Svensk
KARDIOLOGI
nr. 4 | 2014

Svensk kardiologi – en historiebok

Centrum för kardiovaskulär genetik – med familjen i fokus

Once again – The windy and this year cold city – Chicago

JÄRN-KOLL PÅ DINA HJÄRTSVIKTS-PATIENTER?

"Järnbrist kan bidra till muskeldysfunktion vid hjärtsvikt och orsaka anemi". Kontroll av ferritin är nödvändigt för att diagnostisera järnbrist och rekommenderas av ESC guidelines för hjärtsvikt 2012.[1]

ferinject®
ferric carboxymaltose

Fyller snabbt på järndepåerna

Referens: 1. ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012. Eur Heart J. 2012; 33:1787–1847. ▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning. Övervaka patienter noga med avseende på tecken och symtom på överkänslighetsreaktioner under och i minst 30 minuter efter varje administrering av Ferinject. **ferinject®** (järnkarboxymaltos) (B03AC järn, parenterala preparat) Rx (F). **Indikation:** för behandling av järnbrist, när orala järnpreparat är ineffektiva eller inte kan användas. Diagnosen måste vara baserad på laboratorieprov. **Beredningsform:** injektions-/infusionsvätska 50 mg Fe/ml. Produktresumén uppdaterad 2013-11-26. **TLV:** Ferinject ingår i läkemedelsförmånerna med begränsningen, ej för patienter i hemodialys. För ytterligare information, förpackningar och priser, se www.fass.se. **Vifor Pharma Nordiska AB**, Torshamnsgatan 30 A, 164 40 Kista. Telefon 08-558 066 00. SE/FER/2014/0001

SVENSK KARDIOLOGI
Artiklar som belyser forskning, utbildning och kliniska frågor inom kardiologi. www.cardio.se

ANSVARIG UTGIVARE
Doc Frieder Braunschweig
Hjärtkliniken
Karolinska Sjukhuset, 176 71 Stockholm

EDITOR-IN-CHIEF
Med Dr Martin Stagmo
Sektionen för Hjärtsvikt och Klaffsjukdomar
Skånes Universitetssjukhus, 221 00 Lund
E-post: martin.stagmo@gmail.com

CO-EDITORS
Med Dr Carl-Johan Höijer
Sektionen för Hjärtsvikt och Klaffsjukdomar
Skånes Universitetssjukhus, 221 00 Lund
E-post: carl-johan.hoijer@skane.se

Med Dr Annica Ravn-Fischer
Kardiologkliniken
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 431 45 Göteborg
E-post:: annica.ravn-fischer@vgregion.se

Senior editor
Med Dr Christer Höglund
Globen Heart
Arenavägen 33, Stockholm-Globen
E-post: christer.hoglund@gmail.com

PRODUKTION
Ystads Centraltryckeri, Box 82, 271 22 Ystad
Telefon: 0411-736 10, E-post: cty@cty.se
Projektansvarig: Niclas Ohlsson (niclas@cty.se)
Produktionsansvarig: Lotta Larsson (lottaflarsson@gmail.com)
Layout: Emma Hjalmarsson (emma@dpn.se)

UTGIVNING 2015
Nr 1: vecka 17
Nr 2 vecka 26
Nr 3: vecka 41
Nr 4: vecka 52

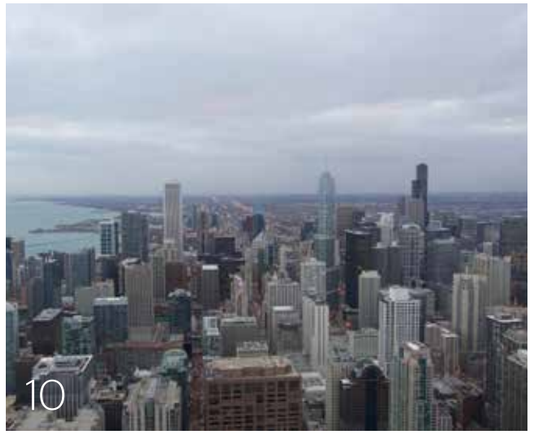
ANNONSFÖRSÄLJNING
Jan Söderstrand
Telefon: 08-622 62 02
E-post: jaso@telia.com

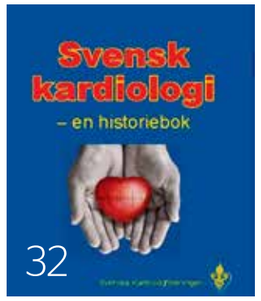
ANNONSMATERIAL
Ystads Centraltryckeri
E-post: cty@cty.se

ANSÖK OM MEDLEMSKAP
www.cardio.se

ÅRSPRENUMERATION
Prenumeration ingår i medlemsskap
Icke-medlem: 400 kronor
Lösnummer: 100 kronor
Upplaga: 2 300

ADRESSÄNDRING
E-post: info@mkon.se





5–9 Ledare
10 AHA
24 TAVI-dagarna 2014
28 CKG i Umeå
32 Svensk kardiologi – en historiebok
34 Forskningsmöte Säröhus
36 iFR-Swedeheart
40 HRG
42 Arytmiprofilen
44 Arbetsgruppen för preventiv kardiologi
46 Krönikan
47 Kalendarium
48 Gastronomins hjärta

50 Ledaren
51 Arbetsgruppen "Sekundärprevention"
52 Arytmigruppen
54 Reserapport

BRILIQUE® ticagrelor | redefining antiplatelet performance

- Brilique* significantly reduced CV mortality with 21 % (RRR 21 %, ARR 1.1 % p=0.001) vs. clopidogrel* in 12 months in a broad spectrum of ACS patients.[1,2]
- Brilique* provides superior efficacy, without an increase in overall total major bleeding and major fatal life-threatening bleeding events. Non-CABG major and non-procedural major and minor bleeding were significantly higher with Brilique* vs clopidogrel*.[1,2]

*In combination with ASA. 1. Wallentin L et al. N Engl J Med 2009; 361:1045–57 and Supplement. 2. Brilique SPC.

Brilique (ticagrelor) Rx F SPC 2014-07-24 är ett trombocythämmande läkemedel, en cyklopentyltriazolopyrimidin (CPTP). **Indikationer:** Brilique, givet tillsammans med acetylsalicylsyra (ASA), är indicerat för prevention av aterotrombotiska händelser hos vuxna patienter med akut kranskärlssjukdom (instabil angina, icke-ST-höjningsinfarkt (NSTEMI) eller ST-höjningsinfarkt (STEMI) inklusive patienter som behandlas medicinskt och patienter som behandlas med perkutan koronarintervention (PCI) eller kranskärlskirurgi (CABG)). **Förpackningar:** Brilique finns i styrkan 90 mg i följande förpackningsstorlekar: 56 och 168 tabl kalenderblister (med sol-/månesymboler) samt 100x1 tabl perforerade blister. **För information om kontraindikation, försiktighet, biverkningar, pris och doseringar, se www.fass.se**

355903.011 0914 SE

AstraZeneca

AstraZeneca AB AstraZeneca Nordic-Baltic 151 85 Södertälje Sweden T: 08-55326000 astrazenecacv.se

2015: hjärtsvikt i fokus

Nu har den kalla årstiden kommit. Ser fram emot mysiga kvällar framför brasan och stearinljus som sprider behagligt lugn och ro i hemmet. På jobbet brukar stressen dock snarast öka så här års. Det har länge varit känt att antalet hjärtinfarkter ökar när det är kallt och mörkt ute. Även dödsfall och sjukhusinläggningar för hjärtsvikt ökar under den kalla årstiden. Hoppas då, att patienter med hjärtinfarkt och hjärtsvikt inte behöver konkurrera om de knappa vårdresurserna på hjärtavdelningen.

Spåret till specialiserad vård brukar ändå vara rakare för den ena än för den andra diagnosen. En patient med en liten hjärtinfarkt och lätt förhöjda troponiner får nog alltid plats på en specialavdelning med strukturerat behandlingsprogram och tillgång till avancerad terapi baserad på de nyaste riktlinjerna. Självfallet är detta bra! Vi kan vara väldigt stolta över hjärtinfarktvården som håller världsklass och ger bättre överlevnad till våra patienter jämfört med andra länder.

För den som akut söker för hjärtsvikt, ett tillstånd med klart sämre prognos, är vårdkedjan emellertid inte lika väloljad. Bedömning av hjärtsviktsspecialist kan dröja eller uteblir med farliga konsekvenser för patienten. Det räcker ju inte med litet Furix iv: behövs inotropt stöd, är det aktuellt med CRT, ICD, pump eller transplantation, är hjärtfrekvensen väl inställd, flimmret reglerat, järndepåerna påfyllda, hur ska läkemedlen doseras och upptitreras? Liksom vid hjärtinfarkt behövs inblandning av experter för att ställa rätt diagnos, ge evidensbaserad behandling och initiera adekvat långtidsuppföljning.

Satsar vi tillräckligt? Denna frågeställning belystes i höstas när Kardiologföreningens föreläsningsserie om hjärtsvikt turnerade landet runt. Det var glädjande att se hur mycket intresse, kunskap och engagemang som finns på området. Tyvärr saknas ofta resurser och strukturer för att överföra detta till bättre vård. Undersökningar visar om och om igen att riktlinjerna ej följs fullt ut och att avancerad behandling underutnyttjas. En viktig resurs i sammanhanget är det nationella RiksSvikt-registret. Här råder dock litet av Moment 22: eftersom patienterna ej systematiskt behandlas på specialistenheter kan registret inte vara helt fulltäckande vilket i sin tur försämrar kvalitén av registerdata.

Så, högst upp på min önskelista inför jul och nyår står att sätta hjärtsvikt i fokus och gemensamt förbättra vården av dessa svårsjuka patienter. Förutsättningarna är goda. Onekligen finns det yppersta kompetens. Flera av dagens basala behandlingsprinciper har utvecklats i Sverige (Finn Waagstein berättade på Kardiologföreningens kliniska forskningskurs om pionjärlagets steniga väg att etablera betablockad vid hjärtsvikt). RiksSvikt med Peter Vasko i spetsen gör ett lysande förbättringsarbete. I Stockholm lanseras det stora 4D-projektet som skapar förutsättningar för bättre hjärtsviktsvård och -forskning. Flera rader i Socialstyrelsens nya riktlinjer kommer att ge starka incitament för bättre implementering av modern sviktbehandling. Även ESC satsar på ett Heart Failure awareness program som stöds av SvKF. Således ljusning på sviktfronten!

"Flera av dagens basala behandlingsprinciper har utvecklats i Sverige."

Det har varit roligt att jobba med styrelsen under det gångna året! Många, inte minst i arbetsgrupperna, bidrar med sin fantastiska kunskap och engagemang till att det går framåt för föreningen – stort tack! En tråkig sak blev tyvärr uppenbar under det pågående arbetet: vi är dåligt uppdaterade på medlemmarnas adresser och email. Därav verkar våra utskick inte nå ut till alla vilket är mycket beklagligt. Vi ska nu ta itu med detta. Vänligen uppdatera era email och postadresser via vår hemsida! Ni som har flyttat, ändrat adress, eller känner att ni inte ta del av föreningens kommunikation: vänligen använd modulen på hemsidan för adressändring eller skicka ett meddelande till föreningen. På så sätt hoppas jag också att alla får inbjudan till våra fortbildningsdagar 5–7 Februari 2015. Vi ses där!

Ha en god jul!
Frieder

När det lider mot jul …

Kära läsare.

I skrivandets stund håller julstämningen i allt snabbare takt att sprida sig i landet. Juldekorationer och adventsljusstakar dyker upp i allt fler fönster. De riktigt modiga/dumdristiga har redan plockat fram tomtarna ur garderoben. Den ständigt pågående diskussionen mellan oss radikala julfrossare som gärna sätter upp ljusstakarna redan i slutet av november och de mer ortodoxa som inte på några villkor tar in granen förrän den 23 blir allt mer högljudd. Vem som har rätt i sak går väl som i de flesta frågor rörande tycke och smak inte att avgöra utan var och en av oss får själv bedöma i vilket läger vi hamnar. Detta gäller flertalet av de stora och små frågor och konfliker vi drabbas av. Frågan om K(C)ardiologföreningen stavning är fortfarande en som ger föda åt diskussionen bland medlemmarna och många, i flera fall mycket eleganta och roliga, argument för och emot båda stavningarna tillsändes fortfarande mig. I just denna fråga, som diskuterats , debatterats, och beslutats till förmån för K, får vi nog inse att det som i det militära bara är att gilla läget!

Det är dock inget som hindrar att du skickar in ett debattinlägg om detta eller något annat aktuellt ämne till tidningen som food-for-thought åt kollegorna i landet.

Julnumret som du nu håller i handen är fyllt med stort och smått som kan tänkas beröra och intressera kardiologsverige. En favorit i repris om än med nytt innehåll är Kiddes reportage från AHA. Vidare får ni läsa ett reportage av Annica Ravn-Fischer från den mycket uppskattade forskarkursen som Kardiologföreningen anordnade på Säröhus i slutet av november. Ta chansen att delta vid nästa års kurs.

Vi får också en inblick i den mycket välorganiserade verksamheten vid Umeås Kardiogenetiska Centrum. Kardiogenetik är en relativt ny diciplin som kommer att få allt större betydelse i takt med att vår kunskap om den genetiska bakgrunden och betydelsen vid flertalet kardiologiska åkommor.

Matthias Götberg från Lund ger oss en inblick i pågående svensk forskning baserad på våra förnämliga register.

Naturligtvis får vi också tänkvärda reflexioner från Carlos Valladares och kulinariska läckerheter från Calle Höijer i detta nummer.

Om just du vill belysa din verksamhet eller forskning eller ta tillfället i akt att komma med ett debattinlägg som kan tänkas intressera eller engagera Kardiologföreningens medlemmar är du välkommen att maila mig på martin.stagmo@gmail.com

Glöm inte att uppdatera dina adress- och mailuppgifter via kardiologföreningens hemsida www.cardio.se eller med mail till sofie@mkon.se på Malmö Kongressbyrå som handhar medlemsregistret så att du säkert får både tidning och mailutskick från föreingen även i framtiden.

Med önskan om en riktigt God Jul och ett Gott Nytt År ger jag er ett citat av Winston Churchill som vi alla, både läkare, sjukvårdsadministratörer och politiker kan fundera över lite då och då.

Martin Stagmo
Redaktör

Keep calm and carry on

"However beautiful the strategy, you should occasionaly look at the results"

Winston Churchill

Xarelto® (rivaroxaban)

En NOAK* med fem indikationer inom venös och arteriell tromboembolism

SPAF Förebyggande av stroke och systemisk embolism hos (vuxna) patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer†

LE Behandling av lungemboli (LE) och förebyggande av återkommande DVT och LE‡

AKS Förebyggande av trombos efter akut koronart syndrom (AKS)§

VTEp Förebyggande av venös tromboembolism efter kirurgisk elektiv höft- eller knäledsplastik**

DVT Behandling av djup ventrombos (DVT) och förebyggande av återkommande DVT och LE‡

* Nya orala antikoagulantia. † Förebyggande av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer, såsom hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥ 75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack. ‡ Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungemboli (LE), samt förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. § Förebyggande av aterotrombotiska händelser hos vuxna patienter efter ett akut koronarsyndrom (AKS) med förhöjda hjärtmarkörer. ** Förebyggande av venös tromboembolism (VTE) hos vuxna patienter som genomgår kirurgisk elektiv höft- eller knäledsplastik.

Bayer HealthCare

Bayer AB. Box 606. 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00.

First in ORAL, Direct Factor Xa Inhibition

Xarelto® rivaroxaban

Xarelto (rivaroxaban), antitrombotiskt medel, ℞ (B01 AF01). Tabletter 2,5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg. **Indikationer:** 2,5 mg: Xarelto, i kombination med enbart acetylsalicylsyra eller med acetylsalicysyra och klopidogrel eller tiklopidin, är avsett för att förebygga aterotrombotiska händelser hos vuxna patienter efter ett akut koronarsyndrom (AKS) med förhöjda hjärtmarkörer (EF). 10 mg: Förebyggande av venös tromboembolism (VTE) hos vuxna patienter som genomgår kirurgisk elektiv höft- eller knäledsplastik (Ff). 15 mg och 20 mg: Förebyggande av stroke och systemisk embolism hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer med en eller flera riskfaktorer, såsom hjärtsvikt, hypertoni, ålder ≥ 75 år, diabetes mellitus, tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (F). Behandling av djup ventrombos (DVT) och behandling av lungemboli (LE), och förebyggande av återkommande DVT och lungemboli (LE) efter en akut DVT hos vuxna (F). **Dosering:** Xarelto, i kombination med enbart acetylsalicylsyra eller med acetylsalicysyra och klopidogrel eller tiklopidin, är avsett för att förebygga aterotrombotiska händelser hos vuxna patienter efter ett akut koronarsyndrom (AKS) med förhöjda hjärtmarkörer: rekommenderad dos är 2,5 mg två gånger dagligen. Patienterna ska också ta en daglig dos om 75–100 mg acetylsalicysyra eller en daglig dos om 75–100 mg acetylsalicylsyra i tillägg till antingen en daglig dos om 75 mg klopidogrel eller en vanlig daglig dos av tiklopidin. Förebyggande av venös tromboembolism (VTE) hos vuxna patienter som genomgår kirurgisk elektiv höft- eller knäledsplastik: rekommenderad dos är 10 mg som tas oralt en gång dagligen. Den inledande dosen ska tas 6 till 10 timmar efter operationen, förutsatt att hemostas har etablerats. Förebyggande av stroke och systemisk embolism: rekommenderad dos är 20 mg en gång dagligen, vilket också är den rekommenderade maxdosen. Behandling av DVT och LE och förebyggande av återkommande DVT och LE: rekommenderad dos för initial behandling av akut DVT är 15 mg två gånger dagligen under de första tre veckorna, följt av 20 mg en gång dagligen för fortsatt behandling och förebyggande av återkommande DVT och LE. Särskilda patientpopulationer: för patienter med måttligt (kreatininclearance 30–49 ml/min) eller svårt (kreatininclearance 15–29 ml/min) nedsatt njurfunktion gäller följande doseringsrekommendationer: vid förebyggande av aterotrombotiska händelser hos vuxna patienter efter ett akut koronarsyndrom (AKS) med förhöjda hjärtmarkörer behövs ingen dosjustering hos patienter med måttlig nedsatt njurfunktion. Vid förebyggande av stroke och systemisk embolism hos patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer är den rekommenderade dosen 15 mg en gång dagligen. Vid behandling av DVT och LE och förebyggande av återkommande DVT och LE: patienterna ska behandlas med 15 mg två gånger dagligen under de första tre veckorna. Därefter är den rekommenderade dosen 15 mg en gång dagligen. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne som anges i avsnitt 6. Aktiv, kliniskt signifikant blödning. Organskada eller tillstånd, som anses utgöra en ökad risk för större blödning. Detta kan omfatta pågående eller nyliga ulcerationer i magtarmkanalen, förekomst av maligna tumörer med hög blödningsrisk, nyliga hjärn- eller ryggradsskador, nyligen genomgången hjärn-, ryggrads- eller ögonkirurgi, nyligen genomgången intrakraniell blödning, kända eller misstänkta esofagusvaricer, arteriovenösa missbildningar, vaskulära aneurysm eller större intraspinala eller intracerebrala vaskulära missbildningar. Samtidig behandling med andra antikoagulantia, t.ex. ofraktionerat heparin (UFH), lågmolekylärt heparin (enoxaparin, dalteparin etc.), heparinderivat (fondaparinux etc.), orala antikoagulantia (warfarin, dabigatranetexilat, apixaban etc.), förutom vid byte av behandling till eller från rivaroxaban eller när UFH ges i doser som krävs för att hålla en central ven- eller artärkateter öppen. Samtidig behandling av AKS i kombination med trombocytaggregationshämmande behandling hos patienter med tidigare stroke eller en transitorisk ischemisk attack (TIA). Leversjukdom förknippad med koagulopati och kliniskt relevant blödningsrisk inklusive cirrotiska patienter med Child Pugh B och C. Graviditet och amning. **Varningar och försiktighet:** Xarelto ska användas med försiktighet hos patienter med kreatininclearance 15–29 ml/min. Användning av Xarelto hos patienter med kreatininclearance < 15 ml/min rekommenderas inte. Hos flera undergrupper av patienter föreligger en ökad blödningsrisk. Dessa patienter ska övervakas noga för tecken på blödningskomplikationer efter att behandlingen inletts. För fullständig information om varningar och försiktighet var god se www.fass.se. **Förpackningar och förmån:** 2,5 mg: 56 tabl. (EF). 100 tabl. (EF). 168 tabl. (EF). 10 mg: 10 tabl. (F), 30 tabl. (F), 100 tabl. (EF). 15 mg: 28 tabl. (F), 42 tabl. (F), 98 tabl. (F), 100 tabl. (F). 20 mg: 28 tabl. (F), 98 tabl. (F), 100 tabl. (F). För ytterligare information och prisuppgift var god se www.fass.se. Datum för senaste översynen av produktresumén juli 2014. Bayer AB. Box 606. 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

L.SE.11.2014.1458 November 2014

Bilbo & Co

Med svensk forskning för framtiden

Svensk kardiologisk forskningen har en framskjuten plats internationellt. En sökning i PubMed efter publikationer inom kardiologin med svensk anknytning under det gångna året ger mer än 480 träffar. Inriktningen på publikationerna spänner över hela forskningsfältet och baseras på bl.a. epidemiologiska, registerbaserade, interventions, observations och experimentella studier. Författarna är fördelade över hela Sverige och många av publikationerna bygger på samarbete mellan flera enheter, både internationellt och nationellt respektive inom och mellan professioner. Detta stärker forskningen och de resultat som publiceras.

