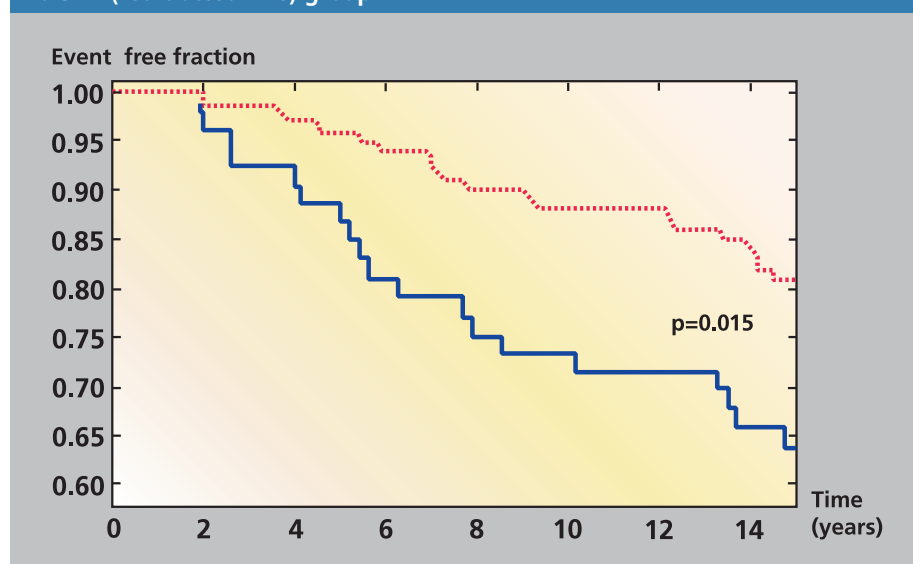
Ambulatory ECG monitoring (Holter) with ST-analysis as a measure of myocardial ischemia has in populations with CHD been shown to predict MCE, i.e. death, myocardial infarction or coronary revascularisation. However, there has been conflicting evidence regarding the usefulness of this technique in identification of healthy subjects with increased risk for CHD.

At an age of 55, 155 asymptomatic subjects in the city of Malmö, Sweden, with known levels of conventional cardiovascular risk factors underwent Holter monitoring for analysis of transient ST-segment depression. Fifteen years after the Holter monitoring, hospital records, diagnosis-, and death registries were reviewed for MCE.

ST-segment depression (STD) was found in 54 of the 155 men. There were no significant differences in risk factors in the two groups at baseline. The 15-year incidence of a first major coronary event was significantly

higher in men with ST-segment depression (39%) than in men without ST-segment depression (20%) ($p < 0.015$). (Fig 2) Holter ECG could predict future MCE with a positive and negative predictive value of 35% and 80%, respectively.

Holter monitoring can be used as a complement to conventional risk factor evaluation in deciding whether or not to treat risk factors for CHD in asymptomatic subjects.

Fig 2. Event free survival in the STD (blue line) and no STD (red dotted line) group.

Conclusions

There are several ways to improve implementation of scientific knowledge and contemporary guidelines regarding CHD prevention into clinical practice. It can be concluded from this study that:

- A structured, one-year, hospital-based secondary prevention programme after CHD, mainly led by specialist nurses with physician backup, can positively influence the use of lipid-lowering drugs and serum cholesterol levels several years after the end of the programme.
- A quality control system based on patient empowerment and education with continuous feedback to patients, nurses, and physicians seems to be welcomed by both patients and participating health care professionals. However, our system based on voluntary participation and report cards was not successful at this time due to a high dropout rate especially after the patients were referred to primary health care facilities.
- Reasons why ESC targets for serum lipids were not met in the EUROASPIRE II study were that too few patients received lipid-lowering drugs, and that of those who did receive such treatment many were treated with sub-optimal doses. If more CHD patients are to fully benefit from lipid-lowering therapy and reach the target levels for serum cholesterol both higher doses and more effective drugs must be used.
- There is a need for new and improved methods of targeting individuals at high risk for CHD even before overt disease in

order to start adequate treatment. It is also desirable to find methods of identifying subjects at low risk for disease. Holter ECG with ST-analysis can be one method of improving risk prediction regarding CHD in asymptomatic subjects. ■

