

REDAKTØREN HAR ORDET

I dette nummeret av *Hjerteforum* bringer vi oppsummering og kommentarer som NCS' kvalitetsutvalg har innhentet og bearbeidet rundt de nyere retningslinjene fra European Society of Cardiology (ESC). Det gir oppdatering både innen ST-elevasjonsinfarkt, klaffesykdom, dobbelt platehemmende behandling og perifer arteriell sykdom.

Vi presenterer videre en artikkel fra Erik Øie som oppsummerer anbefalt medikamentell behandling og livsstilsråd etter hjerteinfarkt. Dette bør kunne være en nyttig gjennomgang for mange av våre lesere. Artikkelen er basert på de senere retningslinjene fra ESC. Om tiden på sykehus påpeker han at NSTEMI-pasienter som innlegges kort tid etter symptomdebut, bare har lett eller moderat stigning i troponin, har normal venstre ventrikkelfunksjon og er vellykket PCI-behandlet for enkarsykdom, kan utskrives allerede dagen etter innleggelsen. Også lavrisikopasienter med STEMI kan ofte utskrives etter 48-72 timer. Sykemeldingsperioden kan i mange tilfeller være kort. Detaljer rundt røykeslutt, kostomlegging, fysisk aktivitet og vektnedgang drøftes. Når det gjelder medikamenter, argumenterer forfatteren for at det bør vurderes å også behandle hjerteinfarktpasienter med transmural skade med både betablokker og ACE-hemmer eller angiotensin II-reseptorblokker også når ejectionsfraksjonen bare er redusert til 40 - 50 %. Han minner også om at epikrisen etter sykehusoppholdet bør inneholde anbefalinger til fastlege når det gjelder videre oppfølging inkludert medisinering med opptrappingsplan og dose mål samt behandlingsslengde for de forskjellige medikamentene i tillegg til anbefalinger for reduksjon av koronare risikofaktorer.

Norge har kanskje verdens mest komplette nasjonale hjerteinfarktregister. Kaare Harald Bønaa og medarbeidere gir i artikkelen sin en oversikt over data fra 2016. De beskriver registerets dekningsgrad som tilfredsstillende. De fremhever likevel at datakvaliteten kan bli bedre, og dette forutsetter at leger engasjere seg i sterkere grad



ved enkelte sykehus. Dataene viser at det er betydelige forskjeller mellom helseforetak når det gjelder andel pasienter som får reperfusjonsbehandling og invasiv utredning innen anbefalt tid, men det er ingen forskjeller når det gjelder 30 dagers dødelighet.

Optimal stentbehandling av koronarsykdom hos pasienter med komplekse anatomi kan kvalitetssikres med intravaskulær ultralyd (IVUS) eller *optical coherence tomografi* (OCT). Begge metodene har fordeler og ulemper, og Nigusie Bogale omtaler metodene for våre lesere.

Vi publiserer også en gjennomgang av data fra Tromsø knyttet til PCI-behandling av kronisk okkluderte koronararterier. Teknisk suksessrate i materialet er høy, og en stor andel av pasientene anga symptomatisk bedring i etterkant. Prosedyren er imidlertid komplisert, og komplikasjonsfrekvensen er høyere enn ved annen PCI, slik det også er beskrevet i annen publisert litteratur. En bør derfor være kritisk til indikasjonstillingen og legge spesiell vekt på å nøye informere pasienten om potensiell nytte og risiko.

Det har vært krevende å utvikle et nytt pacemakerregister, og oppstarten har vært utsatt. Torkel Steen og Eivind S. Platou presenterer likevel nasjonal pacemakerstatistikk som de har måttet basere på summarisk rapporter fra hvert senter. Det ble i 2017 innlagt 4126 pacemakereenheter i Norge hvorav 728 var generatorbytter. 20 var intrakardiale pacemakere. 219 var resynkroniseringspacemakere (CRT-P), mens 291 var CRT-pacemakere kombinert med defibrillatorfunksjon (CRT-D). Av interne defibrillatorenheter, ICD, ble det totalt implantert 1264, hvorav 878 nye. I disse tallene inngår CRT-D. Forfatterne gir interessante kommentarer til både disse og flere andre funn.

Ellers bringer vi blant annet omfattende referater fra EuroEcho-kongressen.

God lesning!

Olaf Rødevand