Vi behöver skapa mötesplatser där vi kan knyta kontakter för framtida gemsamma projekt. Kardiologföreningens forskningskurs, som precis har avslutats (26–27 november) och är den femte i ordningen, är en bra mötesplats. Denna gång träffades 15 doktorander och deras handledare på Säröhus utanför Göteborg och under två dagar granskade de sin egen och andras forskning. En del av projekten som presenterades innehöll samarbeten över professionsgränserna och mellan olika delar av landet. För vissa deltagare var det den första kontakten med forskare inom samma intresseområde utanför den egna gruppen, och ett startskott för viktigt nätverkande. Seniora forskare bidrog med forskningslivserfarenhet och delade med sig av sina erfarenheter om med och motgångar och att forskning tar tid, men oftast är lustfylld.

Vi lämnade mötet med ökad insikt om vilken forskning som utförs på andra ställen och flera deltagare definierade beröringspunkter som säkert kommer att leda fram till nya nationella samarbeten. En av föreläsarna beskrev att trots välutvecklad IT-kommunikation så är det personliga möten som snabbt driver forskningen framåt.

Det nyligen avslutade kliniska kardiologiska forskningsmötet är årligt återkommande. Varje möte har nytt innehåll och som deltagare kan man därför återkomma år efter år.

Boka redan nu sista veckan i november 2015 för nästa forskarkurs. Det är också tid att söka något av de forskningsstipendier som annonseras i detta nummer av Svensk kardiologi och återfinns på hemsidan. Ta tillfället och fundera på om din forskning passar för något av stipendierna och skicka in en ansökan före slutet av februari månad.

Glöm inte att njuta av den stundande julefriden!

Christina Christersson

”Författarna är fördelade över hela Sverige”

Once again

– The windy and this year cold city – Chicago

Text & foto: Christer Höglund

För några år sedan hade jag ett reportage från Chicago som hade titeln ”The Windy City”. Detta år skulle jag vilja lägga till ett ord till, nämligen ”The Cold and Windy City”. Väl inne i stan efter en trip från Ohare – flygplatsen i Chicago – kände man den kalla ishavsvinden smeka förbi längs Michigan Avenue. Det var – 7 grader (i lä). I denna stad gick årets upplaga av AHA – American Heart Association – och denna gång hade den samlat något mindre än 20 000 deltagare. Jag uppskattar antalet svenskar till 20–30 stycken. Jag brukar ju skriva om hur antalet svenskar minskar på internationella möten för varje år och nu gäller ytterligare åtstramningar från nästa år, nämligen inget bidrag från industrin. Landstinget ska vara den som bekostar din resa. Hur går det?

Jag vill inte tala om det nu utan om AHA och Chicago. I USA om du inte visste det, finns det två stora hjärtföreningar, nämligen AHA och ACC. Detta möte ger en mer ”jordnära approach” till ens dagliga verksamhet i kliniken men jag föredrar bägge mötena.

Fanns det då något med svensk anknytning? Absolut, årets höjdpunkt, och det är varje år, var Paul Dudley föreläsningen och detta år hade den ärofulla föreläsningen gått till professor Lars Wallentin i Uppsala. Jag har skrivit många ord om Lars Wallentin men det kan inte nog upprepas att höja honom till skyarna. Han tillhör en av Sveriges absolut främsta och internationellt mest kända kardiologer. Hans föreläsning handlade mycket om hans livsverk – UCR – som blivit så väl spritt över världen. Flertalet utländska kardiologer är ytterst ”avundsjuka” på den registerhanteringen som utvecklats av Wallentin och all forskning som regelbundet kommer ut. Hans medarbetare idag – doc Stefan James, doc Oldgren, doc Claes Held och med dr Warenhorst för att nämna några – har ju utvecklats i samma gynnsamma riktning. Det var en fröjd att vara svensk under hans föreläsning. Ett stort grattis!

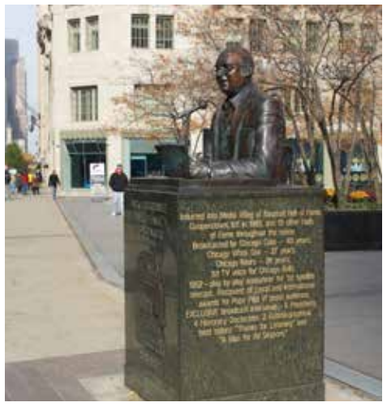
Dick Cheney – förre USAs vice president – talade om sitt liv, sina hjärtåkommor. Han insjuknade redan vid 37 års ålder med akut hjärtinfarkt. Sedermera genomgick han en by-pass-operation på grund av 4-kärls sjukdom, flera PCI med stent. De sista åren i Vita Huset började han dock märka att han blev mer andfådd och år 2010 utvecklade han en svår systolisk hjärtsvikt som ledde till insättande av en hjärtpump – LVAD – som han hade i 20 månader tills han hjärttransplanterades 2012. Ett råd han gav auditoriet var att försök att hitta en kardiolog och håll dig till honom. Så gjorde han och har sedan dess haft samma doktor. Tillsammans har de skrivit en bok som heter Heart: An American Medical Odyssey. Senaste helgen spenderade han i Louisiana då han deltog i fågeljakt.

Medicinsk kardiologisk historia i all ära – ni minns väl historien om Eisenhowers kardiologiska bana – men nu tillbaka till det aktuella.

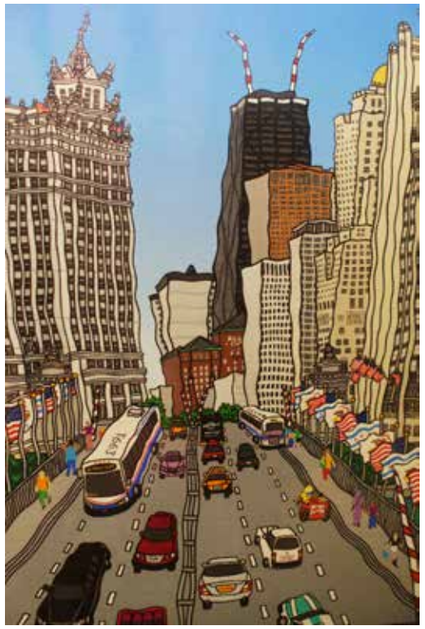
Som brukligt har jag haft som vana att referera från Hotlines och så också denna gång. En del av de nya studierna, som var totalt 12 till sitt antal, hade namn som DAPT, ISAR-SAFE, ITALIC, IMPROVE-IT, FACTOR-64, JPPP, ODYSSEY Alternative, LIBERTÈ. Så låt snabbt hoppa in och börja.

Lars Wallentin

Trump Building



Staty i Chicago



Michigan Avenue

Chicagokväll

DAPT

Står för Dual Antiplatelet Therapy beyond One Year after Drug-eluting Coronary Stent Procedures

Bakgrund

Koronarstent stent hör idag till vanligheten vid behandling av angina pectoris. Tyvärr inträffar dock stenttromboser även om de inte är vanliga. Risk för stenttrombos minskar med tiden men risken finns där. Hur länge behandling ska ske med tienopyridiner är fortfarande oklart. Enligt de europeiska riktlinjerna föreslås en tid mellan 6–12 månader. Vad händer tiden efter var en av DAPTs primära frågor.

Syfte

Att undersöka om dubbel antitrombotisk behandling längre än 12 månader är förenat med ytterligare minskning av stenttrombos och MACCE.

Basdata och design

Totalt ingick 11 länder med 452 sjukhus. Behandlingstiden var 12–30 månader. Behandlingsgrupperna delades upp efter stenttyp; DES gruppen var 22 866 och BMS var 2 816. Samtliga patienter fick sedvanlig ASA men tienopyridiner var placebokontrollerat.

	Tienopyridiner (n=5020)	Placebo (n=4941)	p-värde
Ålder medel	62	62	0,24
Kvinnor %	25	26	0,15
Hypertoni %	76	74	0,03
Diabetes %	31	30	0,28
Tidigare PCI %	30	31	0,50

Vanligaste stenttypen var Everolimus (47 %), Paclitaxel 27 % och Zotaolimus (Endeavor) 13 %. 65 % av patienterna fick clopidogrel medan 35 % prasugrel.

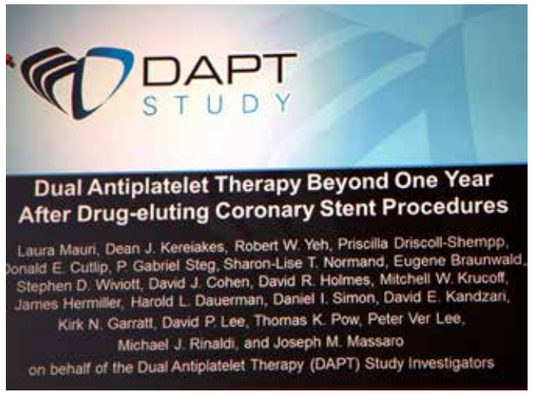
Resultat

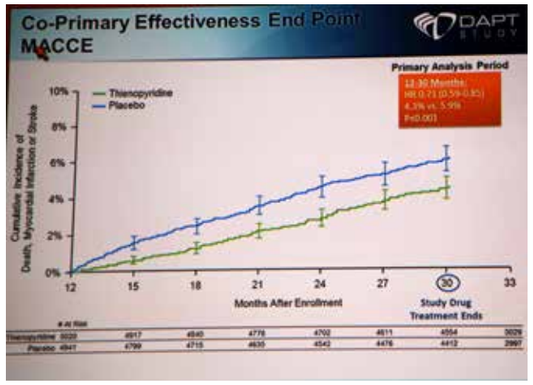
Efter 30 månader framkom en signifikant antal färre stenttromboser i tienopyridingruppen, p<0,001. Även i MACCE dvs död, hjärtinfarkt och stroke, framkom signifikant skillnad till fördel för tienopyridingruppen, p<0,001. Orsaken till färre MACCE var att det framkom en signifikant reduktion i hjärtinfarkt p<0,001. Däremot förelåg en förväntad och ökad blödningsincidens i tienopyridingruppen jämfört med placebogruppen, 2,5 % resp. 1,6 %. Fanns det då några subgrupper som man inte såg någon skillnad? Män över 75 år, kvinnor och patienter med diabetes – hos dessa framkom ingen skillnad mellan grupperna.

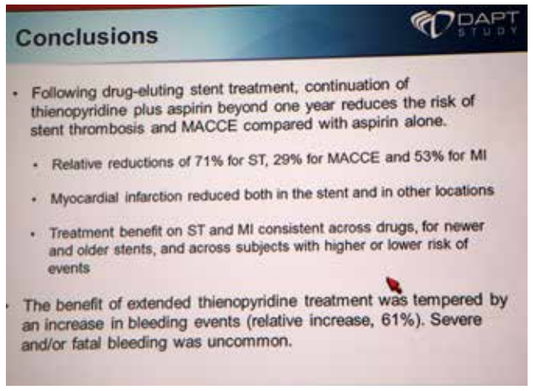
Konklusion

En förlängd behandlingstid längre än 1 år resulterade i ytterligare minskning av risken av att få stenttrombs samt MACCE och då speciellt hjärtinfarkt. Allvarliga blödningar var sällsynta.

Sammanfattningen blev att om patienten tolererade typ clopidogrel/prasugrel bra, skulle detta leda till ytterligare minskning av stenttromboser eller hjärtinfarkt.







ISAR-SAFE

Står för Six versus Twelve months of clopidogrel Therapy after Drug-Eluting Stenting

Bakgrund

Precis som den tidigare studien är den optimala tiden för behandling med ASA och tienopyridiner fortfarande ej säkert.

Syfte

Att undersöka om sex är lika bra som tolv månaders behandling med clopidogrel är lika bra.

Endpoint

En kombination av död, hjärtinfarkt, stenttrombos, stroke eller blödning efter DES implantation.

Basdata och design

Totalt deltog 40 centra från Tyskland, Belgien, Holland, Danmark och Kina. 4 005 patienter randomiserades varav 1998 patienter i placebogruppen och 2007 i clopidogrelgruppen. Studien var en randomiserad, dubbelblind placebokontrollerad och rekryteringen skedde mellan 2008–2014.

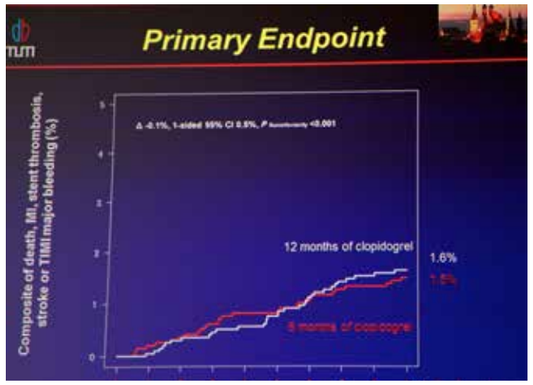
	6 mån clopidogrel n=1997	12 mån clopidogrel n=2003
Ålder medel	67	67
Kvinnor %	19	20
Hypertoni %	90	92
Diabetes %	25	24
Stent kärl LAD %	40	41

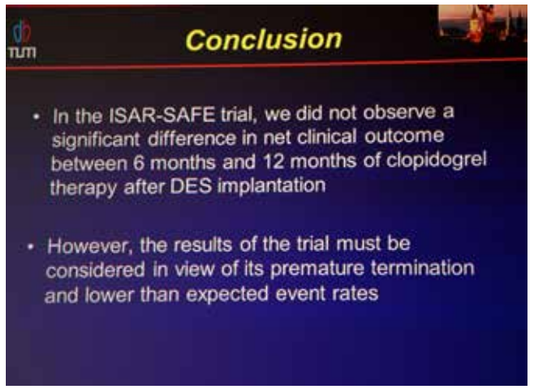
Resultat

Det framkom ingen skillnad i sex eller tolv månaders behandling på kombinationen död, hjärtinfarkt, stenttrombos eller stroke (p=0,59). Ej heller i blödningstendens framkom någon skillnad mellan sex och tolv månader.

Slutsats

Studien visade att det inte framkom någon skillnad i ”outcome” mellan 6 eller 12 månaders behandling med clopidogrel efter PCI med DES. Dock reserverade man sig till resultaten mycket på grund av tidig avslut av studien.



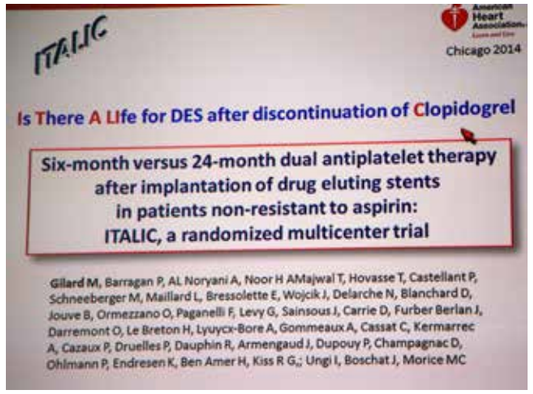


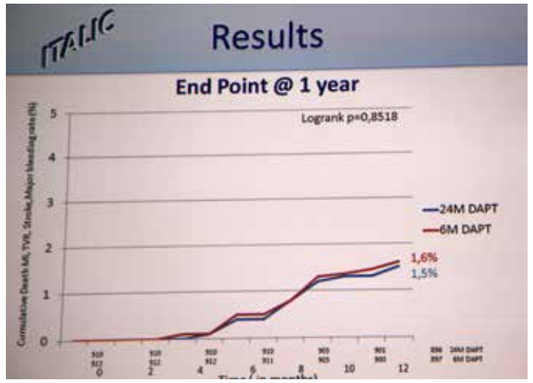
ITALIC

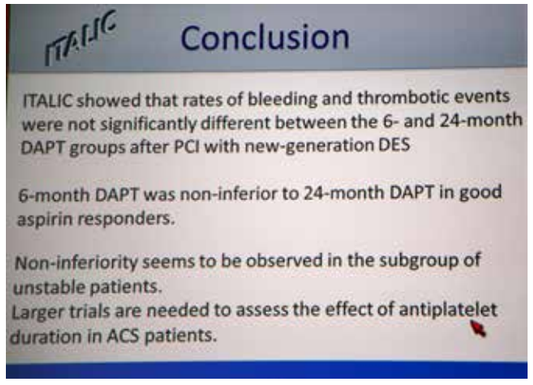
Står för Is there A Life for DES after discontinuation of Clopidogrel

Denna studie var egentligen en annan studie mestadels utförd i Frankrike där syftet var i stort densamma som i ISAR-SAFE bara det att i denna studie jämförde man 6 månaders behandling med 24 månaders behandling.

Resultatet visade på att frekvensen trombotiska händelser var ungefär lika mellan 6 och 24 månaders behandling.







JPPP

Står för Low-dose aspirin for primary prevention of cardiovascular events in elderly Japanese patients with atherosclerotic risk factors: a randomized clinical trial.

Bakgrund

Prevention av kardiovaskulär sjukdom med ASA är en viktig behandlingstrategi men också debatterad.

Syfte

Att undersöka om ASA reducerar incidensen av kardiovaskulär sjukdom jämfört med ingen behandling hos äldre japanska patienter (60–85 år) med aterosklerotiska riskfaktorer.

Endpoint

Kombination av död, non-fata stroke och non-fatal hjärtinfarkt

Basdata och design

Totalt randomiserades 14 658 patienter i Japan 1007 kliniker. Patienterna skulle som riskfaktorer ha någon av hypertoni, dyslipidemi eller diabetes. Patienterna randomiserades typ 1:1 ASA/placebo. Studien pågick i sex år.

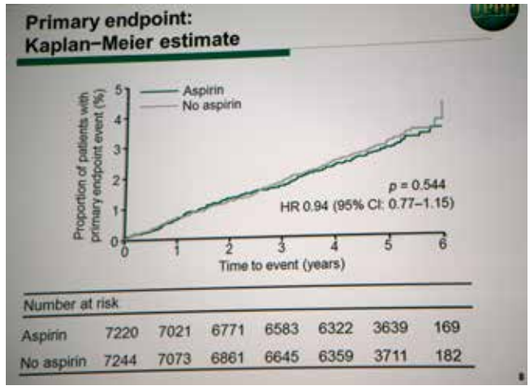
	ASA 100 mg (n=7220)	Placebo (n=7244)
Ålder medel år	71	71
Kvinnor %	58	58

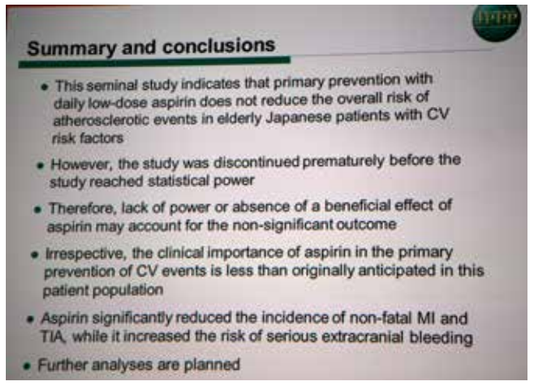
Resultat

Efter sex år framkom ingen skillnad i primär endpoint mellan grupperna, (p=0,54). Möjligen noterades något färre TIA med ASA medan däremot mindre extrakraniella blödningar i placebo-gruppen.

Konklusion

Det framkom ingen minskning i kardiovaskulära händelser med ASA behandling hos äldre japaner och visade att ge ASA som primär prevention i denna patient population.





Surgical treatment of moderate ischemic mitral regurgitaion:

The Cardiothoracic surgical trials network

Bakgrund

Man skiljer mellan primär och sekundär mitralinsufficiens. Den primära är ju strukturella förändringar på mitralklaffar medan sekundär är en konsekvens av försämrad vänster kammarfunktion som antingen beror på ischemi eller ej. Man räknar med att 50 % av hjärtinfarkter ger upphov mindre eller större grad av mitralinsufficiens. Det anses också att ischemisk mitralinsufficiens är kopplat till ökad morbiditet.