FÖRMAKSFLIMMER – vanligt, men svårbehandlat

Under tre intensiva höstdagar talades det förmaksflimmer inför en fullsatt universitetsaula i Uppsala. Åhörarna var kardiologer från de flesta svenska sjukhus men också en del internationella kollegor. Mötets ordförande Professor Carina Blomström Lundqvist, Uppsala, välkomnade och konstaterade att "förmaksflimmer är vanligt, svårbehandlat och ofta försummat."

Text: Peter Magnusson, ST-läkare, Kardiologiska Kliniken, Uppsala Akademiska Sjukhus samt Medicinkliniken Bollnäs, Hälsoinglands Sjukhus och Birgitta Johansson, Överläkare Kardiologkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset

Inledningvis klargjordes vedertagen terminologi för förmaksflimmer. Paroxysmalt, permanent, återkommande förmaksflimmer och så kallat "lone atrial fibrillation" är ju begrepp som vi alla känner till, men ändå ofta inte används helt stringent.

John Camm, från St Georges i London, påpekade att förmaksflimmer är den vanligas-

te ihållande arytmien och att prevalensen ökar markant med stigande ålder. Kring hälften av patienterna med förmaksflimmer är över 70 år och bland den växande populationen över 80 lider en tredjedel av förmaksflimmer. Sambandet mellan mortalitet och förmaksflimmer har bekräftats⁽¹⁾. Camm citerade Mc Mahon: "Most people die in bed but we should not

conclude that it is the bed that killed them". Inte desto mindre sågs i AVID-registret⁽²⁾ att förmaksflimmer är en oberoende riskfaktor för död. I TRACE⁽³⁾ konstaterades betydelsen av nedsatt vänsterkammarmfunktion beträffande mortalitet, sannolikt till följd av ventrikulär proarytmi och tromboembolism utöver pumpsvikt. Med engelsk retorik pekade sedan Camm på att den ökande flimmerprevalensen och dess tromboemboliska komplikationer innebär enorma kostnader⁽⁴⁾.

Per Blomström från Uppsala pekade på samsjukligheten med hjärtsvikt, ischemi, klaffvitier, diabetes, sömnapné, hypertoni och tyreotoxikos. Sambanden med livsstilsfaktorer som rökning, övervikt, alkohol och stress bekräftades. Den viktiga och behandlingsbara riskfaktorn hypertoni ägnades särskild uppmärksamhet. Då effektiva läkemedel finns och hypertoniker ofta är försätligt symptomfria, är denna grupp angelägen för sjukvården. Tänkvärt är att 44% av patienter som initialt bedömts som "lone AF" diagnosticerades som hypertoniker.

Mekanismerna kring uppkomsten av förmaksflimmer har allt bättre klarlagts och nya farmakologiska och invasiva strategier möjliggjorts. Maurits Allesie från Holland, redo-

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!



gjorde för den onda cirkel som uppstår vid repolarisationsstörning i förmaksmyocyterna och hur detta påverkar konverteringsmöjlighet⁽⁵⁾. Ibutilide, som även påverkar jonkanaler på kammarnivå kan ge upphov till QT-förlängning med dess risk för ventrikulära arytmier av Torsades de pointes-typ. Nya substanser med specifik förmakseffekt studeras nu och flera föreläsare hyste goda förhoppningar om möjlig klinisk tillämpning.

Piotr Platonov från Lund fortsatte kring trigger-substratmekanismer; fibrös omvandling med långsam ledning och block är förutsättning för re-entry. Även Platonov poängterade blodtrycksbehandling och hänvisade till nyligen publicerade data där minskad P-vågsduration och förbättrad interatriell ledning setts vid ACE-I behandling⁽⁶⁾.