Primär endpoint

Graden av reduktion av den systoliska vä kammardimensionen. Sekundära endpoints var MACCE, mortalitet

Basdata och design

Totalt randomiserades 301 patienter i USA som skulle genomgå CABG. I 151 patienter utfördes enbart CABG medan i den andra gruppen dvs CABG + mitralklaffkirurgi randomiserades 150 patienter. Patienterna skulle ha måttlig mitralinsufficiens för att ingå. Beräkningen gjordes via ekokardiografi.

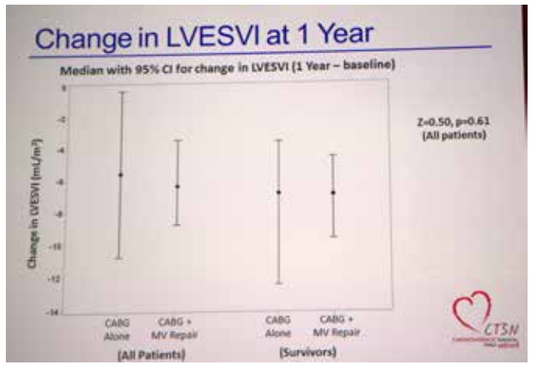
	CABG n=151	CABG + mitralklaffkirurgi n=150
Ålder medel år	65	64
Män %	66	71
Diabetes %	44	51
Förmaksflimmer %	23	13

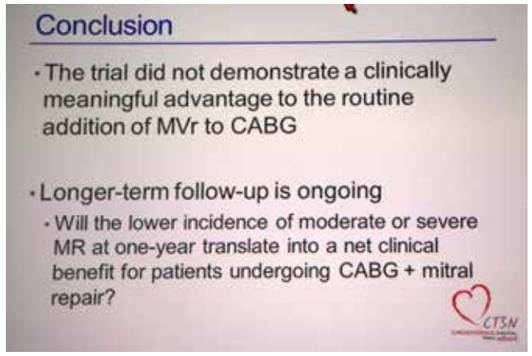
Resultat

Efter ett år efter operation sågs ingen skillnad i vä kammardimensionen mellan grupperna (p=0,61). Ej heller framkom det någon skillnad i mortalitet mellan grupperna efter ett år (p=0,83). Ej heller någon skillnad mellan grupperna i MACCE. Ingen skillnad i livskvalitet.

Konklusion

1 år efter CABG eller CABG + mitralklaffkirurgi framkom ingen skillnad mellan CABG eller CABG och mitralklaffkirurgi i mortalitet eller MACCE. Däremot noterade man längre sjukhustid då klaffoperation utfördes. Studien bekräftade därför att utföra klaffkirurgi på måttlig mitralinsufficiens i samband CABG inte gav några kliniska fördelar.





FACTOR-64

Står för Effect of screening for Coronary Artery Disease using CT angiography on Mortality and Cardiac Events in High risk patients with Diabetes: The Factor-64 randomized clinical trial.

Bakgrund

Kranskärlssjukdom (CAD) är den vanligaste orsaken till kardiovaskulär morbiditet och mortalitet hos patienter med diabetes. I många fall är patienter asymptomatiska innan hjärtinfarkten och man har därför önskat en rutinscreening. Coronar CT angiografi (CCTA) bidrar till visualisering kranskärls ateroskleros.

Syfte

Att bedöma om rutin screening för CAD med CT angiografi hos patienter med diabetes och hög risk utan tecken på kardiovaskulär sjukdom skulle minska risken för kardiovaskulär händelse.

Primär endpoint

Kombination av all dödlighet, non-fatal hjärtinfarktsjukhusinläggning för instabil angina.

Basdata och design

Totalt randomiserades 900 patienter med typ 1 eller 2 Diabetes. Randomiseringen var 1:1 för CCTA eller ej. 45 sjukhus ingick. Patienterna skulle vara över 50 år (män) eller 55 år (kvinnor) med en anamnes på diabetes minst 3 år efter 40 års ålder.

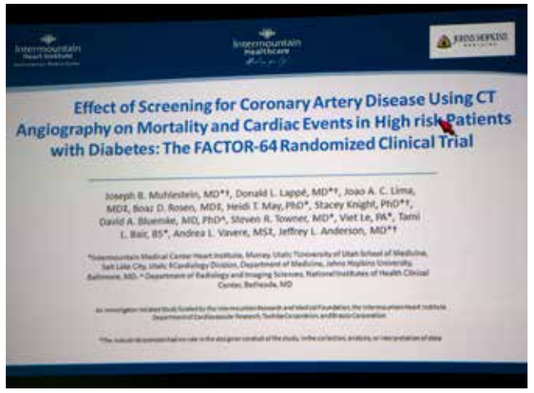
	Ingen CCTA n=447	CCTA n=452
Ålder medel år	62	62
Män %	53	52
Duration på diabetes år	11	9
Typ 2 Diabetes %	88	88

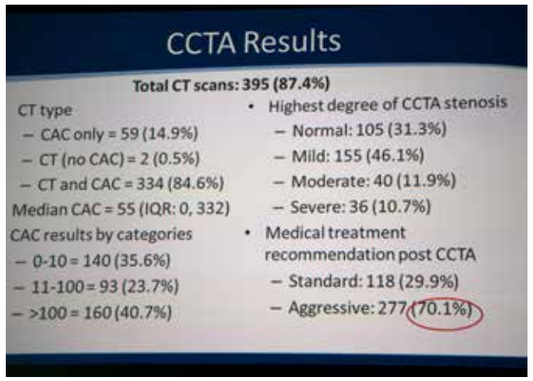
Resultat

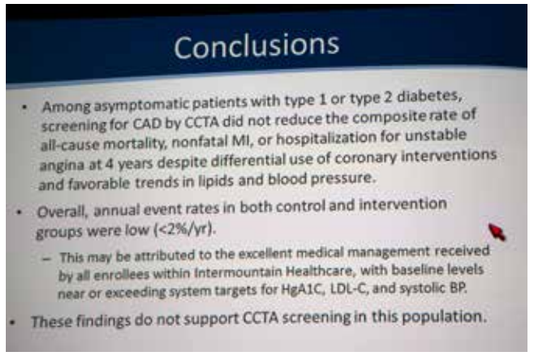
Det framkom igen skillnad i primär endpoint mellan de som genomgick CT eller ej, p=0.38. Uppföljningen var upp till 7 år. Även i sekundära primära endpoints framkom någon skillnad mellan grupperna

Konklusion

Att screena patienter med Typ 1 och 2 diabetes för CAD med CCTA reducerade inte mortalitet, non-fatal hjärtinfarkt eller sjukhusinläggning för instabil angina. Studien stöder alltså inte en allmän screening av denna population.







AHA I CHICAGO

IMPROVE-IT

Står för Improved reduction of Outcomes: Vytorin efficacy International Trial

Eller

A Multicenter, double-Blind, randomized study to establish the Clinical benefit and safety of Vytorin (Ezetimibe/simvastatin) vs Simvastatin monotherapy in High-risk subjects presenting with Acute Coronary Syndrome.

Bakgrund

Att sänka LDL kolesterol har varit en hörnsten vid kardiovaskulär prevention. De flesta studier har det varit statiner som visat gynnsam effekt på morbiditet och mortalitet. Andra tillägg som fibrater, niaciner eller CTEP hämmare har inte visat ytterligare effekt.

Ezetimibe hämmar ett speciellt protein som finns i epiteliet i gastroinstestinala området om som leder till minskat upptag av kolesterol, totalt brukar nämnas ytterligare 20 % reduktion.

Syfte

Att undersöka ifall ytterligare sänkning av LDL med en icke statin – ezetimibe – kan minska kardiovaskulära händelser.
Att undersöka om tesen ”Is lower the better?” är riktig.

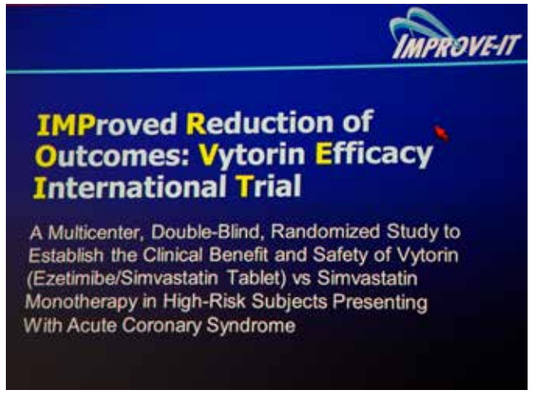
Primär endpoint

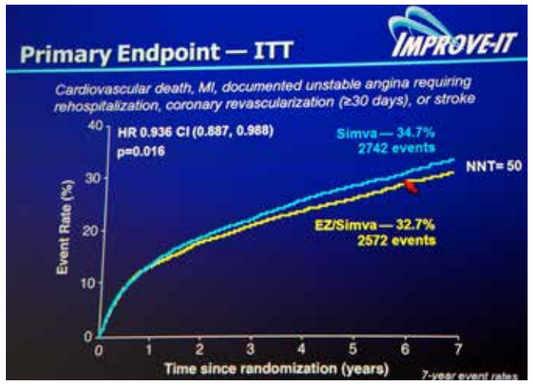
En kombination av kardiovaskulär död, hjärtinfarkt, sjukhusinläggning för instabil angina, kranskärls revaskularisering eller stroke.

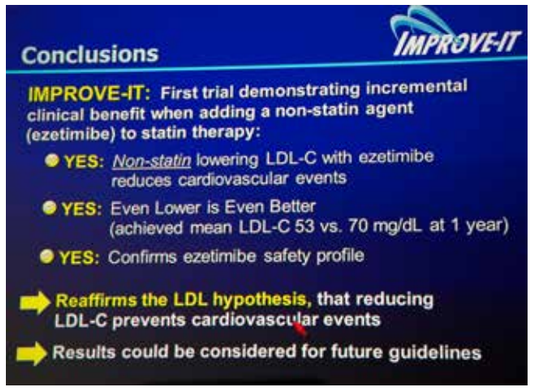
Basdata och design

Totalt deltog 18 144 patienter i denna randomiserade studie. Inklusionen gällde patienter över 50 år med diagnosen < 10 dagar infarkt, instabil angina. Patienterna randomiserades antingen till simvastatin 40 mg eller simvastatin 40 mg + ezetimibe. Studien gick i 39 länder på 1 159 kliniker/sjukhus. Studien pågick i upp till nio år med en mediantid på drygt sex år.

	Simvastatin (n=9077)	Simvastatin/Ezetimibe (n= 9067)
Ålder medel år	64	64
Kvinnor %	24	25
Diabetes %	27	27
Tidigare lipidbehandl %	35	36







Resultat

Efter 7 års behandling noterade man en signifikant minskning av kardiovaskulära händelser i Simva/Eze gruppen jämfört med enbart Simva, p=0,016. NNT blev dock högt – 50. Det framkom ingen skillnad i mortalitet, p=78. Ej heller i kardiovaskulär sjukdom (p=0,99), ej heller i kardiovaskulärrevaskularisering eller i instabil angina. Det som drev skillnaden tycks vara hjärtinfarkt där skillnaden mellan grupperna fördel för Simva/Eze, p=,002 men även ischemisk stroke. Det bör påpekas i Simva-gruppen var LDL efter 7 år 1,8 mmol/l medan i Simva/Eze 1,4 mmol/l. Man såg ingen skillnad i rhabdomyolys mellan grupperna. Ingen skillnad i cancerincidens.

Konklusion

Efter drygt 7 år noterades en signifikant skillnad i primär endpoint till fördel för gruppen Simva/Eze. Det som var drivande var antalet hjärtinfarkter som var betydligt lägre. NNT var 56 i sju år. Studien visar att ordspråket ” The Lower the Better” gäller.

Kommentarer

Resultatet gäller för en population med hög risk. Den stora reduktionen var i hjärtinfarkt men ej på mortalitet.

Det bör alltså påpekas att resulatet ej gäller för primär prevention eller till patienter med låg kardiovaskulär risk.

Min uppfattning att det kommer pratas en hel del om IMPROVE-IT i framtiden men tesen gäller – the lower the better.

Detta var en del om vad som togs upp på Hotline. Alla studier har inte nämnts som Odyssey men dessa studier kommer senare med resultat från outcome-studier.

Kul att vara tillbaka på ”banan” med det senaste från Hotline. Nästa Hotline blir från ACC och AHA i november i Orlando. Förmodligen betydligt varmare än detta års upplaga av Chicago.

Så, kvarstår att önska alla en God jul och Ett Gott Nytt År

Enjoy life

Christer Höglund
Senior Editor

BOEHRINGER INGELHEIM STIPENDIUM

BOEHRINGER INGELHEIM UTLYSER I SAMARBETE MED SVENSKA KARDIOLOG-FÖRENINGEN ETT STIPENDIUM PÅ 100 000 KR

Boehringer Ingelheim erbjuder ett forskarstipendium på 100 000 kr till läkare med forskning, planerad eller påbörjad, som syftar till att öka kunskap och förståelse inom området antikoagulantiabehandling vid förmaksflimmer.

Ansökan med projektbeskrivning på högst tre sidor samt CV på en sida skall skickas till Svenska Kardiologföreningen, christina.christersson@medsci.uu.se. Ansökan skall vara oss tillhanda senast 28 februari 2015. Sökande måste vara medlem i Kardiologföreningen.

Ansökan kommer att bedömas av tre representanter från Svenska Kardiologföreningen. Stipendiet kommer att delas ut vid Svenska Kardiologföreningens årsmöte i samband med Svenska Kardiovaskulära Vårmötet i Örebro 22–24 april 2015.

Vid frågor gällande detta stipendium kontakta Svenska Kardiologföreningens vetenskaplige sekreterare Christina Christersson, christina.christersson@medsci.uu.se, eller Medical Manager vid Boehringer Ingelheim, Jessica Lundström, jessica.lundstroem@boehringer-ingelheim.com.

Boehringer Ingelheim

Boehringer Ingelheim AB. Box 47608, 117 94 Stockholm.
Telefon 08-721 21 00. Telefax 08-710 98 84.
www.boehringer-ingelheim.se

OI-14-112

Indikation: MULTAQ®, CO1BD07, R_X, F, är indicerat för bibehållande av sinusrytm efter framgångsrik konvertering hos vuxna, kliniskt stabila patienter med paroxysmalt eller persisterande förmaksflimmer. Beroende på säkerhetsprofilen (se avsnitt 4.3 och 4.4 i produktresumén), bör MULTAQ® endast förskrivas efter det att alternativa behandlingsmetoder har övervägts. MULTAQ® ska inte ges till patienter med systolisk vänsterkammardysfunktion eller till patienter med tidigare eller pågående episoder av hjärtsvikt.

Dosering: För vuxna, tablett 400 mg två gånger dagligen i samband med måltid. **Varningar och försiktighet:** samt ytterligare information, se www.fass.se **Kontaktuppgifter:** MULTAQ® tillhandahålls av sanofi-aventis AB, www.sanofi.se. **Vid frågor om våra läkemedel kontakta:** infoavd@sanofi.com. **Datum för senaste översyn av produktresumé:** 2013-11-15.

SANOFI

Om betablockad inte räcker till

vid icke-permanent förmaksflimmer

MULTAQ® dronedaron

Kontraindikationer: Permanent förmaksflimmer som pågått 6 månader eller längre (eller med okänd duration) och där försök att återställa sinusrytmen inte längre bedöms vara aktuella, anamnes på tidigare eller pågående hjärtsvikt eller systolisk vänsterkammardysfunktion, patienter med lever- eller lungtoxicitet relaterad till tidigare användning av amiodaron samt patienter som samtidigt behandlas med dabigatran. För ytterligare kontraindikationer, se www.fass.se.

MULTAQ® (dronedaron) ingår i högkostnadsskyddet med följande begränsning: Endast som tillägg till standardbehandling, vanligen inkluderande betablockerande och blodförtunnande läkemedel, för patienter med icke-permanent förmaksflimmer som har minst en av följande kardiovaskulära riskfaktorer: tidigare stroke eller TIA, hypertoni, diabetes, hög ålder, över 75 år. **Referenser: 1.** Singh BN et al. N Engl J Med. 2007;357:987–999. **2.** Hohnloser SH et al. N Engl J Med. 2009;360:668–678.

SE-DRO-14-01-06 februari 2014

ännu mer ännu fler

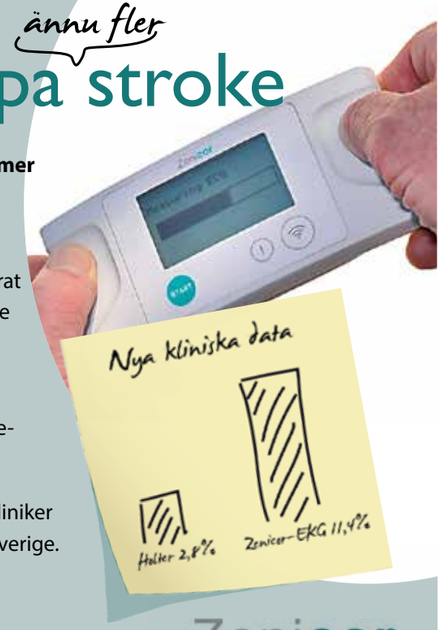
Hitta flimmer – stoppa stroke

Varje dag får 16 personer i Sverige stroke på grund av förmaksflimmer

Ofta är stroke det första symptomet på förmaksflimmer och många strokepatienter får aldrig en förklaring på varför de drabbades. Många av dessa patienter har tyst förmaksflimmer som är odiagnostiserat och saknar därför korrekt behandling. Risken att drabbas av en ny stroke är stor om inte förmaksflimret hittas och behandlas.

En nyligen publicerad studie [1] från Skövde visar att en utredning med Zenicor-EKG i tre veckor hittar tysta förmaksflimmer hos 11,4% av stroke-patienterna jämfört med 2,8 % med 48h Holter.

Zenicor-EKG är en välbeprövad metod som idag används på över 200 kliniker i Norden, Tyskland och Storbritannien samt på över 20 strokekliniker i Sverige.



För mer information: www.zenicor.se, info@zenicor.se, 08-442 68 60

1) Orrsjö et.al. "Screening of Paroxysmal Atrial Fibrillation after Ischemic Stroke: 48-Hour Holter Monitoring versus Prolonged Intermittent ECG recording". ISRN Stroke 2014

Zenicor NÄRHETPÅDISTANS

TAVI-DAGARNA 2014

Svenska TAVI-dagarna 2014

Text: Andreas Rück, Ansvarig för organisationskommittéen, Hjärtkliniken Karolinsk

"Det genomgående temat är ökad precision vid placering av klaffen och minskat paravalvulärt läckage."

TAVI in intermediate risk patients – here to stay?

Så löd titeln på gästföreläsaren Chris Meduris (Atlanta, USA) tankeväckande presentation på årets andra upplaga av TAVI-dagarna på Karolinska i Stockholm. De 70 deltagarna kunde bland annat diskutera svårigheterna att adekvat riskbedöma de äldre patienterna med aortastenos som är aktuella för TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation). Den senaste studien på högriskpatienter, Corevalve US Pivotal Trial, visade för första gången att TAVI var bättre än kirurgisk behandling. Till exempel leder TAVI jämfört med kirurgi hos 1000 patienter till 49 färre dödsfall, 38 färre strokes, men 110 fler pacemakrar och 42 fler större kärlkomplikationer.

Om detta innebär att patienter i lägre riskgrupper har fördel av TAVI är ännu inte visat. Dr Meduri listade ett antal potentiella hinder för detta, bl a paravalvulärt klaffläckage, pacemakerbehov, kostnad och långtidshållbarhet av TAVI-proteser. Enligt hans analys var dock de flesta komplikationer vid TAVI mindre vanliga hos friskare patienter. Inom den ovan nämnda studien fanns fördel med TAVI mot kirurgi både hos den friskare och sjukare halvan av patienterna, vilket kanske kan tydas som att även "intermediär-risk" patienter kan vara lämpliga för TAVI. Vad gäller klaffpris fanns beräkningar på att TAVI skulle bli billigare än klaffkirurgi hos mellanrisk-patienter från ett TAVI-klaffpris på ungefär 7 000 Euro, vilket vi är en bra bit ifrån ännu.

TAVI i Sverige

Kateterburen aortaklaffimplantation är en växande verksamhet på sju av landets största sjukhus sedan starten 2008. I år väntas cirka 400 TAVI utföras (och cirka 1400 kirurgiska aortaklaffbyten). Patienterna registreras i Perkutana klaffregistret (under Swedeheart) med patientdata upp till ett års uppföljning, och mortalitetsdata tills vidare. Inom registret föddes förra året idén till ett nationellt möte för alla personalgrupper i det multidisciplinära team som finns i vården av TAVI-patienter. Själva ingreppet görs oftast av interventionskardiologer i samarbete med thoraxkirurger. Expertis inom anestesiologi, intensivvård, imaging, klinisk kardiologi mm finns också runt patienterna.

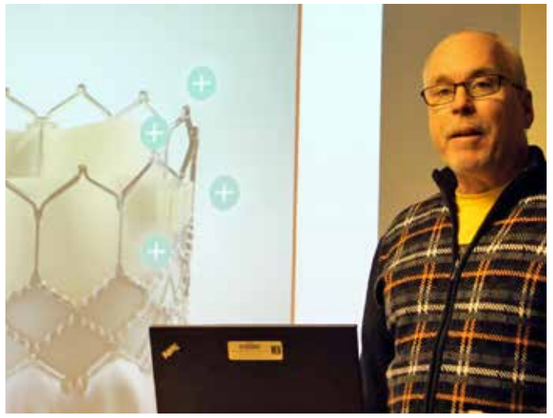
På mötet presenterades uppdaterade registerdata, som visar att TAVI fortsatt görs hos patienter med hög kirurgisk risk och hög ålder. Att antalet ingrepp ökar år från år borde alltså mest bero på att patienter som tidigare inte upptäckts eller behandlats nu har fått en aortaklaffprotes. Fortsatt finns en ganska stor variation över landet i användningen av TAVI, landet som helhet ligger ungefär på en medeleuropeisk användning, men betydligt under tyska siffror per miljon invånare.

Nya klafftyper och tekniker

De större tillverkarnas senaste produktgenerationer visades med inspelade fall från Stockholm, Umeå och Lund, där både positiva och mindre positiva egenskaper lyftes fram. Det genomgående temat är ökad precision vid placering av klaffen och minskat paravalvulärt läckage. Från Linköping presenterades en innovativ teknik där ingen ledare låg ner i vänster kammare när TAVI-klaffen implanterades, vilket minskar eller eliminerar risken för perforation av vänster kammare.

Sövning eller PCI-stil?

Om TAVI-ingrepp ska göras enligt en mera kirurgisk modell (sövning, transesofagealt eko, vasopressor och kirurgisk kärlaccess) eller PCI-modell (enbart lokalbedövning, transthorakalt eko, perkutan access) är inte bevisat och praxis varierar stort över landet. I registret kan man se att "PCI-modellen" vinner mark. En pro-con-debatt där både skräckslagna ap-ansikten och mumier passerade revy tillhörde de mest underhållande inslagen. Både Umeå med "kirurgisk modell" och Stockholm med "PCI-modell" kunde visa goda lokal statistik, så någon entydig vinnare fanns nog inte i debatten.



Johan Nilsson från Umeå presenterar en ny TAVI-klaff på marknaden.

Nawzad Saleh från Stockholm berättar hur kärlkomplikationerna har kunnat minimeras med för förbättrad teknik.

Vem blir (inte) bättre efter TAVI?

Eftersom TAVI är ett kostsamt och något riskfyllt ingrepp är det av intresse att kunna förutse vilka patienter som är "non-responders" på symptom, och dessa skulle då kanske inte behöva ingreppet. Från Stockholm visades preliminära data på riskfaktorer för non-respons: kronisk lungsjukdom, icke-femoral access och låg preoperativ gradient över aortaklaffen. Data kommer att publiceras senare och kan kanske vara kliniskt användbara.

TAVI utan hjärtkirurgi på huset?

Alla TAVI-centra inom landet hittills är på sjukhus med thoraxkirurgi, men i Tyskland och en del andra länder har tekniken spritts till en del PCI-sjukhus utan hjärtkirurgi. Detta är kontroversiellt eftersom det går emot europeiska guidelines som kräver hjärtkirurgi och ett "heart team" av kardiologer och hjärtkirurger på plats. En liknande utveckling som i Tyskland kan vara på gång i Sverige där en del mindre sjukhus har visat intresse av att börja med TAVI. Om detta är önskvärt, eller om det är bättre med ett mindre antal "centres of excellence" verkade på mötet vara en känslig fråga. Under 2014 verkar bara ett sjukhus i Sverige (Karolinska) komma upp i över 100 TAVI, och två eller tre har en volym på 50-100 TAVI, de övriga har ännu under 50 ingrepp per år. Som jämförelse anger Tyska riktlinjer en minsta volym på 25 TAVI per operatör, och med minst två operatörer per sjukhus motsvarar det minst 50 ingrepp per år per sjukhus. Man kan tolka det som att de svenska TAVI-centra långt ifrån är för stora (eller för få) nu. Framtiden får utvisa vad som sker.

Sjuksköterskemöte

En halv dag fanns parallellt program riktat till sjuksköterskor, med föredrag bland annat om kärlförslutning, paravalvulärt läckage, mitralisinterventioner och med utbyte av erfarenheter mellan de olika sjukhusen. Denna del var mycket välbesökt och det verkar finnas ett behov av möten och utbildning för sköterskegruppen, så denna del kommer att byggas ut till nästa års TAVI-dagarna.

Välkomna på TAVI-dagarna 2015, åter i Stockholm i november! Föredrag från årets möte finns på hemsidan stockholmvalves.com.

BIOTECHNOLOGY vs CARDIOVASCULAR DISEASE
the fight is on.

A GLOBAL EPIDEMIC
read more at www.amgen.se

AMGEN
Cardiovascular

AMG 145-SWE-AMG-071-2014-March-P

AMPLATZER™ Cardiac Plug
Structural Heart Therapy

EN ALTERNATIV BEHANDLING FÖR ATT MINSKA RISKEN FÖR STROKE HOS PATIENTER MED FÖRMAKSFLIMMER[1]

Nuvarande evidens tyder på att perkutan ocklusion av vänster förmaksöra (LAA) är en effektiv metod för att minska risken för tromboemboliska komplikationer i samband med icke-valvulärt förmaksflimmer.[1] Amplatzer Cardiac Plug möjliggör en säker placering även i en kort landningszon och förenklar positioneringen genom dess design. Den är utformad för en fullständig stängning av LAA.

SJMprofessional.com

ST. JUDE MEDICAL

1. Percutaneous occlusion of the left atrial appendage in non-valvular atrial fibrillation for the prevention of thromboembolism. National Institute for Health and Clinical Excellence. http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11216/49407/49407.pdf. Published June 2010. Accessed April 2011.

Product referenced is approved for CE Mark. AMPLATZER, ST. JUDE MEDICAL and the nine-squares symbol are trademarks and service marks of St. Jude Medical, Inc. and its related companies. ©2013 St. Jude Medical. All Rights Reserved.

ACS SCHOLARSHIP

OBS! Sista ansökningsdag 28/2 2015.

Välkommen att ansöka om forskningsstipendium

inom området akuta koronara syndrom.

AstraZeneca och Svenska Kardiologföreningen välkomnar både äldre etablerade och yngre lovande forskare från hela Sverige att ansöka om ett forskningsstipendium.

Stipendiet utlyses för att stimulera klinisk forskning inom området akut omhändertagande och uppföljning av patienter med akuta koronara syndrom. Den av AstraZeneca instiftade totala stipendiesumman motsvarar 120 000 SEK.

Stipendiet är tillgängligt för alla läkare som forskar inom området. Stipendiater förväntas presentera en vetenskaplig rapport och en ekonomisk redovisning senast sex månader efter det att projektet har avslutats.

Var vänlig och skriv din stipendieansökan på engelska och sänd den till johanna.akesson@astrazeneca.com senast den 28 februari 2015.

Bedömning av ansökningar sker av en oberoende kommitté utsedd av Svenska Kardiologföreningen.

Kontaktperson AstraZeneca: Johanna Åkesson, Sr. Medical Advisor. Tel: 0705-602185 eller johanna.akesson@astrazeneca.com

Lycka till med din ansökan!

Bifoga följande:

- **CV.**
- **Intyg från arbetsgivare/ handledare med uppgifter om kvalifikationer och befattning.**
- **Projektplan som beskriver bakgrund, målsättning, syfte, metod, vetenskapligt värde i förhållande till befintliga data, tidsplan och hur projektet kommer att utvärderas, max fem A4 sidor.**
- **Kostnadskalkyl.**
- **Uppgifter om andra anslag och ansökningar som berör projektet.**

581.635.011_11/14

AstraZeneca

AstraZeneca AB AstraZeneca Nordic-Baltic 151 85 Södertälje Tel 08-553 260 00 www.astrazeneca.se

Svenska Kardiologföreningen www.cardio.se

Centrum för kardiovaskulär genetik **– med familjen i fokus**

Text: Stellan Mörner, Medicinsk chef, CKG

”Vi erbjuder ett samlat omhändertagande för patienter med allvarliga ärftliga hjärt-kärlsjukdomar samt deras familjer.”

Centrum för kardiovaskulär genetik (CKG) är ett av Norrlands Universitetssjukhus profilområden för högspecialiserad vård. Här samverkar olika specialiteter för att hjälpa drabbade familjer. Den snabba molekylärgenetiska utvecklingen har möjliggjort genetisk diagnostik av många monogent ärftliga hjärt-kärlsjukdomar, vilket öppnat dörrarna till preventivt arbete med en ny patientgrupp. Vi har tagit till vara den ökade kunskapen i en samlad aktion mot ärftliga hjärt-kärlsjukdomar.

Nya utmaningar

Nedanstående fallbeskrivning är ett exempel på de nya utmaningar sjukvården ställs inför när det gäller utredning, diagnostik och behandling vid ärftliga hjärt-kärlsjukdomar (kardiogenetiska sjukdomar). Vid utredningen flyttas fokus snabbt från en individ till en hel familj som kan vara spridd över landet. Familjeutredningar bör göras på ett strukturerat sätt vid specialiserade centra, i samarbete mellan kardiolog, barnkardiolog, klinisk genetiker och genetisk vägledare. Vår erfarenhet är att ett samlat grepp är betydligt tryggare och bättre för alla berörda, än att en eller flera enskilda specialister tar hand om familjerna.

Fallbeskrivning

En 55-årig kvinna (indexperson) svimmar i samband med simning. EKG visar ventrikeltakykardi som defibrilleras till sinusrytm. Vilo-EKG visar förlängd QT-tid. Hon remitteras till CKG för utredning av misstänkt långt QT-syndrom (LQTS), med genetisk vägledning, information om sjukdomen och ärftlighetsgången. Ett släktträd upprättas där man noterar att en farbror avlidit genom drunkning och en faster har diagnostiserats med epilepsi. Patienten erbjuds diagnostisk screening av LQTS-generna.

Den genetiska analysen visade en patogen mutation i *KCNQ1*-genen (LQT1), som är förknippad med ventrikeltakykardi, svimning och plötslig död. Vid LQTS är ärftligheten dominant (50 procent risk för förstagradssläktingar, oberoende av kön, att bära det skadade anlaget). Patienten får ett informationsbrev om sjukdomen att sprida vidare i familjen. Familjemedlemmar med genetisk risk för LQTS inbjuds via indexpersonen till en familjemottagning där ett team från CKG informerar om sjukdomen och ger genetisk vägledning. Flera familjemedlemmar har haft oförklarade svimningar, där rekvirerade EKG ingav misstanke om LQTS i hälften av fallen. Alla med risk att vara anlagsbärare bestämmer sig för att genomgå ett anlagsbärartest för att verifiera eller avfärda diagnosen. Beslutet fattar var och en i sin egen takt. Åtta personer, varav fem barn, visar sig vara anlagsbärare. Samtliga får via sin barn-/vuxenkardiolog profylaktisk betablockad. (Figur 1)

Samlad kompetens

Centrum för kardiovaskulär genetik vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå arbetar för att förebygga sjuklighet och död i monogent ärftliga hjärt-kärlsjukdomar. Här finns spetskompetens inom klinisk genetik, kardiologi och medicin för såväl barn som vuxna. Vi erbjuder ett samlat omhändertagande för patienter med allvarliga ärftliga hjärt-kärlsjukdomar samt deras familjer. Samarbetet mellan Hjärtcentrum, Barn- och ungdomscentrum, Medicincentrum och Laboratoriemedicin utgör grunden för CKG:s arbete. Modellen föddes ur ett behov av bättre samordning när man utreder familjer med ärftliga hjärtsjukdomar. Tidigare remitterades barn och vuxna till skilda mottagningar och fick ibland olika information, vilket kunde skapa förvirring och osäkerhet i familjen. Kollegor från de olika specialiteterna insåg behovet av samarbete, initialt kring LQTS och hypertrofisk kardiomyopati (HCM), två av de vanligaste ärftliga hjärtsjukdomarna och började med gemensamma kvällsmottagningar över klinikgränserna. Så småningom organiseras samarbetet och vi bjuder in en familj drabbad av LQTS till den första riktiga familjemottagningen 2005. 2007 invigs CKG och här utreds nu familjer som tillsammans får kunskap om sin sjukdom och dess ärftlighet. Patienterna erbjuds genetisk vägledning, familjemottagning, behandling och kontrollprogram.

Sjukdomsgrupper

Kriterier som en sjukdom måste uppfylla innan utredning:

- Allvarlighetsgrad: Det måste röra sig om en allvarlig sjukdom som kan medföra nedsatt livskvalitet och livslängd. Progressiv sjukdom. Risk för plötslig död.
- Fenotyp: Den kliniska diagnosen måste vara trovärdig. Tillförlitliga metoder i klinisk diagnostik, t.ex EKG, ultraljud, arbetsprov, blodprover mm
- Genotyp: Sjukdomen måste vara monogen, med möjlighet till adekvat gendiagnostik.
- Behandling: Effektiv farmakologisk, invasiv eller livsstilsmodifierande behandling måste vara tillgänglig.

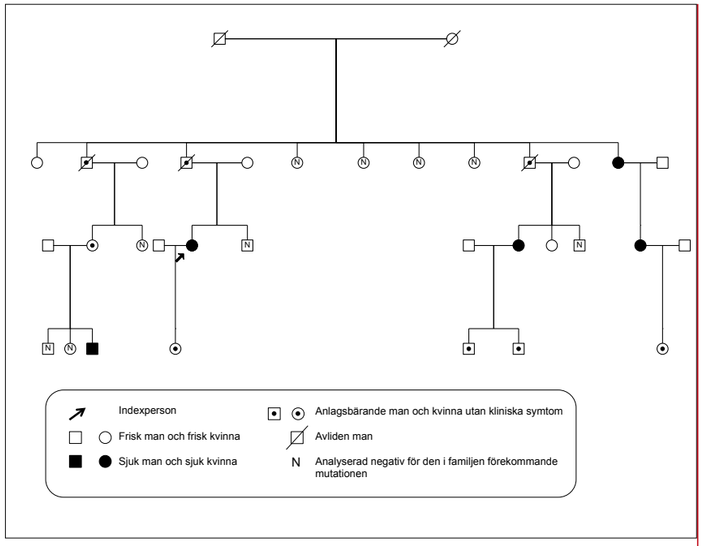
Vid CKG utreds familjer med: Familjära kardiomyopatier, t.ex. HCM, jonkanalsjukdomar, t.ex. LQTS, familjära thorakala aortaaneurysm och dissektioner (FTAAD) samt familjär hyperkolesterolemi (FH). För närvarande utreds många fall av FTAAD. Den första familjemottagningen hölls hösten 2009 och sedan 2011 har antalet familjer ökat kraftigt. Vi har nu 80 familjer varav cirka 20 fortfarande utreds. Förebyggande behandling är framför allt profylaktisk kirurgi och tio personer har opererats. I flera fall har en korrekt molekylärgenetisk diagnos lett till att patienterna opererats vid lägre aortadiametrar än vad som skulle ha gjorts utan sådan diagnos.

Totalt har vi genomfört 180 familjemottagningar med 1019 individer, som helt dominerats av diagnoserna FTAAD, LQTS och HCM. Avdelningen för klinisk genetik beräknar att under 2014 utföra ca 400 screeninganalyser och 400 anlagsbärartester för ärftlig hjärt-kärlsjukdom. Från och med december i år kommer de flesta analyserna att köras vid vårt eget laboratorium i Umeå, med massiv parallell sekvenseringsteknik (NGS).

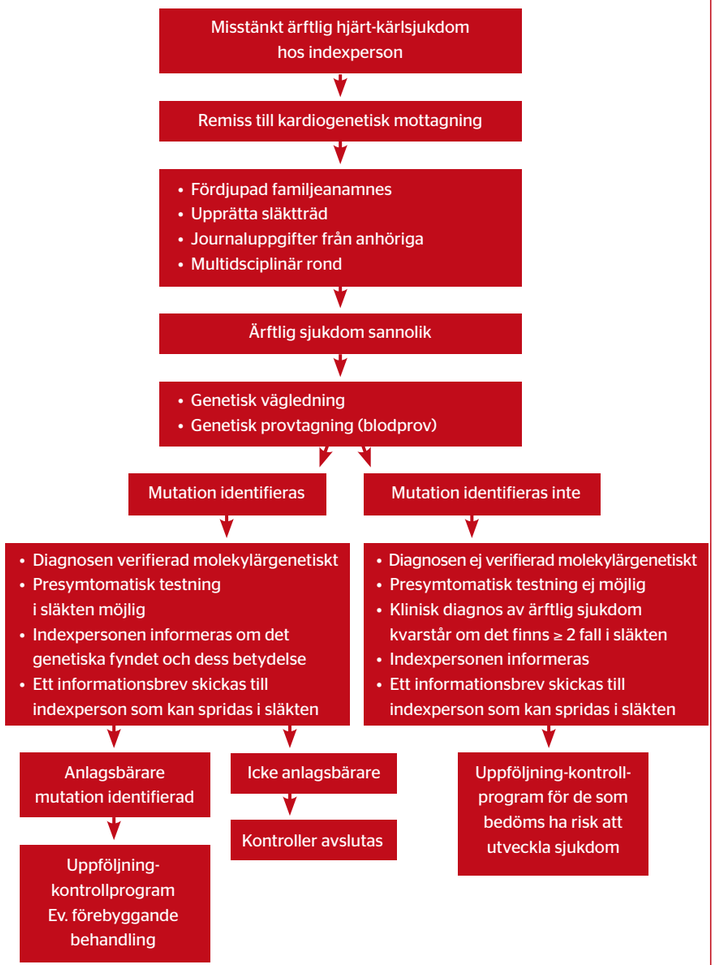
Utvecklingen inom det molekylärgenetiska området medför att vårt arbetssätt förändras. Tidigare analyserades vanligen en gen i taget av kostnadsskäl och med långa svarstider. Nu görs den molekylärgenetiska analysen av indexpersonen tidigt, vilket förenklar utredningen inom familjen. Fortfarande förblir dock den genetiska sjukdomsorsaken i vissa familjer okänd.

Multidisciplinärt arbetssätt

Vi har ett utpräglat multidisciplinärt samarbete, med regelbundna ronder, mutationsronder och familjemottagningar. Detta är i harmoni med amerikanska och europeiska riktlinjer som betonar att en genetisk analys inte får ses som ett enkelt blodprov, utan ska utföras med tillgång till kardiogenetisk expertis omfattande; a) säkerställande av indexpersonens diagnos, b) genetisk vägledning inkl information om analysens möjligheter men också begränsningar i



Figur 1



Figur 2

CKG UMEÅ

Figur 3. Familjemottagning

Figur 4.

form av osäkra eller tveksamma genetiska fynd och c) utvärdering av övriga familjen avseende sjukdomens penetrans och expressivitet.

Vår målsättning är att göra familjerna delaktiga i utredningen, från att teckna ett släktträd till själva familjemottagningen. Vid familjemottagningen får familjemedlemmarna en samtidig och samlad kunskap, vilket ökar både tryggheten och möjligheten att förebygga och behandla sjukdomarna.

Familjeutredning

Familjeutredningen syftar till att:

- Klarlägga vilka familjemedlemmar som har sjukdomen ifråga eller löper risk att utveckla densamma
- Se till att de sjuka får adekvat vård
- Erbjuda friska anlagsbärare uppföljning i kontrollprogram med regelbundna kliniska undersökningar
- Ge lugnande besked till de som inte är anlagsbärare

Att informera familjen om sjukdomen, dess symtom, ärftlighet, behandling, uppföljning och kontrollprogram är viktigt. Ofta får indexpersonen ett brev med information om sjukdomen som han eller hon kan skicka vidare i familjen för att underlätta utredningen och kontakten med sjukvården.

Familjeutredningen utgår alltid från en indexperson med säkerställd ärftlig sjukdom. (Figur 2) Utredningen omfattar alla förstagradssläktingar till den sjuke, som kan välja att genomgå klinisk undersökning för den aktuella sjukdomen och/eller presymtomatisk gentestning i de fall där den sjukdomsorsakande mutationen är känd. Släktutredningen kan sedan utvidgas beroende på vad vi upptäcker.