Joseph Brugada, Spanien, berättade om mutationer i Na-kanaler som ses hos en del med Långt QT-syndrom (LQTS) och Brugas syndrom, uppkallat efter föreläsaren själv! Förändrat genuttryck som leder till ändrad kaliumtransport har setts vid varianter av LQTS men också vid rariteten Kort QT-syndrom. Genetisk kartläggning av flimmerpatienter är sällsynt, men Brugada berättade om familjärt förmaksflimmer och även ett fall av förmaksflimmer in utero!

Läkemedelsbehandling vid förmaksflimmer utgörs av recidivprofylax och frekvensreglering men även betydelsen av statiner och ACE-I/ARB poängterades.

I AFFIRM-studien gjordes uppföljning av antiarytmika hos förmaksflimmerpatienter⁽⁷⁾. Från AFFIRM-studien konkluderades klar recidivprofylaktisk fördel för amiodarone; emellertid måste biverkningar och dess långa halveringstid beaktas. Vid nedsatt vänsterkammarfunktion anses amiodarone ha en särskild plats då andra antiarytmika är riskfyllda. Noggrann värdering av strukturell och ischemisk hjärtsjukdom poängterades. Fördelen för amiodarone mätt som bibehållande av sinusrytm angavs till 62% mot 23% för Class I-preparat, amiodarone mot sotalol (60% resp 38%) och sotalol mot Class I-preparat (34% mot 23 %). En annan substudie av AFFIRM visade att sinusrytm är förenat med 53 % minskad mortalitet, vilket dock uppvägs av att behovet av antiarytmiska läkemedel ökar mortaliteten med 49 %. Hos svårt symptomatiska patienter med pacemaker som genomgått ablation av AV-överledningen rekommenderas enbart frekvensreglering. Försök att ge dessa patienter rytmreglerande farmaka visade ökad risk för hjärtsvikt och större behov av inläggning på sjukhus⁽⁸⁾.

Anders Roijer, Lund, pekade på platsen för TEE (transesofageal ekokardiografi) för att visualisera tromber inför elkonvertering.

Även andra modaliteter kan vara aktuella såsom CT och MRT. En begränsning med MRT kan vara respiratoriska artefakter samt eventuell övertolkning av tromber i vänster förmaksöra. Roijer varnade för att även warfarin kan vara otillräckligt för att lösa upp tromber och eliminera embolirisen.

Riktlinjer för antikoagulation är numera etablerade. Viveka Frykman från St Görans Sjukhus i Stockholm visade att även om riktlinjerna är kända, är följsamheten desto sämre. Frykman ansåg att primärvårdens läkare här har en viktig roll. Tromboemboliska komplikationer kan hindras med upp till 80% med warfarin. Frykman uppmanade retoriskt "Lets practise evidence based medicine instead of eminence based medicine!"

Bertil Olsson från Lund skisserade det idealiska antikoagulantipreparatet: maxeffektivt, endagsdosering, biverkningsfritt, utan interaktioner, billigt och utan monitorering. Ximelatragram behöver inte monitoreras, men saknar ännu indikation som emboliprofylax vid förmaksflimmer i nuläget. SPORTIF-studien⁽⁹⁾ visade ingen signifikant skillnad med avseende på tromboembolier. Däremot har poolade data visat levertransaminasstegring och FDA meddelade slutligen att de ej godkände preparatet på tromboemboliindikation. Enligt Olsson är sista ordet inte sagt om preparates roll framöver.

Karl Heinz Kuck från Tyskland berättade om pulmonalvensisolering där radiofrekvensvågor punktvis åstadkommer ringar runt höger respektive vänster lungvenspar. Olika centra lägger också kompletterande linjer i vänster respektive höger förmak för att förbygga förmaksfladder. De senaste resultaten från ett stort centrum i Hamburg visar efter 1-2 procedurer vid persisterande förmaksflimmer och 8 ± 2 månaders uppföljning 95 % flimmerfrihet⁽¹⁰⁾. I vänster förmak nära lungvensosterna finns även nervplexa som vid stimulering ger vagal respons. Genom att ge energi även i dessa områden har man sett förbättring av resultat beträffande flimmerfrihet hos patienter med paroxysmalt flimmer⁽¹¹⁾.