Uppskattad familjemottagning

Vid familjemottagningen samlas släktingar från flera generationer och får information om sjukdomens ärftlighet, kliniska uttryck, möjlighet till gentest i de familjer där mutationen är känd, behandlingsalternativ och uppföljning. Familjen träffar ett team med kardiolog/barnkardiolog, klinisk genetiker, genetisk vägledare, samt vid behov, kurator och eller dietist. (Figur 3) En stor fördel är att alla familjemedlemmarna får samma information samtidigt, utan att den förvrängts i andra och tredje hand. Ofta framkommer ny information om sjukdomens yttringar under samtalet som ofta präglas av familjemedlemmarnas engagemang och delaktighet. Barnen får åldersanpassad information. Vi föreslår individanpassade behandlings- och kontrollprogram och det även i familjer där den genetiska orsaken inte är känd. En del familjemedlemmar vill göra ett anlagsbärartest och ibland görs även kliniska undersökningar i anslutning till familjemottagningen. Förutom den gemensamma informationen, är det viktigt att vi ger de som vill enskilda samtal.

Enkätutvärdering av familjemottagning

En enkätutvärdering som pågick under 2,5 år visade att 92 procent av de som deltagit i en familjemottagning upplevde informationen som mycket givande eller givande. Information om sjukdomens nedärvningsmönster och ärftlighet upplevdes som viktigast och den ökade inte deltagarnas oro. En knapp tredjedel svarade att deras inställning till sjukdomen förändrats och majoriteten ansåg att deras kunskaper hade ökat.

Mutationsronder

En hörnsten i CKG:s arbetssätt är regelbundna mutationsronder med klinisk genetiker, sjukhusgenetiker och patientansvarig kliniker. En mutation kan ses som en ärftlig, monogenetiskt riskfaktor av variabel betydelse, från ett betydelselöst ”genetiskt incidentalom” till en klart patogen mutation med hög risk för sjukdomsutveckling. Ju fler gener som analyseras per kardiogenetisk sjukdomsgrupp, desto större utmaningar i form av svårbedömda genförändringar. Vi har genom åren ackumulerat en solid och bred bioinformatisk kompetens tack vare specialiserade sjukhusgenetiker, många analyser och tät kardiologisk kontakt. (Figur 4)

Framtidsperspektiv

Under våren 2014 bildades ”Svenskt kardiogenetiskt nätverk” med representanter från sex universitetssjukhus, för att gemensamt utveckla utredning och behandling av monogena hjärt-kärlsjukdomar. Snabbt ökande molekylärgenetiska kunskaper i kombination med en ökande medvetenhet om ärftliga hjärt-kärlsjukdomar hos både profession och allmänhet kommer med all sannolikt att leda till att antalet familjeutredningar ökar i framtiden.

Svensk kardiologi
– en historiebok

Text: S Bertil Olsson

S Bertil Olsson
Ordförande,
Redaktionskommittén,
november 2014.

”Det finns idag få personer som har kunnat följa och känner till kardiologins hela utveckling sedan den tid då Kardiologföreningen tillkom.”

Våren 1947 bildades i Stockholm en ”Cardiologklubb” och bara några månader senare tillkom ”Svensk Förening för Cardiologi”, den förening som numera heter ”Svenska Kardiologföreningen”. Kardiologin i Sverige har sedan den tiden genomgått en utveckling som knappast ingen då kunde ana. Kardiologisk forskning och sjukvård har gått hand i hand i en utveckling som varit så snabb att nytryckta läroböcker ofta inte har hunnit få med de allra senaste rönen.

Det finns idag få personer som har kunnat följa och känner till kardiologins hela utveckling i Sverige sedan den tid då Kardiologföreningen tillkom. Det är också uppenbart att kunskapen om hur dagens diagnos- och behandlingsmetoder tillkommit kan vara av stort värde att känna till för att ytterligare kunna föra utvecklingen framåt. Våren 2013 beslöt därför Svenska Kardiologföreningens dåvarande styrelse att kardiologins utveckling i Sverige skulle dokumenteras i bokform. Den redaktionskommitté (se faktaruta) som bildades började projektet med att dela in kardiologin i ett 30-tal lämpliga avsnitt där utvecklingen var angelägen att dokumentera. Sedan utsågs lämpliga författare som kunde belysa alla delarna av kardiologin. De utsedda huvudförfattarna tackade nästan samtliga direkt ja till uppdraget och fick sedan själva välja att eventuellt också utse och kontakta medförfattare. Boken har på det sättet fått fler än 50 olika författare som var och en haft inblick i olika delar av kardiologin och dess utveckling i Sverige.

Författarna gavs gott om tid för att färdigställa sina kapitel. De insända manuskripten granskades sedan av en eller flera av redaktionskommitténs medlemmar. Eventuella synpunkter återfördes till författarna för justering eller komplettering. När sedan det slutliga manuskriptet var godkänt såväl av författare som av granskare gick det till språkrättning, eventuell bildkomplettering och gavs en gemensam layout. Halvtomma eller heltomma sidor mellan de olika kapitlen har fyllts med bilder eller faktarutor som anknyter till respektive kapitel.

Från det datum det allra första kapitlet levererades, långt innan den angivna tidsgränsen, till dagen då det sista manuskriptet var färdigställt dröjde det ungefär ett år. De eventuella ändringarna av förhållandena under denna tid har bevakats av redaktionskommittén och i vissa fall lett till kompletteringar av manuskripten.

Boken omfattar drygt 425 sidor vilket innebär att den kan ”stå för sig själv” i en bokhylla. Innehållet rör sig om allt från arbete helt utan patienter, t.ex. framtagning av läkemedel, till de allra mest avancerade behandlingsmetoder som idag förekommer (se faktaruta ”Innehållsförteckning”). De allra flesta av de drygt 30 kapitlen är illustrerade med bilder som på olika sätt belyser kardiologins utveckling.

Utöver att belysa utvecklingen av respektive del av kardiologin från tiden för tillkomsten av Kardiologföreningen till dags dato ingick i författarinstruktionerna att skriva lättförståeligt, så att även personer utanför kardiologin kan ta del av innehållet. Detta har följts på varierande sätt, men stora delar av boken kan läsas också av de som saknar medicinsk bakgrund. Boken är därför av intresse för såväl alla som idag arbetar eller har arbetat inom hjärtsjukvården som också för andra vilka önskar ta del av den fantastiska utvecklingen inom denna del av medicinen.

Det är ingen slump att boken fått en titel som starkt anknyter till Kardiologföreningens återkommande andra publikation, den regelbundet återkommande tidskrift som Du just nu läser. Det är ett namn som direkt placerar den i läsarens medvetande samtidigt som underrubriken exakt talar om för denne vad han/hon kan vänta sig innanför pärmarna.

Samtliga medlemmar i Svenska Kardiologföreningen kommer att få ett exemplar av boken utan kostnad. I förutsättningarna för författarna ingick att inget arvode skulle betalas. Man kan därför se boken som en historisk kunskapsgåva från de som idag känner den svenska kardiologins historia bäst till de läsare boken kommer att få.

Boken, som ges ut av Svenska Kardiologföreningen, kommer vara tillgänglig att köpas i anslutning till kommande möten som arrangeras av Föreningen och kommer förstås också att finnas tillgänglig i öppna handeln. Det möjliga överskott som sådan försäljning skapar kommer att användas till fortsatt medicinhistorisk kardiologisk verksamhet.

Samtliga kolleger som bidragit med att själva eller tillsammans med medförfattare skriva bokens olika kapitel har gjort detta utan att få någon ersättning för sitt författande. Projektet att ta fram en färdig bok som belyser utvecklingen av kardiologi i Sverige har förstås ändå inte varit kostnadsfritt. Utan bidrag från våra två sponsorer, AstraZeneca och Hjärt-Lungfonden, hade aldrig projektet kunna genomföras. Jag vill på redaktionskommitténs vägnar ge ett stort tack till dessa bägge organisationer liksom till samtliga författare!

”Svensk kardiologi – en historiebok” beräknas vara tryckt strax efter årsskiftet 2014/15 och kommer att presenteras i Stockholm i anslutning till Kardiologföreningens fortbildningsdagar 5–7 februari 2015.

Innehållsförteckning

Förord
”Hemma hos” några av de första kardiologerna
Svenska bidrag till kardiologins utveckling
Svenska Kardiologföreningen
Socialstyrelsens roll – broms eller blåslampa?
Hjärt-Lungfonden
Sverige i Europa - European Society of Cardiology från ett svenskt perspektiv
Akademiska tjänster
Barnkardiologins utveckling i Sverige
Barnhjärtat – kirurgins utveckling
Vuxna med medfött hjärtfel
Cirkulationsforskningens begynnelse i Sverige
Svenska bidrag till kardiovaskulär läkemedelsutveckling
Epidemiologi och hjärtsjukdom
Hjärtattack förr och nu
Det svaga hjärtat
Hjärtat i otakt – och för snabbt
Hjärtat i otakt – och för långsamt
”Trasiga” klaffar
Reservhjärtat – Transplantation och Devices
Att hålla sig frisk – Den preventiva kardiologin under ett halvt sekel
Hjärtstopp
Kvinnohjärtat och kvinnliga kardiologer
Hjärtat i bild – Ultraljud
Hjärtat i bild – CT, MR, Isotopdiagnostik, PET
Hjärtat i bild – Kranskärlsröntgen
Kranskärlskirurgins utveckling i Sverige
”Ballongvidgning” av kranskärl
Att byta sida, och komma tillbaka – Om ett besök i läkemedelsindustrin
Hjärtsjuksköterskan
Guldgruvan i svensk hjärtsjukvård – Svenska kardiologiska kvalitetsregister
Revirstrider inom hjärtsjukvården
Svenska kardiologiböcker
Hur vi ser på framtiden
Vi som gjorde boken

Redaktionskommittén
S Bertil Olsson, ordförande
David Erlinge, ordförande Svenska Kardiologföreningen 2012–2014
Mårten Rosenqvist
Nina Rehnqvist
Lars Wallentin
Gabor Hont

Rapport från det fjärde kardiologiska forskningsmötet

Text: Annika Ravn-Fischer

"Under mötet varvades hårda studiedata med mjukare värden."

26–28 november hölls det fjärde kliniskt kardiologiska forskningsmötet, denna gång på Säröhus utanför Göteborg. Mötet arrangerades i Kardiologföreningens regi under ledning av Christina Christersson och Lennart Bergfeldt. Mötet var som vanligt välbesökt med ett drygt 30-tal deltagare från Malmö i söder till Umeå i norr.

Mötet är ett forum där unga forskare och deras handledare kan utbyta kunskap och erfarenheter med andra. Doktorander presenterar sina projekt och får sedan värdefulla synpunkter och konstruktiv kritik från andra forskargrupper. I många sammanhang lär yngre av äldre men det som gör detta möte unikt är att alla lär av varandra!

Doktorandernas egna presentationer går som en röd tråd genom mötet men varvas med podiumdiskussioner, föreläsningar och historiska återblickar. Den mest historiska återblicken stod mötets gästföreläsare Finn Waagstein för. Han föredrog betablockadens lång historia inom hjärtsviktsområdet. Finn är inte bara en framstående forskare utan även en stor inspirationskälla för yngre forskare!

En filosofisk aspekt på forskning fick vi av Lennart Bergfeldt från Göteborg. Lennart diskuterade begrepp som reduktionism och falcifiering i sitt föredrag om Långt QT-syndrom. Att i tid upptäcka och behandla jonkanalsrubbningar för att undvika plötslig död är en utmaning för såväl elektrofysiologer som kardiologiska genetiker.

Doktorandernas egna presentationer berörde allt från hur mobilappar kan användas för sekundärprevention till hur MRI kan användas för att visualisera innehåll i aterosklerotiska plaque. Ett återkommande tema under mötet var hur hjärtat påverkar hjärnan och vise versa. Nedan följer ett axplock av fina föredrag från doktorandgruppen.

HARVEST gruppen (HeARt and brain failure inVESTigation group) från Malmö med Martin Magnusson i spetsen redogjorde för ett omfattande projekt med 2000 patienter där man har för avsikt att multidiciplinärt studera hjärtsvikt och kognitiv dysfunktion. Sedan tidigare vet man att förekomst av demenssjukdom är högre bland hjärtsviktspatienter och att nedsatt kognitiv förmåga är förknippad med ökad mortalitet. Utgångspunkten i projektet är att hjärtsvikt kan leda till kognitiv dysfunktion sannolikt via cerebral hypoperfusion. En del av HARVEST-projektet kommer därför att fokusera på cerebral syremättnad men projektet kommer även att titta på hur genetik, metabola faktorer och socioekonomi påverkar utvecklingen av hjärtsvikt.

Psykologiska förhållningssätt

Helga Skuladottir från Stockholm redogjorde för ett projekt där man ska studera om kognitiv beteendeterapi kan hjälpa vid symtomatiska förmaksflimmer. Man vet sedan tidigare att mortaliteten inte påverkas av om flimmerbehandlingen inriktas på rytmkontroll eller frekvensreglering. Däremot vet man att god livskvalité är viktigt för överlevnaden och att patienter med symtomatiskt förmaksflimmer ofta har en nedsatt livskvalitet. Psykologiska förhållningssätt till sjukdom är avgörande för hur patienterna mår och därför vill man undersöka om KBT kan ha en plats i behandlingsarsenalen vid förmaksflimmer.

Intresset för förmaksflimmer var stort under detta möte. Christian Holmqvist från Borås berättade om AVATAR-projektet (Atrial fibrillation in VeterAn Trained Athletes Research) där man studerar förekomst av förmaksflimmer hos tidigare elitidrottare inom konditionsidrotter. Sedan tidigare vet man att idrottare inom dessa sporter är friskare än genomsnittsbefolkningen men att förmaksflimmer är överrepresenterat i denna grupp. Mekanismerna bakom förmaksflimmer hos idrottare är dock mindre kända och man har spekulerat i om förstorade förmak, ökad vagal tonus, ökad ektopi, fibros, inflammation och stress kan påverka. Man har också diskuterat huruvida CHADS2VASc skalan är tillämpbar i denna grupp eftersom den i övrigt är friskare än normalbefolkningen.

Hela gruppen

Studien omfattar 271 deltagare i åldrarna 70–79 år som sprungit minst 10 Lidingölopp eller motsvarande. Genom att systematiskt använda tum-EKG kartlades förekomst av förmaksflimmer. Bland studiedeltagarna fanns 29 fall med tidigare känt förmaksflimmer och 8 fall av hittills okända flimmer som kunde utredas och behandlas. Fynden i AVATAR kommer jämföras med data från en normalpopulation i STROKESTOP.

Johan Ljungberg från Umeå redogjorde för ett projekt som studerat faktorer som påverkar progresstakten av aortastenos. I detta projekt har man använt sig av registerforskning tillsammans med äldre information från Norrlands unika databaser. Studien visar att aortastenoser tätnar med stigande ålder men att faktorer som till exempel njurinsufficiens kan accelerera progresstakten.

Forskning, klinik och privatliv

Under mötet varvades hårda studiedata med mjukare värden. Charlotta Ljungman från Göteborg och Marcus Ståhlberg från Stockholm berättade för oss hur man får tiden att räcka till och hur man kombinerar forskning, klinik och privatliv. Även om vi i Skandinavien verkar vara världsledande inom detta område finns det förbättringspotential. Charlotta och Marcus delade med sig av sina erfarenheter och matnyttiga tips delades ut.

Markus Lingman från Halland höll ett föredrag med temat "Mot vad jag vet idag, vad skulle jag ha gjort annorlunda". Under denna presentation föremedlade Markus hur det har varit att pendla långa sträckor, vara småbarnsförälder, doktorand och klinikchef på en och samma gång. Hur får man tiden att räcka till och vad kan man ha för nytta av forskningen i sina ledningsuppdrag i sjukvården.

Sammanfattningsvis är detta ett mycket uppskattat möte som berikar forskare på alla nivåer. Att mötet hålls under trevliga former i en fin omgivning gör ju inte saken sämre. Förhoppningsvis kommer det kliniskt kardiologiska forskningsmötet bli ett återkommande möte att se fram emot.

HARVEST-gruppen

Lotta och Marcus

Finn Waagstein

Markus Lingman

Sandeep Koppal

iFR-SWEDEHEART

iFR-Swedeheart:

En registerrandomiserad studie för att utvärdera en ny metod för tryckmätning av kranskärl

Matthias Götberg, Överläkare, Kranskärlssektionen, VO Hjärt-Lung-Medicin, Skånes Universitetssjukhus, Lund
Ole Fröbert, Överläkare, adjungerad professor. Kardiologiska kliniken, Institutionen för hälsovetenskap och medicin, Örebro Universitet, Örebro

Matthias Götberg

"Sverige har världens bästa register inom sjukvård och kan med RRCT-konceptet få en ledande roll inom evidensbaserad medicin."

En av de största studierna någonsin på hemodynamisk betydelse av koronarstenoser pågår sedan i maj månad på 14 PCI-centra i Sverige, Danmark och Island. Syftet är att hos 2000 patienter jämföra den nya metoden iFR (instantaneous Wave-Free Ratio) mot den mer beprövade metoden vid tryckmätning FFR (Fractional Flow Reserve). Inklusion i studien beräknas pågå till mitten av 2015.

Bakgrund

Tryckmätning av kranskärl är idag en väl beprövad metod i samband med kranskärlsröntgen för att bestämma om en kranskärlsförträngning behöver behandlas eller inte. Tidigare studier har visat att FFR är bättre än PCI-operatörens egen visuella bedömning och att metoden leder till bättre resultat för patienterna. Ett problem är att tryckmätning idag används i relativt begränsad utsträckning i förhållande till den påvisade patientnyttan. De vanligaste anledningarna som anförts är att mätningen tar tid och att patienten upplever obehag av adenosin som används vid undersökningen.

iFR är en ny metod som innebär att man mäter tryckfallet över kranskärlsförändringen under en del av diastole där flödet i kranskärlet är högt och motståndet i kärlet lågt. iFR-mätningen tar endast några sekunder att utföra och då inget läkemedel används upplever patienten inte heller något obehag alls av undersökningen. I tidigare studier där man jämfört iFR med FFR har man visat en bra överensstämmelse mellan metoderna (ca 80 %), men också att i de fall där metoderna inte stämt överens så har iFR visat sig vara lika bra eller bättre än FFR vid jämförelse mot andra referensmetoder. Till skillnad från FFR saknar iFR dock en större jämförande studie mot FFR där man studerar patientutfall.

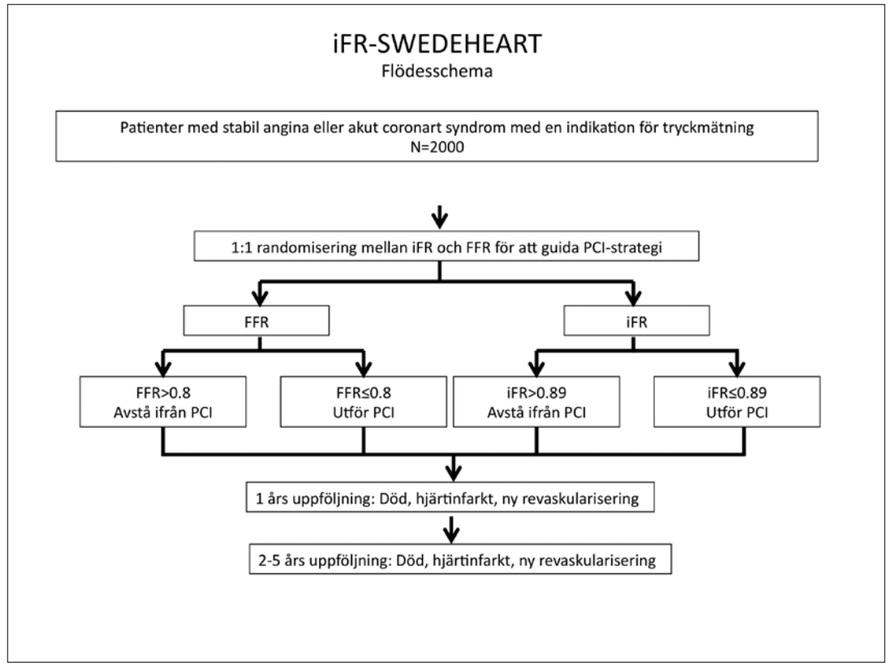
iFR-Swedeheart: en registerrandomiserad studie (RRCT)

Den nordiska trombaspirationsstudien TASTE som presenterades förra året blev en stor vetenskaplig framgång och konceptet att använda kvalitetsregister för att kostnadseffektivt besvara kliniska frågeställningar i stora patientpopulationer introducerades. I TASTE-studiens kölvatten finns det idag flera registerrandomiserade studier som pågår (iFR-Swedeheart, DETO2X-AMI, VALIDATE). Dessutom planeras ytterligare studier de kommande åren. I iFR-Swedeheart randomiseras patienter där kranskärlsröntgen visat intermediära förträngningar mellan iFR och FFR och utfallet får sedan styra behandlingsstrategin.