Mélèze Hocini, Frankrike, berättade hur man vid permanent förmaksflimmer gjorde ingreppet i vänster förmak med en teknik i flera steg, där inte bara lungvensmyningarna var målet. Preliminära resultat från Bordeaux efter 11 ± 6 månader visade flimmerfrihet hos 57/60 patienter (95%).

Carina Blomström Lundqvist, Uppsala, redogjorde för vilka patienter som kan komma ifråga för invasiv terapi med pulmonalvensisolering. Hos patienter med uttalad symptomatologi och nedsatt livskvalitet till följd av förmaksflimmer, kan antiarytmisk läkemedelsbehandling alternativt invasiv

behandling vara aktuell. The Canadian Trial of Atrial Fibrillation⁽¹²⁾ har visat att amiodarone är mer kostnadseffektivt i behandling av förmaksflimmer än sotalol och propafenon. I två prospektiva randomiserade studier som nyligen publicerats, har man jämfört antiarytmisk läkemedelsterapi med pulmonalvensisolering⁽¹³⁾. I båda studierna sågs efter ett år signifikant minskning av flimmerrecidiv hos patienter som genomgått invasiv terapi, i första studien sågs även minskat behov av sjukhusinläggningar och ökad livskvalitet. Hos yngre patienter kan man rekommendera metoden som förstahandsval istället för livslång medicinering.

Vi i auditoriet fick med oss mycket användbart i handläggningen av den växande skaran flimmerpatienter som är en verklig utmaning i dagens och inte minst framtidens sjukvård. ■

TERMINOLOGI FÖRMAKSFLIMMER

Paroxysmalt= självterminerande inom 7 dagar, oftast inom 24 timmar

Persisterande= läkemedel eller DC-konvertering krävs, ej självterminerande

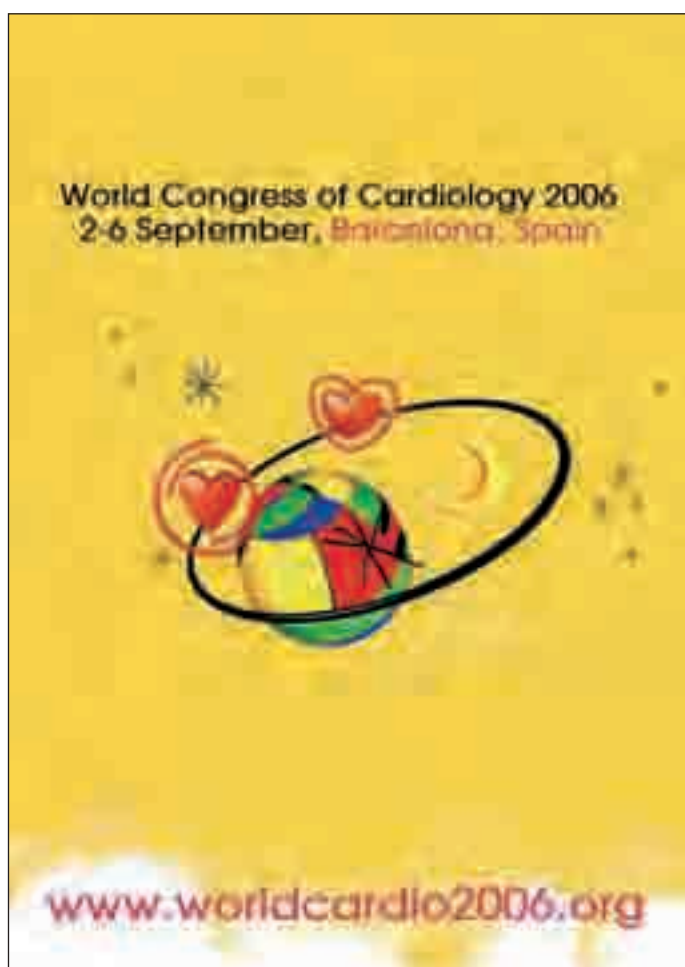
Permanent= DC-konvertering misslyckad eller ej försökt. Långvarigt mer än 12 mån.