Alla operatörer måste också göra en visuell bedömning av kranskärlsförändringarna innan randomisering och därefter följer vi hur tryckmätning förändrar deras kliniska beslut. Då iFR-Swedeheart i sig är lika stor som banbrytande FFR studierna DEFER, FAME och FAME-2 tillsammans innebär det också att den vetenskapliga evidensen för tryckmätning som metod ökar väsentligt.

Varför iFR när FFR fungerar bra?

Om iFR-Swedeheart-studien visar att iFR är lika bra som FFR så kommer metoden med stor sannolikhet få ett stort genomslag globalt. Då iFR går snabbt att utföra och inte ger något obehag innebär också metoden unika möjligheter att nå ut till de operatörer som idag väljer bort tryckmätning som metod. Det övergripande syftet med studien är att öka rutinanvändandet av tryckmätning jämfört med idag.



Perspektiv

Sverige har givetvis världens bästa och mest täckande register inom vård och kan med RRCT konceptet få en ledande roll inom evidensbaserad medicin. iFR studien är ett exempel på hur vi snabbt, enkelt och billigt kan utvärdera redan etablerade och CE märkte metoder, ta fram evidens och förbättra vården. Vi uppmanar till en nationell forskningssatsning för att breda ut RRCT iden som med sin enkelhet låga kostnader kan ändra evidensbaserad medicinsk utvärdering globalt.

Faktaruta

iFR-Swedeheart är en prospektiv registerrandomiserad studie med en non-inferiority design. Primär kombinerad endpoint utgörs av mortalitet, ny hjärtinfarkt och ny revaskularisering inom 12 månader.

Dessutom kommer ett flertal sekundära endpoints att följas såsom hur tryckmätning förändrar beslutsstrategin, grad av obehag av adenosin.

NCI 2015

March 25-26, 2015
Turku, Finland

SECOND ANNOUNCEMENT

It is with great pleasure to welcome you to the **3rd Nordic Cardiac Imaging Meeting (NCI)** March 25-26, 2015, in Turku, Finland.

The meeting is organized in collaboration with the Finnish Cardiac Society and the Nordic Working Groups in parallel with Spring Meeting of the Finnish Cardiac Society.

Nordic experts, international opinion leaders and specialists in the different cardiac imaging modalities will be brought together to give state of the art lectures on the latest advances, evidence based application of imaging in daily clinical practice, and interactive panel discussions about specific clinical cases. Scientific posters and interesting cases are also presented.

Target audience: Specialists and trainees in Cardiology, Clinical Physiology, Nuclear Medicine, Radiology, Cardiac Surgery, Thoracic and Cardiovascular Anaesthesiology and Internal Medicine as well as technologists, nurses and scientists involved in cardiac imaging.

Congress language: English

Congress venue: Logomo, Köydenpunojankatu 14, 20100 Turku, Finland (www.logomo.fi).

Abstract submission: We welcome scientific abstracts for poster presentation and «Best case of the year» session. Best case will be awarded. On-line abstract submission system will be opened on January 1, 2015 at www.fincardio.fi.

For more information visit:
www.nordiccardiacimaging.org or www.fincardio.fi
Housing and travelling: www.visitturku.fi.

PRELIMINARY MEETING PROGRAM

WEDNESDAY, March 25

9:30 Opening of the meeting

9:35-11:20 Session 1: Imaging before and after TAVI
What interventionists need to know?
- Cardiac CT: The essentials before TAVI?
- Echocardiography: What are the specific issues before TAVI?
- Is imaging during TAVI needed?
- How can imaging improve outcomes after TAVI in challenging situations?
- Case presentation and panel discussion

11:30-12:30 Lunch satellite symposium, Exhibition and Coffee

13:15-15:00 Session 2: My patient has 7000 ventricular premature beats - what should I do?
- When are ventricular premature beats dangerous?
- Is echocardiography post festum?
- What can CMR tell?
- Nuclear imaging in inflammatory cardiomyopathies
- Case presentation and panel discussion

15:00-15:30 Exhibition and Coffee

15:30-17:15 Session 3: Imaging in coronary chronic total occlusion
- How can imaging help in treatment of CTO – Interventionist' view
- Imaging in CTO: Ischemia, viability and beyond
- Echo and stress-echo in CTO
- Characterization of target vessel anatomy by coronary CT
- Case presentation and panel discussion

17:15-17:45 Poster Session, Exhibition and Coffee

18:00-19:00 Best case of the year session

Cocktails and Dinner

THURSDAY, March 26

8:00-9:45 Session 4. Advanced imaging in stable angina
- Hybrid imaging in the evaluation of coronary anatomy and ischemia
- Anatomy and ischemia by CT: Perfusion and non-invasive FFR
- Coronary atherosclerotic plaque characterization
- Chest pain after CABG – case for imaging?
- Case presentation and panel discussion

9:45-10:15 Exhibition and Coffee

10:15-11:45 Session 5. How should you evaluate a patient with acute heart failure
- Takotsubo cardiomyopathy
- Hypertrophic obstructive cardiomyopathy
- Cardiac constriction
- Myocarditis
- Diastolic dysfunction
- Case presentation and panel discussion

11:45 End of the meeting and Lunch

Important dates

Registration will be opened in December 15, 2014 at www.fincardio.fi.

Final program will be announced in January 2015.

Abstract/case submission deadline January 30, 2015.

Registration and accommodation dead-line March 3, 2015.

Kardiologföreningens FORTBILDNINGS-DAGAR | UPDATE

5 - 7 FEBRUARI 2015

STOCKHOLM

- **NOAC vid AKS** - vilken plats har de?
- Nyheter inom **sviktbehandling**
- Komplett eller partiell **revaskularisering vid STEMI**?
- **Framtidens kardiologer** - utbildningsfrågor
- Vad händer kring **nya målbeskrivningen för ST**?
- **E-hälsa** inom kardiologin
- **Aortasjukdom - Update!**
- Och mycket mer...

Rikligt med **falldiskussioner**

Release party: Om svensk kardiologis historia

Mer information och anmälningsformulär hittar du på:
www.mkon.se/update

Varmt välkomna!

SVENSKA KARDIOLOGFÖRENINGEN
SWEDISH SOCIETY OF CARDIOLOGY

HRG

Nytt från HjärtRytmGruppen

Text: Tord Juhlin

"Den viktigaste faktorn för att ytterligare öka överlevnad är tidigare defibrillering"

Höstens utbildningssatsning från HjärtRytm-Gruppen, HRG, skedde i form av temadagen Kammararytmi-från oskyldigt extraslag till plötslig död samt en kursdag i Invasiv elektrofysiologi.

Kammararytmi-från oskyldigt extraslag till plötslig död

Årets temadagar ägde rum i Stockholm 15/10 och i Umeå 22/10. Tyvärr fick det planerade mötet i Göteborg ställas in p g a för få deltagare. Mötena i Stockholm och Umeå kunde dock genomföras med ett stort antal engagerade deltagare. Som värd stod HRG:s ordförande Carina Blomström-Lundqvist tillsammans med de lokala värdarna, Jonas Schwieler i Stockholm och Niklas Höglund i Umeå.

Dagarna inleddes med **Hjärtstopp och HLR** som förelästes av Jacob Hollenberg i Stockholm och Johan Herlitz i Umeå. Den glädjande utvecklingen med alltfler överlevare i hjärtstopp utanför sjukhus påpekades och idag överlever mellan 10 och 11 % vilket resulterar i 500 överlevare varje år! Den viktigaste faktorn för att ytterligare öka överlevnaden är troligen tidigare defibrillering. Bland intressanta kommande studier nämndes DISCO som randomiserar patienter med hjärtstopp till primär PCI eller sedvanlig behandling.

Mårten Rosenqvist fortsatte med **Hur fångar vi patienten med risk för plötslig död?** Mårten konstaterade att EF fortsatt är den bästa prediktorn för att förutsäga risken för plötslig död. Bland åtgärder för primärprevention av plötslig hjärtdöd finns livsstil, screening av vissa riskgrupper och spridning av externa defibrillatorer och sekundärpreventivt dessutom ICD och råd om minskad fysisk aktivitet vid HOCM och ARVD. Mårten avslutade stilenligt med att publiken fick njuta av Jussi Björling i "Så kall ni är om handen" från La Bohème!

Akut koronart syndrom-tidiga och sena ventrikulära arytmier förelästes av Lennart Bergfeldt. Några av Lennarts viktigaste punkter var att primärt VF vid AKS påverkar sjukhusmortalitet men inte långtidsprognos samt en initialt nedsatt LVEF efter infarkt kan återhämta sig väl men väntar man 40 dagar med riskbedömning hinner patienter dö plötslig död och vi måste därför hitta subakuta riskmarkörer. Därefter presenterades intressanta data om depolarisations-repolarisationsvinkeln som prognostisk markör efter AKS, vilken förefaller vara väl så bra som EF och ge additivt prognostiskt värde.

Pyotr Platonov drog senaste data om **Jonkanalsjukdomar: Från diagnos till bedömning av risk för plötslig död.** Pyotr betonade effektiviteten av betablockerare vid LQTS och att ICD enbart är aktuellt om symptom trots betablockad. Brugada är en inte så ovanlig autosomalt dominant ärftlig sjukdom varför familjeanamnes och familjescreening är viktig. De flesta patienter med Brugada behöver enbart rådgivning om läkemedel, Brugadadrugs.org, samt råd att undvika excessiv alkoholkonsumtion och att vid feber omedelbart behandla med febernedsättande.

Senaste nytt om **Icke-ischemisk VT** presenterades av Jonas Schwieler och Carina Blomström Lundqvist. Tonvikten låg på hypertrof cardiomyopati och speciellt ESCs nyligen presenterade guidelines. Den nya algoritmen för att bedöma 5-årsrisken för plötslig död gicks igenom. Algoritmen innefattar väggtjocklek, vänster förmaksdiameter, LVOT-gradienten, ärftlighet för plötslig död, non-sustained VT, oförklarad synkope och ålder. Om 5-årsrisken är ≥6 % bedöms patienten som en högriskpatient och ICD rekommenderas. Vid intermediär risk, ≥4–<6 % har patienten intermediär risk och ICD kan övervägas. <4 % utgör lågrisk och ICD är ej indicerad.

Magnus Forsgren redogjorde pedagogiskt under ruriken **Devices-bedrar snålheten visheten?** för de stora regionala skillnader som finns i implantationsfrekvens för ICD och CRT. Magnus diskuterade möjliga orsaker till skillnaderna och kom också med förslag hur skillnaderna kan minskas. Remissvägarna behöver ses över och närmare samarbete behöver etableras mellan hjärtsviktsmottagningar och implantationsenheter med syftet att etablera devicebehandlingen i hjärtsviktsvården.

Ablation vid kammararytmi förelästes av Jonas Schwieler. Jonas gick bl a igenom EHRA/EHS indikationer för kateterablation vid kammartakykardi. Detta kan vid strukturell hjärtsjukdom övervägas; Om patienten har en eller flera episoder av ihållande monomorf VT trots behandling med klass I eller III antiarytmika.

Några av föreläsarna i Stockholm samlade.

För patienter med återkommande ihållande monomorf VT beroende på tidigare hjärtinfarkt som har EF >30 % och där ablation är ett acceptabelt alternativ till Cordarone.

För patienter med hemodynamiskt tolerabel ihållande monomorf VT beroende på genomgången hjärtinfarkt med väsentligen bibehållen vänsterkammarfunktion, EF >35 %, även om antiarytmikabehandling är effektiv.

För patienter utan strukturell hjärtsjukdom rekommenderas kateterablation;

- Vid monomorf VT som orsakar svåra symptom.
- För monomorf VT när antiarytmika inte är effektiva, inte tolereras eller inte önskas.
- För återkommande ihållande polymorf VT eller VF refraktära för antiarytmisk behandling där trigger åtkomlig för ablation kan misstänkas.

Dagen avslutades med **Tänkvärda fall** av Tord Juhlin där mötesdeltagarna bidrog med stort engagemang.

Fortbildningsdagarna räknas nu som etablerade och redan skissas det på nästa års program. Kardiologföreningens medlemmar är varmt välkomna att komma med förslag på temadagar.

Kurs i Invasiv elektrofysiologi

Som tidigare har beskrivits fanns tidigare en utbildningsdag i invasiv elektrofysiologi speciellt riktad till yngre elektrofysiologer. Tyvärr kom aldrig någon uppföljning till stånd men i år tog HRG, under ledning av Jonas Schwieler, initiativet till att återuppliva utbildningen. Detta skedde genom ett heldagsmöte i Uppsala 7/11.

Mötet innehöll fem föreläsningar. Mats Jensen-Urstad höll en genomgång av basala elektrofysiologiska mekanismer och Niklas Höglund om hur patienten hanteras i samband med elfysingreppet. Därefter gick Anders Englund igenom ablationsstrategier vid olika takyarytmier. Håkan Walfridsson delade med sig av sin stora erfarenhet och talade om fallgropar och svåra fall inom elektrofysiologin innan dagen avslutades av Carina Blomström-Lundqvist som talade om komplikationer vid ingreppen.

Mötet var mycket uppskattat och planeras nu blir en årligen återkommande aktivitet. Fortsättningsvis kommer mötet mer specifikt riktas mot dem som ännu ej är självständiga operatörer.

Fortbildningsdagarna

Vid Svenska Kardiologföreningens fortbildningsdagar i februari kommer HRG att hålla i ett arytmisymposium som kommer att innehålla tre föreläsningar. En uppdatering om förmaksflimmer och modern antiokoagulantiabehandling i rutinen planeras samt en genomgång av hemmonitorering vid devicebehandling och senaste nytt om gentypning och riskvärdering avseende plötslig död vid ärftliga arytmogena sjukdomar.

Europeisk patientenkät

EHRA kommer snart med en patientenkät om flimmerbehandling. Denna vänder sig direkt till patienterna, kan besvaras i väntrummet, och syftar till att höja utbildningsnivån och följsamheten hos de patienter som behandlas med antikoagulantia. Frågor kring detta kan ställas till Carina Blomström Lundqvist.

HRGs ordförande Carina Blomström Lundqvist föreläser.

Jonas Scwieler, lokal värd i Stockholm, lyssnar till en fråga från publiken.

Den lokale värden i Umeå, Niklas Höglund, hälsar välkomna.

Arytmiprofilen

Pyotr Platonov

Text: Tord Juhlin

Pyotr Platonov

Överläkare

Adjungerad professor i kardiologi vid Lunds universitet,

Arytmikliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund

"Det vi behöver är att träffas oftare och lära av varandra"

Hur kom det sig att du blev arytmolog?

Min första arbetsplats, strax efter läkarexamen, var Research Institute of Cardiology i Sankt Petersburg. Jag hade börjat forska där redan 1993–1994, vid sidan av mina studier. Vårt laboratorium fick en gång en inbjudan till en arytmikonferens i Oulu. Jag åkte och fick där presentera mitt första fall, vilket handlade om långt QT-syndrom. Efter det följde en konferens i Lund 1996, där jag träffade Bertil Olsson, professor i kardiologi vid Lunds universitet, och tre år senare kom jag till Lund som gästforskare för att påbörja mitt avhandlingsprojekt inom förmaksflimmer. Efter disputationen, 2001, fick jag en inbjudan att komma tillbaka till Lund. Jag funderade inte länge …

Vad är det inom arytmologin som tilltalar dig?

Hm … Jag blev först fascinerad av att arytmidiagnostik handlar så mycket om logik och ren matematik. Det kändes mycket tilltalande för mig på den tiden. Nu är det inte längre lika klart men är lika intressant ändå. På senare tid har även genetiska faktorer kommit in i bilden och det gör det hela ännu mer spännande.

Vilken är den viktigaste åtgärden för att svenska arytmipatienter ska få bättre vård?

Det är alltid svårt att välja vad som är "den viktigaste", men jag tycker att tillgänglighet till vård, och beslutfattande, inte borde skilja sig mellan olika regioner och landsting i Sverige. Ett exempel från min verksamhet är omhändertagande av patienter och familjer med ärftliga arytmogena sjukdomar. Som ett steg mot att minska skillnader i omhändertagandet och information som ges till familjemedlemmar bosatta i olika delar av landet har kardiologer och kliniska genetiker från olika universitetssjukhus bestämt sig för att bilda ett nätverk för utveckling av gemensamma riktlinjer och arbetssätt inom kardiogenetik. Denna plattform, som även fungerar som diskussionsforum, har visat sig vara framgångsrik.

Hur ser du på arytmologins framtid?

Den är lysande. Det finns många engagerade kollegor i landet som brinner för sitt arbete och jobbar för att utveckla arytmologin i Sverige. Det vi behöver är att träffas oftare och lära oss mer av varandra.

Om du inte blivit läkare, vad hade du då jobbat med?

Min pappa, som är en pensionerad militärläkare, trodde att jag även skulle kunna bli civilingenjör (kanske för att han själv ville bli det). Det blev jag dock inte. Det var nog för mycket indoktrinering i läkaryrket under min barndom.

Vad gör du på din fritid?

Min fru säger att forskning är min hobby eftersom jag kan göra det på min fritid istället för hemmasysslor. Det ligger säkert något i det, jag har en klok fru. Men får jag möjlighet försöker jag att resa bort med min familj och upptäcka nya platser.

Vilken bok läser du just nu?

Jevgenij Zamjatins roman "Vi" (1921)

Vilken film såg du senast?

Den nya TV-serien "Sherlock".

Tack!

Atrial Fibrillation
from atrial extrasystoles to atrial cardiomyopathy
Journal of INTERNAL MEDICINE • Founded 1863
JIM
What have we learned from basic science and interventional procedures?
An International Scientific Meeting
16–17th April 2015, Stockholm, Sweden
akkonferens.slu.se/afsymposium2015/
KEY NOTE LECTURERS
Ulric Schotten Deptment of Physiology. University Maastricht, The Netherlands
Isabelle C. Van Gelder Department of Cardiology, University of Groningen, The Netherlands
Michel Haissaguerre Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, France
Karl-Heinz Kuck Asklepios Klinik St. Georg Hamburg, Germany
Greg Lip University of Birmingham, Centre for Cardiovascular Sciences, City Hospital, Birmingham, England
John Camm Department of Cardiological Sciences, St George's Hospital Medical School, London, UK
Carina Blomström Lundqvist Department of Cardiology, Uppsala University Hospital, Uppsala, Sweden

Arbetsgruppen för preventiv kardiologi och levnadsvanor

– Läkares samtal om levnadsvanor gör fortfarande skillnad!

Text: Anna Kiessling

Anna Kiessling

Överläkare

Universitetslektor vid Karolinska Institutet, Institutionen för Kliniska Vetenskaper, Danderyds sjukhus

Arbetsgruppen för Levnadsvanor har drivits i tre år som ett projekt inom Svenska Kardiologföreningen. Från årsskiftet blir det en permanent arbetsgrupp med ett något vidgat uppdrag för prevention och levnadsvanor med fokus på förebyggande och hälsofrämjande kardiovaskulär prevention.

Arbetsgruppen startade 2012 på uppdrag av Svenska Kardiologföreningen som ett projekt inom ramen för Svenska Läkaresällskapets Levnadsvaneprojekt. Syfte var att utveckla och tydligare formalisera preventionsarbetet i den svenska hjärtsjukvården och att implementera de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Kardiologföreningen tillsatte en sektionsansvarig, Anna Kiessling, samt en arbetsgrupp av preventivt intresserade kardiologer från olika delar av landet för att driva arbetet. Arbetsgruppen har sedan dess bestått av, utöver Anna Kiessling (ordförande), Claes Held, Lars Svennberg, Lennart Nilsson, Jessika Persson, Catrin Edström Plüss, Martin Magnusson, Annika Ravn-Fischer, Anna Norhammar, Kristina Hambraeus, Joep Perk och Rikard Hedelin. Gruppen har träffats två gånger per termin och däremellan kommunicerat per mail. Aktiviteterna har varit många. Allt från föreläsningar, seminarier och framtagande av informationsmaterial lokalt på sjukhus och i länen, föredrag och postrar på nationella allmänna och kardiologiska möten samt internationellt inom ESC:s regi.