Återkommande= 2 eller fler flimmerepisoder

Lone= inga samtidiga riskfaktorer

Ref: www.escardio.org/Management_of_Patients_with_Atrial_Fibrillation

1. Benjamin et al, independent risk factors of atrial fibrillation in a population based cohort with AF. The Framingham Heart Study JAMA 1994; 271: 840-844
2. Wyse et al Atrial fibrillation: a risk factor for increased mortality an AVID Registry analysis J Interv card Electrophysiol 2005; 267-273
3. Pedersen et al The occurrence and prognostic significance of atrial fibrillation/flutter following Acute myocardial infarction TRACE Study Group EHJ 1999;20;748-54
4. Hagens et al Rate Control is more cost effective than rhythm control for patients with persistent atrial fibrillation- results from RACE study EHJ Vol 25 Nr 17 p 1542-1549
5. Maurits et al Atrial fibrillation begets atrial fibrillation Circ 1995; 92 1954-1968
6. Celik et al 2005 Clin Card 28 218-302
7. Wyse DG et al for the Atrial Fibrillation Follow-up of Rhythm Management AFFIRM Investigators. A comparison of the control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. N Eng J Med 2002;347:1825-1833
8. Hahnloser et al Rhythm or rate control I atrial fibrillation. Pharmacological Intervention I atrial fibrillation (PIAF) a randomised control trial Lancet 2000; 356 1789-94
9. Olsson SB et al for the SPORTIF III Investigators. Strokeprevention using the oral thrombin inhibitor ximelatragran in patients with nonvalvular atrial fibrillation (SPORTIF III) Lancet 2003 ;362: 1691-1698
10. F Ouyang, Circulation, 2005; 112:3038-3048.
11. Pappone, Circulation 2004; 109: 327- 334
12. S Nattel, Card Electrophysiol Rev 2003;7: 211-114)
13. OM Wazni, JAMA 2005;293: 2634-40 och Stabile G, Eur Heart J 2005, Okt 7



Missa inte Cardiologföreningens hemsida



www.svenskacardiologforeningen.org

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

NYTT FRÅN ARBETSGRUPPEN FÖR HJÄRTSVIKT

I denna spalt kommer Svenska Cardioloföreningens arbetsgrupp för hjärtsvikt att skriva om aktualiteter inom området. Arbetsgruppen är "tvärvetenskapligt" sammansatt och består av fyra kardiologer (ordförande Ulf Dahlström, Ronnie Willenheimer, Claes Håkan Bergh och Hans Persson), en sköterska med hjärtsviktinriktning (kassör Jan Mårtensson), en geriatriker (sekreterare Bodil Lernfelt) och en distriktsläkare (Gunilla Johansson).

Text: Ronnie Willenheimer

Arbetsgruppen ska vara Cardioloföreningens representant i frågor kring hjärtsvikt, nationellt och internationellt. För närvarande sker bland annat ett intensivt arbete med att försöka kartlägga omfattningen av hjärtsviktsmottagningar inom primärvården i Sverige. Gruppen håller också på att bygga upp ett nätverk av geriatriker, distriktsläkare och sjuksköterskor som är intresserade av hjärtsvikt. Arbetsgruppen är därutöver engagerad i utbildningsfrågor och anordnar symposier om hjärtsvikt på bland annat Riksstämman och Kardiovaskulära Vårmetet, samt håller årligen en tvådagarsutbildning kring olika aspekter av hjärtsvikt. Under 2006 planeras en utbildning som till hälften avhandlar hjärtsvikt och andra vanliga och betydelsefulla samtidigt förekommande sjukdomar, såsom KOL och anemi. Den andra halvan planerar vi att ägna åt att belysa avancerad hjärtsvikt. Utbildningen planeras äga rum den 20-21 april i omedelbar närhet till Arlanda. Boka gärna redan nu in dessa båda dagar.

I dagens spalt ges några korta referat av vetenskapliga studier om hjärtsvikt presenterade på ESC- och AHA-kongresserna i år.

På en av ESC-kongressens Hotline sessions presenterade arbetsgruppens Ronnie Willenheimer resultaten av CIBIS III-studien, vars bakgrund och design presenterades i Svensk Cardiologi nr 1 2005. I studien randomiserades 1 010 patienter, minst 65 år gamla, med mild eller måttlig, stabil systolisk hjärtsvikt till inledande hjärtsviktsbehandling med bisoprolol eller enalapril under 6 månader, följt av kombinerad behandling. Medeluppföljningstid var 1.2 år. Huvudfyndet var att de båda strategierna var likvärdiga avseende det

primära effektmåttet död eller sjukhusinläggning. Bisoprolol-först tenderade att vara något sämre (icke-signifikant) beträffande incidensen av förvärrad hjärtsvikt, speciellt tidigt i förloppet, men något bättre avseende överlevnad (icke-signifikant). Studien visade således att, hos stabila patienter med mild eller måttlig systolisk hjärtsvikt kan behandlingen inledas med bisoprolol eller enalapril, baserat på läkarens bedömning i det enskilda fallet. Lika viktigt är att resultatet understryker att betablockad bör ges frikostigt till hjärtsviktspatienter, liksom ACE-hämmare.

Vid AHA-kongressen presenterades resultaten av studierna REVIVE och SURVIVE. I dessa undersöktes effekterna av den positiva inotropa och vasodilaterande calciumsensitizeren levosimendan, hos patienter som sjukhusvårdades för systolisk hjärtsvikt och hade behov av positivt inotropiskt stöd. I REVIVE II randomiserades 600 patienter till levosimendan eller placebo under ett dygn. Efter 5 dagar var levosimendan signifikant bättre avseende tecken och symtom på hjärtsvikt i kombination med behov av "rescue therapy". I placebogruppen dog 40 patienter jämfört med 49 i levosimendangruppen (icke-signifikant). I SURVIVE randomiserades 1327 patienter till levosimendan under ett dygn eller dobutamin (som i genomsnitt gavs under 39 timmar). Under 180 dagars uppföljning sågs ingen signifikant skillnad i mortalitet mellan grupperna, ej heller vid någon annan tidpunkt under uppföljningen, även om trenden var till fördel för levosimendan. I meta-analyser är effekten av levosimendan på mortalitet neutral gentemot placebo och signifikant bättre jämfört med dobutamin. Studieresultaten talar för att



Artikelförfattaren Ronnie Willenheimer.



Hans Persson presenterade CHARMES vid AHA.

Levosimendan i dag är det bästa tillgängliga positiva inotropa medlet, men det ska användas med försiktighet och endast då det är nödvändigt för att klara patienten ur en akut dekomensation.

Vid AHA-kongressen presenterade arbetsgruppens Hans Persson resultat från CHARMES, en ekokardiografisk substudie av CHARM-Preserved som noga undersökte diastolisk vänsterkammarmfunktion hos 312 patienter med klinisk hjärtsvikt och bevarad systolisk vänsterkammarmfunktion. Man fann att 1/3 hade normal diastolisk funktion och 55% hade normal eller lätt nedsatt diastolisk funktion. Den senare kategorin är inte bevisande för hjärtsvikt. Måttligt eller allvarligt störd diastolisk funktion innebar fyrfaldigt ökad risk för kardiovaskulär död eller sjukhusinläggning för hjärtsvikt och uttalad dysfunktion innebar sju gångers ökad risk. Symptom på hjärtsvikt i kombination med bevarad systolisk vänsterkammarmfunktion är således inte liktydigt med diastolisk hjärtsvikt. En närmare kartläggning av diastolisk funktion hos denna kategori av patienter ger således viktig information om prognosen och sannolikt också om effekten av läkemedelsintervention. ■