Aktiviteter i Sverige

På vårmötet 2012 hölls ett symposium som presenterade de nya europeiska preventiva riktlinjerna för kranskärlssjukdom av medlemmar i arbetsgruppen som också introducerade levnadsvaneprojektet och de nya riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Arbetsgruppen anordnade symposiet ”Samtal om levnadsvanor – Varför? Var? Vem? Hur?” på vårmötet 2013. År 2014 var det dags för symposiet ”Mat för hälsa eller mat för bantning”. Exempel på andra nationella möten där svensk kardiovaskulär prevention presenterats och diskuterats är Nationellt möte För Framtidens specialistläkare 2012, Riksstämman 2012, 2013 och även nu i år 2014, Möten har hållits med länens ansvariga för implementering av riktlinjerna, En dag om hälsa arrangerad av Dagens Medicin. Fortbildningsdagarna i Sälen 2013 ”Från ord till handling för hälsosamma levnadsvanor hos hjärtpatienter”. Föredrag har hållits för deltagare i Högbo kursen i kardiovaskulär prevention och hjärtrehabilitering om ”Samtal om levnadsvanor i hjärtsjukvården”. På Riksstämman 2013 föreläste Annica Ravn-Fischer: ”Hur når vi ut”. Föredraget handlade om hur vi ska nå ut med stöd för hälsosamma levnadsvanor till den del av befolkningen som är svårast att nå. Ja, listan kan göras lång. Gruppen har även på olika sätt stimulerat att levnadsvanor registreras och att registreringarna görs på likartat sätt i olika kvalitetsregister inom hjärtsjukdomsområdet. Nu i höst har gruppen dessutom tagit fram ett omfattande webb-material om levnadsvanor och hjärtkärlsjukdom som snart kommer att publiceras på Kardiologföreningens hemsida.

Fokus ligger på metoder för att stödja hälso-sjukvården i arbetet med att förändra dessa fyra levnadsvanor: *Rökning, Riskbruk av alkohol, Otillräcklig fysisk aktivitet, Ohälsosamma matvanor*

Arbetsgruppen Preventiv kardiologi och levnadsvanor: Från vänster syns Joep Perk, Lennart Nilsson, Jessica Persson, Kristina Hambraeus, Anna Kiessling, Annika Ravn-Fischer, Catrin Edström Plüss, Martin Magnusson, Lars Svennberg samt Claes Held (Anna Nohammar och Rikard Hedelin saknas på bilden).

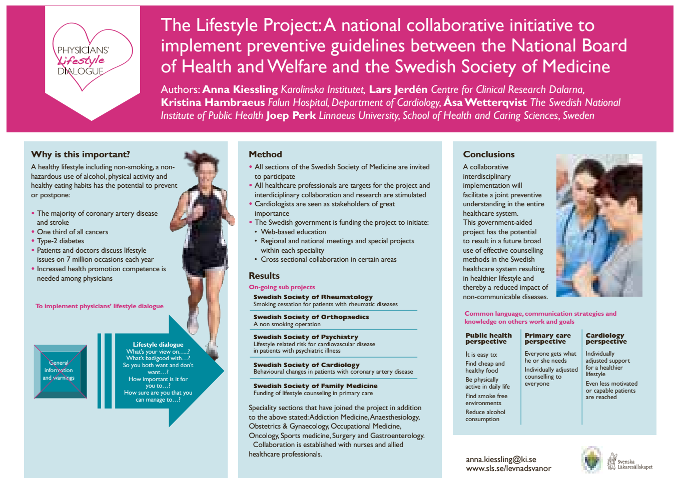
Aktiviteter i Europa

Inom The European Society of Cardiology (ESC) drivs det kardiovaskulära preventionsarbetet inom ramen för European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) där Joep Perk är ordförande i kommitteen för prevention implementation. Anna Kiessling är utsedd till Svenska Kardiologföreningens representant i EACPR som National Cardiovascular Prevention Coordinator för Sverige. Nätverksarbetet och samarbetet mellan de nationella koordinatorerna har ökat över åren. Det mest konkreta resultatet av detta arbete är ”The Country of the month project” (se tabell 1). På hemsidan för ESC publiceras varannan månad uppgifter om hur både folkhälsoinriktad och kardiovaskulär preventionen erbjuds i två nya länder. Sverige deltar här med en läsvärd rapport. Deltagare i arbetsgruppen har presenterat abstract på EuroPrevent. År 2013 om Levnadsvaneprojektet *”The Lifestyle Project – A national collaborative initiative to implement preventive guidelines between the National Board of Health and Welfare and the Swedish Society of Medicine”*. År 2014 om hur man kan använda kvalitetsregister som stöd för att implementera kardiovaskulär prevention för hälsosamma levnadsvanor *”Implementation of cardiovascular prevention by evaluation of practice, the Swedish experience”*.

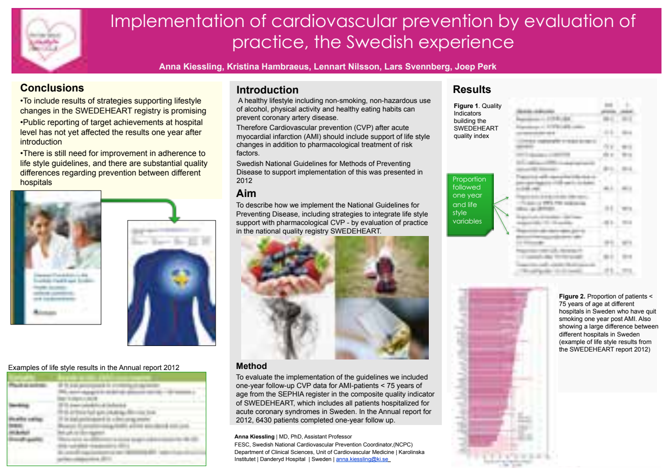
Planer 2015 till 2017

Vid 2014 års slut upphör Levnadsvaneprojektet i sin nuvarande form. Svenska Läkaresällskapet kommer att fortsätta driva det preventiva och hälsofrämjande arbetet vidare. Sannolikt kommer det att ske i projektform inom ramen för Socialdepartementets nationella satsning på förebyggande och behandling av kroniska sjukdomar. Svenska Kardiologföreningen kommer att ha en tydlig plats även i detta arbete. Och som sagt kommer arbetsgruppen att permanentas under ett nytt namn: Arbetsgruppen för preventiv kardiologi och levnadsvanor. Gruppen har hittills fokuserat på kranskärlssjukdom men intentionen är att under de kommande åren satsa på:

- Att öka medvetenheten om betydelsen av, och kompetensen, att stödja utveckling av hälsosamma levnadsvanor för alla hjärtpatienter, inte bara de med kranskärlssjukdom
- Att intensifiera satsningarna på stöd för hälsosamma levnadsvanor i samband med hjärtoperationer och interventioner
- Att förbättra det hälsofrämjande omhändertagandet av hjärtpatienter i särskilda riskgrupper, t.ex. med samtidig psykisk ohälsa, funktionshinder mm.



Poster presenterad på EuroPrevent i Rom 2013



Poster presenterad på EuroPrevent i Amsterdam 2014

CARLOS
REFLEKTIONER

Carlos Valladares

Auskultation: nonchalerad konst?

Text: Caros Valladares

När jag var kandidat i Guatemala hade vi en överläkare som brukade fråga alla blivande medicinare vilken stetoskopets viktigaste del var. Membranen? Slangen? Märket? … Ingen lyckades komma på svaret. Det var nämligen den del som sitter mellan headsetet.

Stetoskopet har varit en av läkarens och, framför allt, kardiologens viktigaste redskap. I de länder där resurserna har varit och är begränsade, blir man ännu mera tvungen att utveckla auskultationstekniken. Vissa fynd leder till behovet att remittera till kompletterande undersökningar. Remissens kvalitet med detaljerade auskultationsfynd spelar en avgörande roll för att motivera om dessa ska göras, särskilt med hänsyn till den ekonomiska aspekten.

Även i de utvecklade länderna tar auskultationstekniken stor plats i utbildningen. Läroböcker ägnar fortfarande utrymme att detaljerat beskriva olika blås- och biljud. Det faktum att kliniska tecken bär namnen på läkare som Austin-Flint, Corrigan, Beck etc, hedrar skicklighet, associationsförmåga och ett intellektuellt och metodiskt förhållningssätt till den fysikaliska undersökningen.

Ibland påstås det att hjärtauskultation har dålig sensitivitet och specificitet. Man kan undra varför ”lägga krut på det” när man kan beställa ett ultraljud. Det argumentet kan vara en bortförklaring för att inte anstränga sig och vässa auskultationsförmågan och kan även förmedla en nonchalant attityd till yngre eller blivande kollegor. Tekniken är ett utmärkt hjälpmedel som kan bekräfta eller avfärda våra misstankar, men man bör se det som ytterligare en bit av det pusslet som en diagnos kan innebära.

Alla auskultationsfynd stämmer visserligen inte alltid överens med vad ett ekokardiografi visar. Mycket beror dock på vem som lyssnar och hur. *The problem isn't silence but deafness*. Man ska träna hörseln för att lyssna och sinnet för att tänka på vad det är man lyssnar på. Att hjärnan behöver tränas som vilken muskel som helst är något som knappt ifrågasätts nuförtiden. Man ska ha tålamod och försöka visualisera det man hör. Bråttom och slarv bör undvikas. Det finns en anekdot om en kardiolog som efter att ha lyssnat på ett hjärta i ett par minuter sträckte på sig för att rätta till ryggen. ST-läkaren trodde att han var färdig och frågade vad han tyckte om blåsljudet. ”Vilket blåsljud?”, svarade han, ”Jag har bara hunnit lyssna på den första tonen”.

Under min randning på Fysiologiska Kliniken i Linköping lärde jag mig av min handledare, en oerhört kunnig fysiolog, att alltid auskultera hjärtat innan man bedömde ultraljudsbilderna. Hon brukade säga något i stil med ”innan man tittar på kartan ska man lyssna på verkligheten”. Den kommentaren fastnade i mitt minne. Jag kommer också ihåg hur min mentor på Kardiologen en gång tipsade mig om hur man kunde avgöra om det var det främre eller det bakre seglet som prolaberade vid en mitralisinsufficiens, beroende på vart blåsljudet utstrålade.

Sådana pärlor och flera andra råd jag har fått i mitt yrkesliv glömmer jag inte. De är och har varit en drivkraft för att anstränga mig och ta mig tid att försöka lyssna bättre på varje hjärtljud. Det är sådana incitament våra blivande kollegor behöver. Läkaryrket är inte bara klinik och vetenskap utan även en hel del konst och skicklighet, ”the art of medicine”. Det är upp till var och en att utveckla varje aspekt och sträva efter professionell excellens.

Kardiologiskt Kalendarium 2014–2015

Här presenterar vi viktiga och intressanta möten och utbildningar rörande kardiologi i Sverige och utlandet. Saknas just din kurs? Meddela mig på martin.stagmo@gmail.com så ska vi se till att den kommer upp på listan. Samma info går att finna på Kardiologföreningens hemsida www.cardio.se

2015

Fokus kranskärl 2015
En utbildning för kardiologer från arbetsgruppen för kranskärlssjukdom, Svenska Kardiologföreningen. 12–13 januari 2015, Hotell Kristina, Sigtuna. Mer information: *www.mkon.se/kranskarl.*

Framtidens Kardiologer
Fokus ligger denna gång på ämnen som hemodynamisk undersökning, hjärttransplantation och mekaniskt stöd. Även kardiovaskulär genetik och hjärt-MR berörs. Stockholm 15–16 januari
Mer info på:
www.malmokongressbyra.se/framtidens_kardiologer2015

Kardiologföreningens fortbildningsdagar i kardiologi
Stockholm 5–7 februari 2015. Reservera redan nu datumen!
Mer information finns på: *www.mkon.se/update*

ACC 2015
American college of Cardiology scientific sessions San Diego, 14–16 mars
Mer information finns på:
accscientificsession.cardiosource.org/ACC/Plan-Your-Visit.aspx

Nordic Cardiac Imaging 2015
The 3rd Nordic Cardiac Imaging meeting 25–26th of March 2015 in Turku, Finland
www.nordiccardiacimaging.org/

Kardiovaskulärt Vårmöte 2015
Hjärtligt välkomna till det XVII Kardiovaskulära Vårmötet i Örebro den 22–24 april i Örebro.
Mer information: *www.malmokongressbyra.se/xvii_svenska_kardiovaskulara_varmotet*

ESC 2015
European Society of Cardiology Congress. London, 29 augusti–2 september.
Mer info finns på: *www.escardio.org/congresses/esc-2015/Pages/welcome.aspx*

GASTRONOMINS HJÄRTA

Kemi är knäckfrågan på julens gottebord!

Text: Carl Johan Höijer

"Receptet på knäck är skäligen enkelt; Socker, sirap och grädde i lika kvantiteter"

Nu börjar det dra ihop sig till juletider och detta år tänkte jag fördjupa mig en smula i konsten att koka knäck. Knäcken är ett obligatorium på alla gottebord och ska traditionsenligt vara hemkokt. Detta inbjuder till en viss, gnagande oro hos de flesta julansvariga i hemmen, som av erfarenhet, egen såväl som annans, väl vet vilken potential för katastrofer som knäckkoket innebär. Vem har inte råkat bränna vid knäcken och förvandlat både grytan och innehållet till en svartbrun glasartad massa, inte helt olik den som enligt uppgift lär vara det enda som återstår i centrum av en atombombsexplosion, en massa som inte på några vis låter sig avlägsnas från kastrullen, vilken därigenom inte ens går att slänga, då den inte längre låter sig insorteras i något känt återvinningsfack, utan det enda som återstår är att skamset gräva ner den i ett mörkt hörn längst ner i trädgården.

Receptet på knäck är skäligen enkelt; Socker, sirap och grädde i lika kvantiteter (volym). En tillsats av hackad mandel i slutet anses av många som välgörande, inte minst då det gör knäcken lättare att tugga och mindre benägen att resultera i dyra tandläkar-räkningar.

Som alla läsare av denna tidskrift väl vet så bör all vår verksamhet baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Låt oss därför börja med att fördjupa oss i den vetenskapliga grunden för framgångsrikt knäckkokeri:

Knäck består till allra största delen av socker, och knäcktillverkning är huvudsakligen lika med processen att hetta upp socker.

Med socker avses så kallat vanligt strösocker, sackaros som är en disackarid bestående av två monosackarider, glukos och fruktos. (Figur 1) Om man värmer sackaros i närvaro av en syra eller vissa enzymer, spjälkas disackariden till sina två monosackarider och förblir sådan och den resulterande lösningen av glukos och fruktos har bl.a. fördelen att vara flytande i rumstemperatur. Det är detta som kallas sirap.

Den grundläggande kemiska processen som knäck-kokeri handlar om, kallas för karamellisering. Karamellisering innebär att vid en viss temperatur börjar monosackariderna att brytas ner från sin ringstruktur till mindre beståndsdelar, vilken i sin tur ger upphov till en kaskad av reaktioner som resulterar i bildandet av ett hundratal nya kemiska föreningar. Dessa föreningar har dels aromatiska kvaliteter, som t.ex. smörsmak från diacetyl, fruktighet av estrar och laktoner m.m.

Andra föreningar har föga smak men ger upphov till en vackert gyllenbrun färg, vilket ju är precis vad man eftersträvar i sin knäck. Hemligheten bakom framgångsrikt knäckkokande handlar dock främst om att avbryta denna process i rättan tid, då excessiv karamellisering vid höga temperaturer leder till produktion av bittra och mörksvarta ämnen med en extremt hård konsistens, som ni alla säkert känner igen enligt ovanstående nukleära liknelse.

Karamelliseringen av knäcken är till största delen baserad på fruktos-molekylerna, då dessa har en betydligt lägre karamelliseringstemperatur (ca 105°C) jämfört med glukos (ca 150°C).

Om karamelliseringsprocessen sker i närvaro av proteiner och aminosyror kommer dessa, tillsammans med sockret, delta i en annan kemisk process som kallas Maillard-reaktion. Mer om denna kommer att komma när vi ska diskutera konsten att steka kött, för det är precis det som händer där. I vilket fall, denna process leder till bildande av ännu fler aromatiska produkter och är således anledningen till varför man har grädde i knäcken.

När ska man då avbryta uppvärmningen för att få den ultimata knäcken?

Denna fråga kan med rätta beskrivas som en knäckfråga (he-he) och den punkt varpå hela knäckkokeriets framgång vilar.

I nästan alla kokböcker och receptsamlingar hänvisas till det så kallade "kulprovet" varvid man förväntas droppa en droppe knäcksmet i kallt vatten och på grundval av den resulterande kulans konsistens kunna avgöra om knäcken är klar eller ej.

Sällan har så många stressade hemmakokare blivit så totalt vilseförda! Kulprovet är komplett humbug och den främsta orsaken till månget misslyckat knäckkokeri.

För att förstå detta ber jag er att noga begrunda diagrammet i Figur 2.

Detta illustrerar hur en vätskas kokpunkt varierar beroende av sockerkoncentrationen. Rent vatten med 0 % socker kokar som alla vet vid 100°C. Kokande innebär att vattnet förångas, d.v.s. övergår i gasform och denna process är så energikrävande att kokande vatten i princip aldrig kan bli varmare än 100°C, hur mycket värme man än tillför.

Ju mer sockerhalten stiger i en lösning däremot, desto högre blir kokpunkten.

Det man måste minnas är att i knäcksmeten är det inte sockret som kokar, sockret smälter från fast till flytande form (socker övergår i gasform vid en avsevärt högre temperatur än vad en hushållsspis förmår leverera).

Det som kokar är istället vatteninnehållet i sirapen och grädden. Efterhand som knäcken kokar, försvinner vattnet ur kastrullen medan sockret blir kvar, och sockerkoncentrationen ökar således stadigt. Detta innebär enligt Figur 2 att kokpunkten höjs och knäcken kan nu bli varmare än 100°C. Det centrala i Figur 2 är att notera den branta stigningen i slutet av kurvan när sockerhalten börjar närma sig 80–90 %.

Det är nämligen detta som förklarar den acceleration av temperatur och därtill tillhörande grad av karamellisering som sker i slutet av knäckkokeriet.

I början kan man koka länge utan att temperaturen stiger det minsta men ju mer vatten som kokar bort, desto högre blir kokpunkten och desto varmare kan lösningen bli och desto snabbare försvinner kvarvarande vatten och så vidare. Dessutom så innebär de kemiska reaktionerna av karamelliseringen att energi frigörs och mer värme uppstår ju längre kan kokar.

Det är denna positiva feedback-process som förklarar varför "kulprovet" hör hemma på kokkonstens skräphögar (tillsammans med bakmaskiner, buljongtärningar och annat fanstyg). I slutet går processen så snabbt att långt innan ni har kladdat färdigt med det befängda kulprovandet, är knäcken för länge sedan bränd.

Låtom oss därför istället omfamna lite modern teknologi och acceptera det 21:a århundrandets intåg med att skaffa en digital stektermometer. Häng den på kanten av kastrullen och monitorera temperaturen exakt under hela processen, medan ni lättjefullt rör i grytan och smuttar på glöggen.

Vid vilken temperatur uppstår då den perfekta knäcken, undrar ni kanske.

Tja, här finns ett visst utrymme för variation, beroende vilken konsistens man eftersträvar-ju varmare, desto hårdare knäck.

Med hackad mandel och om en ganska fast, men inte hård konsistens eftersträvas skulle jag personligen rekommendera 132–133°C, vilket enligt Figur 2 motsvarar en sockerhalt på ca 90 %.

Sedan beror det ju naturligtvis också på var man befinner sig, då kokpunkten för en vätska sjunker med ca 1°C per 305 m höjdskillnad, vilket innebär att om man firar jul på toppen av Åreskutan (1420 m.ö.h.) så innebär det att den optimala knäcktemperaturen blir ca 4,5°C lägre.

Därefter återstår bara arbetet med att överföra den skållheta knäcksmeten till små fjäderlätta och instabila knäckformar, innan den ohjälpligt stelnar. Jag önskar att jag härvidlag kunde bibringa er en perfekt metod även för detta, men tyvärr …

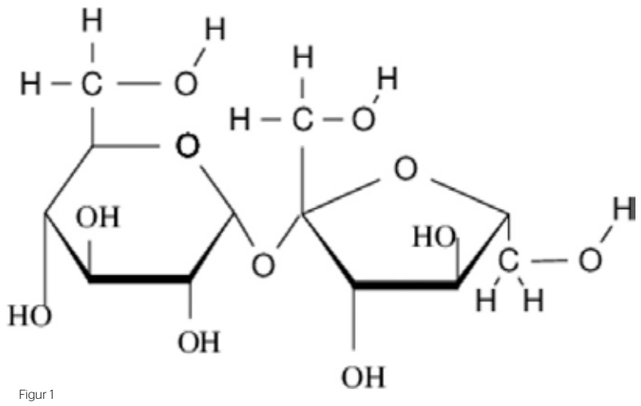
Det går åt fanders varje gång. Beväpnad med två skedar försöker man få ner den diaboliskt klibbiga smeten i formarna, som välter i stället och knäcken fastnar i bordet, man bränner sig på fingrarna och hemfaller åt ovårdat språkbruk, barnen gråter och hundarna gömmer sig under bordet.