CARDIO VASCULAR HIGH LIGHTS

Vetenskapligt utbildningssymposium i Göteborg 30 mars – 1 april, 2006

Pfizer – Your Cardiovascular Partner

Mötet riktar sig till dig som är kardiolog, internmedicinare eller diabetolog.

För tionde året i rad är det nu återigen dags för Cardiovascular Highlights som arrangeras i Göteborg den 30 mars – 1 april 2006. Cardiovascular Highlights är ett symposium som Pfizer arrangerar tillsammans med Doc. Jan Östergren Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Doc. Kenneth Pehrsson Karolinska Universitetssjukhuset Solna och Doc. Stig Persson Lunds Universitet. Cardiovascular Highlights tar upp aktuella kardiovaskulära frågeställningar. Mötet har rönt stor uppskattning och intresse hos läkare med kardiovaskulär inriktning. Utbildningssymposiet är IPULS-certifierat och det ger även 9 CME-poäng från kardiologföreningen. I tidsskriften Svensk kardiologi nr 1 2005 skriver man att Cardiovascular Highlights håller så hög standard att det är ett måste för varje kardiolog.

Är du intresserad och ej har fått en inbjudan, kontakta Pfizer på e-post pycp.sweden@pfizer.com för distribution till din huvudman. Huvudman betalar deltagaravgift som motsvarar minst 50% av totala kostnaden för resa, kost och logi. Deltagaravgiften varierar beroende på bostadsort. Enligt överenskommelse mellan Läkemedelsindustriföreningen och Landstingsförbundet ska deltagande i detta symposium godkännas av huvudman. Sista svarsdatum är 20/1 2006. Deltagarantalet är begränsat och vi reserverar oss för att platserna kan fyllas innan sista svarsdatum.

Välkommen!

Pfizer AB
Box 501, 183 25 TÄBY
Tel: 08-519 062 00
www.pfizer.se

IPULS har granskat och godkänt denna utbildning. Fullständig utbildningsbeskrivning finns på www.ipuls.se
IPULS-nr: 20050373



Undvik hungersnöd – MAT ÅT ALLA

Bengt W Johansson
Kardiolog och författare

I gångna tider var rundhyllthet ett tecken på välmåga. Carl August Ehrensvärd har i sina reseanteckningar från 1795 avbildat en skånska och en halländska med påskriften: "Skånskan sir då någonting ut för ögat igenom en slags mycken mat och mycken lättja och mycket kläder ... men halländskan sir ur som fan ... alltid står hon och sticker". Ehrensvärds rättframma ord lär oss att fetman på hans tid inte var något att skämmas för.

I dag är inställningen till fetma annorlunda och orsaken är inte bara det påvisade sambandet mellan obesitas och hjärt-kärlsjukdomar. Problemet kan angripas på olika sätt, till exempel rättframt som när LT skriver "Fetma hotar korta amerikaners livslängd", något som GV rubricerat "Bättre vara lång?" En del förnekar problemet genom att tala om trivselvikt, eller som Garfield konstaterar: "I'm not overweight. I'm undertall"

Kommersiellt engagerade hjälper till, till exempel genom ett särskilt mode, anpassat för överviktiga. Tjocka

Kroppsvikten är resultatet av skillnaden mellan så många kalorier in och så många ut.

amerikanska hip hop-artister klär sig i nedhasade jeans, stora som tält och overaller i trika som tillåter expansion. Nischföretag satsar på de storsvuxna och säljer bilbältesförlängare, superstora paraplyer och specialgalgar för jättekläder. Sätessfrågan

har blivit het både på biografer och inom flyget och varje månad kommer beställningar på förstärkta, extrabreda kistor. Läke-medelsbolagen har forskning på gång för att få fram preparat som minskar hungerkänslan eller hindrar fettupptag i cellerna. Insatser har gjorts på nationell, internationell och kommunal nivå.