En god regel är sålunda att undvika att koka knäck på själva julafton.

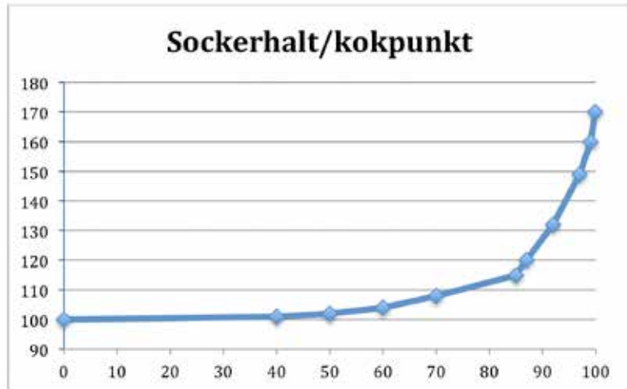
Avslutningsvis vill jag bara tipsa de som känner sig lite smakmässigt äventyrliga, att de aromatiska föreningarna som uppstår vid karamelliseringen, har en stark affinitet för salt, exempelvis i saltade popcorn med smörsmak (diacetyl). En variant att pröva kan därför vara att ersätta den traditionella hackade mandeln i knäcken med likaledes hackade salta jordnötter.

God Jul på er alla
önskar eder matskribent

Carl Johan Höijer



Figur 1



Figur 2

Betydelsen av ett gott ledarskap

Text: Maria Bäck

”Läste nyss i en forskningsrapport att stimulans skapas genom delaktighet.”

Hösten har rasat fram i stormfart och det lider mot jul igen. Jag känner mig fortfarande full av energi fastän det i skrivande stund är mitt i mörkaste november och snöslask utanför dörren. Läste nyss i en forskningsrapport att stimulans skapas genom delaktighet. Kanske är det just det som bidrar till all energi? Jag känner mig delaktig i så många roliga och stimulerande uppdrag och händelser, både på arbetet och privat.

Under hösten har VIC blivit inbjuden att vara adjungerad förening till Svenska Hjärtförbundet. Detta är något som VIC har arbetat länge för och således är mycket glada över. Svenska Hjärtförbundets övergripande uppgift är att främja samverkan och samarbete inom svensk hjärtsjukvård. Gruppen arbetar genom att öka samarbetet inom såväl praktisk sjukvård som utbildning och forskning och för att bredda kompetensen inom gränsområden mellan de olika specialiteterna och professionerna. Som ni vet så vurmar jag för samarbete mellan olika vårdprofessioner och fortsätter att hävda att vi kommer längre tillsammans. Jag hoppas och tror att VIC kommer att ha en viktig roll i detta sammanhang.

Jag vill påminna er medlemmar om att söka VIC:s resestipendium och projektstipendium med sista ansökningsdatum 31:e januari. Vid förra årets ansökningsomgång var det alldeles för få sökanden. Vi vet ju att det pågår så många bra projekt och utvecklingsarbeten runt om i landet. Gällande resestipendier har VIC:s styrelse beslutat att vid ansökningsomgången i januari i första hand prioritera stipendier till internationella kongresser och till vårmötet, medan resestipendierna vid höstens ansökningsomgång i första hand kommer delas ut till sökanden som vill delta vid VIC:s arbetsgruppers utbildningsdagar.

Planeringen inför 2015 års kardiovaskulära vårmöte som kommer äga rum i Örebro 22–24 april pågår för fullt. Även denna gång har många sessioner inskickade av VIC-medlemmar blivit accepterade och programmet kommer erbjuda både bredd och djup. Flera nyheter för större interaktion med deltagarna är också på gång. Så boka in och planera för resa till Örebro i april redan nu.

I flera sammanhang under hösten har ledarskapets roll debatterats, bland annat vid implementering av innovationer inom vård och omsorg. Mycket forskning och utvecklingsarbete har traditionellt bedrivits för att utveckla kunskap som kan ligga till grund för evidensbaserade insatser inom vården. Under senare tid har implementeringsforskning uppmuntrats för att främja hur sådana kunskaper och metoder verkligen tillämpas i den kliniska verkligheten. Ledarskap brukar definieras som förmågan att påverka andra människors beteende och det är tydligt att det lokala ledarskapet tillmäts stor betydelse i de flesta implementeringsprocesser. Det råder dock fortfarande brist på studier som analyserar hur och varför ledningen har denna avgörande betydelse. En artikel från Sveriges läkarförbund beskriver sin ledarskapspolicy som att ledarskap ska påbörjas tidigt och att ledarskapsträning ska finnas med genom hela karriären, från läkarstudent till erfaren specialist. Att vara ledare behöver inte betyda chefskap. Det kan innefatta att leda medarbetare i vardagssituationer, i en projektgrupp eller att samordna insatser. Detta tror jag personligen är en framgångsfaktor. Det gäller att fånga upp de medarbetare som har en förmåga att leda. Alla ska inte bli chefer, men ledarskapsutbildning är också en utbildning i medarbetarskap. Sjukvården behöver urval, utbildning och vidareutveckling av ett gott ledarskap för att lyckas med sitt uppdrag.

Jag önskar er en riktigt skön julledighet och ett hoppfullt gott nytt år!

Varma hälsningar från Maria

Arbetsgruppen ”Sekundärprevention” inom VIC

Text: Marianne Lång, leg sjuksköterska, NU-sjukvården, Trollhättan

Så har turen kommit till arbetsgruppen för sekundärprevention att presentera sig.

Arbetsgruppen bildades på initiativ av VIC:s styrelse 2003.

Som ni säkert redan märkt har det under de senaste åren blivit ett uppsving när det gäller sekundärprevention inom kranskärlssjukvård i Sverige. Vi har tydliga målvärden att jobba emot och vi får årlig återkoppling via SWEDEHEARTs årsrapport om hur vi lyckats med att uppnå dessa. Men vi vet också att det är en stor utmaning att lyckas nå dessa mål. Därför känns det extra inspirerande att planera för de kommande utbildningsdagarna.

Att ordna utbildningsdagar inom sekundärprevention är vårt huvuduppdrag. Dessa dagar ska vara ett forum för oss som arbetar med sekundärprevention. Ett forum för att sprida information om det senaste inom vårt område, utbyte av erfarenheter och att skapa nätverk både lokalt och nationellt. Extra roligt och lärorikt blir det då området innefattar flera olika vårdprofessioner som speglar helheten i det kliniska sekundärpreventiva arbetet.

Vi som ingår i den nya arbetsgruppen är Camilla Sandberg, sjukgymnast på Hjärtcentrum vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå, Lena Burman, sjuksköterska på Tierps vårdcentral, Marianne Lång, sjuksköterska på hjärt-rehab mottagningen NU-sjukvården i Trollhättan och Marie Nilsson, sjuksköterska på kranskärlsmottagningen Skånes Universitetssjukhus, Malmö. Vi ser gärna att det kommer ytterligare några medlemar till vår grupp. Är du dietist, arbetsterapeut, psykolog, sjukgymnast eller sjuksköterska som är intresserad så tveka inte utan hör gärna av dig till någon av oss så berättar vi mer. Våra telefonnummer och mailadresser finns på VIC:s hemsida under rubriken arbetsgrupp sekundärprevention.

Nu håller vi för fullt på att planera för utbildningsdagar som sannolikt kommer att äga rum november 2015. Mer information om det kommer i början av nästa år **– Håll utkik!**

Alla ni VIC medlemmar runt om i Sverige som är intresserade av att arbeta med sekundär- prevention får gärna maila namn och adress till oss så vi lätt kan komma ut med information.

”Ett forum för att sprida information om det senaste inom vårt område.”

Tänk på att allas engagemang är en framgångsfaktor!

Väl mött under 2015

Camilla, Lena, Marianne och Marie

Arytmigruppen

Text: Victoria Caldenius, leg fysioterapeut, Södersjukhuset, Stockholm

Arytmigruppen inom VIC har funnits sedan 1995. Då hette den pacemakergruppen och riktade sig till sjuksköterskor och biomedicinska analytiker (BMA) som kontrollerar pacemakerutrustning. I början av 90-talet började behovet av ett nationellt nätverk spira där erfarenheter kunde utbytas och utbildningar samordnas. Sedan dess har utvecklingen på området varit stor och arbetsuppgifterna för professionerna har ändrats. År 2012 togs beslutet att byta namn till arytmigruppen, främst för att öka delaktigheten inom hela arytmiinriktningen.

Arytmigruppen har historiskt verkat för utbildning, fördjupning och specialisering för sjuksköterskor inom arytmivård och har varit aktiv med att ta fram underlag till olika högskolekurser inom kardiologi och pacemaker/ ICD för sjuksköterskor. Ett annat av gruppens huvudsyften har också alltid varit att bygga upp ett rikstäckande kontaktnät för specialistutbildade sjuksköterskor och BMA verksamma inom elektrofysiologi och på mottagningar för arytmi och flimmer.

Gruppen ordnade senast uppskattade temadagar om arytmivård 2012 i Visby och medverkade vid State of the Heart II i Malmö i november 2013. Varje arbetsgrupp inom VIC ansvarade då för var sin utbildningstimme och arytmigruppens timme handlade om förmaksflimmer, olika behandlingsstrategier samt aspekter kring livskvalitet. Även 2012 i Visby var förmaksflimmer huvudtemat och utgjorde den röda tråden genom hela programmet. Förmaksflimmer och dess behandling och uppföljning är något som engagerar gruppens medlemmar. Frågan hur patienter med nyupptäckt flimmer bäst remitteras vidare för att få rätt medicinsk behandling och uppföljning är något som har både intresserat och frustrerat många inom arytmivården och gav upphov till en mycket engagerad och livlig diskussion för medlemmarna i arytmigruppen under nya gruppens första träff i Malmö 2014. Frågan står fortfarande kvar att lösa på många håll och under temadagarna i Visby fick alla deltagare i uppgift att svara på frågan hur uppföljningen ser ut på deras mottagningar. Det visade sig att det kunde skilja sig en hel del i landet.

Gruppen är nu i full färd med att planera för utbildningsdagar under senhösten 2015 som kommer gå av stapeln i vackra Jönköping. Agendan är inte fastställd men något som kommer att ingå i utbildningen är hur och med vilka metoder vi vårdprofessioner kan arbeta för att personer med arytmisjukdom kan leva sina liv så aktivt och med så hög livskvalitet som möjligt. Håll utkik efter mer information om våra utbildningsdagar.

Det som arytmigruppen vill arbeta vidare med är att fortsätta att tydliggöra och stärka vårdprofessionernas roller inom arytmisjukvården. Vi vill också verka för och stimulera interprofessionellt lärande och samarbete. Inte minst vill vi underlätta att sprida och samla de kunskaper som vårdprofessionerna har genom erfarenhetsutbyten och nyheter via lokala och nationella nätverk och via sociala medier.

Gruppens medlemmar har skiftat något genom åren och under 2014 har gruppen i princip nybildats då många av de tidigare aktiva och drivande medlemmarna valt att avgå. Nu består gruppen av fem nya medlemmar. Den nya arytmigruppen hade sitt första möte och lärde känna varandra under Kardiovaskulära Vårmötet i Malmö i maj 2014. Gruppens sammansättning täcker väl in ett brett område såväl professionellt som geografiskt. Elin Westberg, vår sammankallande, arbetar som sjuksköterska och elfysassistent vid ablationsenheten på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge, Lena Wimark är kardiologsjuksköterska och jobbar med att assistera vid pacemakerimplantationer och ablationer, Agneta Bodin Strand är hjärt-och pacemakersköterska och arbetar i Jönköping. Victoria Caldenius arbetar som fysioterapeut inom hjärtrehabilitering och kardiologisk slutenvård på Södersjukhuset i Stockholm, Maria Fjorde arbetar som Biomedicinsk analytiker på lasarettet i Ystad.

> ”Gruppen är nu i full färd med att planera för utbildningsdagar under senhösten 2015.”

Rapport från ESC Congress 2014

Text: Maria Liljeroos

Maria Liljeroos
Sjuksköterska
HIA Mälarsjukhuset
Doktorand
Linköpings Universitet

Årets kongress hölls i Barcelona i slutet av augusti och över 30 000 personer från hela världen deltog. Utbudet var enormt och här följer en sammanfattning av några av de sessioner jag lyssnade på.

Under rubriken Palliative care in end-stage heart failure pratade Marco Metra om hur viktigt det är att skilja på avancerad hjärtsvikt från den mer palliativa (end-stage) fasen av sjukdomen. Det som kännetecknar slutet är att sjukdomen inte är reversibel, patienten upplever en mycket dålig livskvalitet och är ofta inlagd långa perioder på sjukhus. I det skedet är 1-årsmortatliteten närmare 50 %. The Seattle Heart Failure Model (SHFM), utvecklad av University of Washington är ett instrument som kan användas för att beräkna överlevnad för patienter drabbade av hjärtsvikt och den kan hittas på https://depts.washington.edu/shfm/

Professor Strömberg berättade att patienter och deras familjer uppskattar ärlighet när de får information om prognos och palliativ vård, men tidpunkt och samtalets innehåll måste planeras noga. Det är viktigt att respektera patienternas önskemål, en del vill veta allt och andra inte, och önskemålen kan också förändras över tid. Beslut och önskemål ska dokumenteras för att alla involverade i vården ska känna till vad som är bestämt.

Mariell Jessup fortsatte på samma tema och berättade om ICD-patienters uppfattning om palliativ vård. En retrospektiv kartläggning visade att av 100 patienter med ICD fick 27 patienter tillslag den sista månaden i livet och 70% av tillslagen skedde sista dagarna eller timmarna i patientens liv.

Information om deaktivering av ICD i livets slutskede är en förutsättning för att patienter och anhöriga ska kunna förbereda sig och ta ställning till hur de vill ha det och också för att förbereda sig för patientens död.

På symposiet Each step of the heart failure patient's journey counts påtalades vikten av att planera patientens uppföljning under vårdtiden. Den första månaden är risken för återinskrivning som störst och varje sjukhusvistelse leder till en oundviklig nedåtgående spiral. Vikten av ett tidigt återbesök, helst inom en vecka, betonades. Patientutbildning är avgörande och att även involvera familjemedlemmar som kan stödja patientens egenvård är viktigt.

På ett symposium diskuterades teknologi, Internet och prevention.

En tysk studie med 1000 patienter visade att 22 % sökte information på Internet om sin sjukdom. Vanligast orsaken att använda Internet är att det finns tillgängligt dygnet runt, är anonymt och gratis. Endast 30 % uppgav att de ändrat sitt beteende efter att läst om sjukdomen på Internet.

Det finns mycket sponsrade websidor med felaktig eller missledande information. En studie har titta på tillförlitligheten på information om kranskärlssjukdom på Youtube och sett att bara 17 % av filmerna diskuterar prevention och riskfaktorer. Det är viktigt att vårdpersonal kan rekommendera tillförlitliga websidor till de patienter som så önskar.

En session handlade om fysisk träning med titeln "Is it true that exercise training does not work in patients in the real world?" Fysisk träning minskar både sjuklighet och dödlighet vid kranskärlssjukdom men alldeles för få patienter deltar i hjärtrehabilitering. Skälen att inte delta är många, bl a depression, andra fysiska problem och co-morbiditeter eller svårt med transporter.

Framgångsfaktorer som angavs för att locka patienter till programmen och få dem att stanna är högintensiv träning med färre och kortare träningstillfällen, användande av teknik som t ex stegräknare patienten som kan användas mellan träffarna, individuella träningsprogram som anpassas efter patientens situation, t ex bör vi erbjuda träning efter kontorstid. Vårdpersonal behöver även utveckla sin förmåga att kommunicera vikten av hjärtrehabilitering för det är enklare för patienten att ta tabletter än att ändra livsstil.

Stort tack VIC för stipendiet som gjorde resan möjlig!

Tack för din gåva!

Isabel Goncalves och Jan Nilsson **15 000 000 kr**
Forskning om stroke och hjärta

Lars Maegdefessel
6 000 000 kr
Forskning om hjärta

Cecilia Linde **1 800 000 kr**
Forskning om hjärtsvikt

Bo Lundbäck **1 200 000 kr**
Forskning om KOL

Anders Hamsten
3 600 000 kr
Forskning om hjärta

Marie Wahren-Herlenius
1 000 000 kr
Forskning om barnhjärta

Tack vare alla gåvor från svenska folket har fler än hundra forskare fått forskningsanslag från Hjärt-Lungfonden i år.

Forskarna kan därmed bedriva sitt livsviktiga arbete för att besegra hjärt- och lungsjukdomarna.

Alla dessa forskare vill gärna tacka dig och alla andra som ger generösa gåvor till Hjärt-Lungfonden. Här ser du sju av årets forskare.

På vår hemsida **www.hjart-lungfonden.se** kan du se mer information om de forskningsprojekt Hjärt-Lungfonden stödjer. Där kan du också läsa om den noggranna ansöknings- och urvalsprocess som bestämmer vilka projekt som beviljas anslag.

Hjärt Lungfonden
TILLSAMMANS RÄDDAR VI LIV

PG 90 91 92-7
www.hjart-lungfonden.se

Förebyggande av stroke/systemisk embolism vid icke-valvulärt förmaksflimmer

NY INDIKATION

Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE) samt förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna[1]

ENBART ELIQUIS® UPPVISAR BÅDA

Eliquis®, den **enda** faktor Xa-hämmare som uppvisat signifikant reduktion av stroke/systemisk embolism **och** färre allvarliga blödningar jämfört med warfarin vid icke-valvulärt förmaksflimmer.[2]

Eliquis® (apixaban) Rx. är en direkt faktor Xa hämmare, ATC-kod: B01AF02, med indikationer 1. Profylax av venös tromboembolism (VTEp) hos vuxna patienter som genomgått elektiv höft- eller knäledsplastik. 2. Profylax av stroke och systemisk embolism (NVAF) hos vuxna patienter med icke-valvulärt förmaksflimmer: med en eller flera riskfaktorer, såsom tidigare stroke eller transitorisk ischemisk attack (TIA), ålder ≥ 75 år, hypertoni, diabetes mellitus, symtomatisk hjärtsvikt (NYHA-klass ≥ II). 3. Behandling av djup ventrombos (DVT) och lungembolism (LE), Förebyggande av återkommande DVT och LE hos vuxna. Eliquis® är kontraindicerat vid kliniskt signifikant pågående blödning och vid händelse eller tillstånd som ger betydande risk för större blödning. Försiktighet rekommenderas vid tillstånd med ökad blödningsrisk. Eliquis® rekommenderas inte som ett alternativ till ofraktionerat heparin hos patienter med lungembolism som är hemodynamiskt instabila eller som kan komma att genomgå trombolys eller pulmonell embolektomi. Samtidig behandling med Eliquis® och NSAID inklusive acetylsalicylsyra bör ske med försiktighet på grund av potentiellt högre blödningsrisk. Eliquis® rekommenderas inte till patienter med kreatininclearance < 15 ml/min, till patienter som genomgår dialys eller till patienter med mekanisk hjärtklaffprotes. Användning till patienter med kreatininclearance015-29 ml/min bör ske med försiktighet. För patienter med NVAF och som uppfyller minst två av följande kriterier: ålder ≥ 80 år, kroppsvikt ≤ 60 kg eller serumkreatinin ≥ 1,5 mg/dl (133 µmol/l) samt för patienter med enbart allvarligt nedsatt njurfunktion (kreatininclearance 15-29 ml/min) rekommenderas en dossänkning. Dosjustering är inte nödvändig hos patienter med lindrigt till måttligt nedsatt njurfunktion. Patienter kan fortsätta använda Eliquis® under konvertering (NVAF). Eliquis® rekommenderas inte till patienter med allvarligt nedsatt leverfunktion. Eliquis® finns som filmdragerade tabletter i styrkan 2,5 mg och 5 mg. Texten är baserad på produktresumé 28 juli 2014.

Eliquis® är receptbelagt. Eliquis® 2,5 mg och 5 mg ingår i läkemedelsförmånen. För fullständig information och pris se www.fass.se.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Bristol-Myers Squibb AB, tel. 08-704 71 00, www.bms.se Pfizer AB, tel. 08-550 52 000, www.pfizer.se

DVT = Djup ventrombos LE = Lungemboli

Referenser: 1. Eliquis® (apixaban) produktresumé. Tillgänglig på: http://www.ema.europa.eu. Senast läst 14 juli 2014. **2.** Granger CB *et al* . N Engl J Med 2011; 365: 981–992.

Publiceringsdatum: augusti 2014 **Jobbkod:** EUAPI724

www.eliquis.se

Bristol-Myers Squibb Pfizer

Eliquis® apixaban