Med tanke på att obesitasepidemin fortsätter att sprida sig är detta uppenbarligen inte tillräckligt. I förlängningen innebär det ökade kostnader genom att fler diabetiker och hjärt-kärlsjuka måste omhändertas, för att inte nämna de sociala och psykiatriska problem epidemin har i släptåg.

Det finns säkerligen en mångfald orsaker till den nuvarande obesitasepidemin. En är att det hos många lever kvar den gamla regeln att äta upp, nödvändigt när det var snålt med födan. I mitt barndomshem gällde att man först måste göra slut på förrätten, som bestod av ett glas vatten och en skiva grovt bröd, innan man fick attackera sovlet.

Alla är överens om att det föreligger en överproduktion av födoämnen – åtminstone i västvärlden. För första gången rapporterar nu Worldwatch Institute att det finns lika många övergödda och överviktiga människor som underviktiga och undernärda. Men även här är det historiska perspektivet av intresse. På samma sätt som vår genetiska uppsättning planerat för nästa brist på föda i form av näringsupplagring i fettcellerna, så har regeringarna velat ha reserver inför nästa hungersnöd.

Reaktionen har kommit, inte minst i form av en uppsjö mer eller mindre kufiska dietprogram. De är naturligtvis



intressanta att ta del av men ställer i skymundan den viktiga balansräkningen att kroppsvikten är resultatet av skillnaden mellan så många kalorier in och så många ut. Rådet blir således: Ät mindre! Men det vill ingen tala om, säger nutritionsforskaren Marion Nestle, för det säljer inga böcker!

Förr gjorde gemene man av med betydligt fler kalorier än i dag. En äldre gentleman berättade nyligen för mig om sin tid som skogshuggare. En stående rätt var bröd och stekt så kallat amerikanskt fläsk – det var verkligen fett. När fläsket var uppätet och fettet i stekpannan svalnat satte han pannan till munnen och slutligen tog han en bit bröd och torkade ren pannan. Ögonen lyste när han drömde sig tillbaka. Och inte ett gram gick han upp i vikt för sen var det dags att gå ut i skogen igen. "Man var svett hela dagen". Och han är fortfarande vital och utan tecken till hjärt-kärlsjukdom. Fysisk aktivitet resulterar i en sänkning av ogynnsamma blodfetter.

Obesitasepidemin är ett multidisciplinärt problem, ett krig som måste utkämpas på många fronter. En är att bygga en infrastruktur som inte är fientlig mot fysisk aktivitet.

Nu ska jag ta en lång och stärkande skogspromenad och fundera på vad jag ska äta i kväll. Jo, varför inte en kålrotssallad, som är så god att jag med förtjusning äter den som fristående rätt, medan jag mediterar över att en portion enbart innehåller 60 kcal och 3 gram fett. ■

KÅLROTSSALLAD

Värm 4 tsk olivolja i en bottenvid kastrull. Lägg i 3 morötter skurna i bitar på ungefär 5 x 20 mm, 325 g kålrötter, skalade och skurna i bitar samt 1 lök skalad och skuren i klyftor. Krydda med salt, svartpeppar och ett stänk cayennepeppar. Låt blandningen fräsa tills rötterna är mjuka men fortfarande fräscha, det tar 7-10 minuter. Häll i 4 msk cidervinäger under fortsatt omrörning tills det mesta av vinägern har avdunstat, tar 1-2 minuter. Häll i en bunt nyklippt vattenkrasse och rör om tills den just börjar sloka i värmen, tar en halv minut. Servera medan den fortfarande är varm.

Bon appétit!