

REDAKTØREN HAR ORDET

Amyloidose forårsakes av avleiringer av amyloidprotein med påfølgende organ-dysfunksjon. Fredrik Schjesvold påpeker i dette nummeret av *Hjerteforum* at hjertet er det vanligste affiserte organet ved mange av amyloidosetypene og ofte det mest alvorlig affiserte. Amyloidfibrillene i hjertemuskelen gir et stivt, fortykket hjerte med påfølgende restriktiv kardiomyopati. En av de vanligste amyloidosetypene er AL-amyloidose. AL-amyloidose forekommer hos 10-15 % av myelomatosepasientene, men minst halvparten av pasientene med AL-amyloidose har ikke myelomatose. Schjesvold beskriver videre at forsinkelser i diagnose og behandling høyst sannsynlig bidrar til den dårlige overlevelsen blant pasienter med AL-amyloidose med hjerteaffeksjon, og det er nødvendig med et sterkere oppmerksomhet mht. denne tilstanden hos Norges kardiologer. Ved å gjøre serum-elektroforese og måle frie lette kjeder i serum vil det være patologiske funn hos så godt som alle pasientene, og dette funnet vil kunne lede til riktig diagnose og målrettet behandling. Schjesvold beskriver annen relevant og nødvendig utredning og skisserer behandlingsmulighetene.

I en artikkel om kardiokologisk strategi i Norge påpeker Klaus Murbræch og medarbeidere at kardiotoxiske senneffekter fra moderne kreftbehandling stort sett forårsakes av stråling som involverer hjertet samt kjemoterapi i form av antrasykliner (som doksorubicin og epirubicin) og monoklonale antistoffer (spesielt trastuzumab) i tillegg til enkelte andre. Klaffesykdom er hyppigst forekommende blant stråleinduserte kardiale senneffekter. Antrasykliner er en viktig del av behandlingen ved flere ulike kreftformer, som hematologiske kreftformer som lymfomer og leukemier, samt brystkreft og sarkomer. Klinisk hjertesvikt kan opptre først mange år etter avsluttet behandling. I 2016 kom konsensusdokumenter om håndtering av pasienter som gjennomgår potensielt kardiotoxiske behandling. Både de europeiske og amerikanske dokumen-



tene anbefaler bl.a. at pasienter som skal behandles med slik kjemoterapi, bør undersøkes med fortrinnsvis ekkokardiografi før oppstart og en eller annen gang innen 1 år etter avsluttet behandling. Forfatterne påpeker at det å innrette seg etter de siste anbefalinger vil medføre en merbelastning for norske kardiologer. Forfatterne mener det kardiologiske og onkologiske miljøet i Norge sammen bør utarbeide nasjonale anbefalinger tilpasset vårt helsevesen, både når det gjelder oppfølging under pågående kardiotoxiske behandling og langtidsoppfølging.

Morten Grundtvig er faglig leder for Norsk hjertesvikregister. I sin artikkel om registeret påpeker han at det gjøres mye godt arbeid ved de norske hjertesviktpoliklinikkene, men at tilbudet om tverrfaglig behandlingssopplegg til hjertesviktpasientene er for dårlig utbygd. Han hevder at kapasiteten på hjertesviktpoliklinikkene bør økes betraktelig. Han anbefaler videre kardiologer som behandler pasienter med hjertesvikt ved sykehusene, å se på de lett tilgjengelige nedlastete dataene fra eget sykehus for å overvåke egen aktivitet.

Vi presenterer i dette nummeret også et innlegg fra Knut Gjesdal om utredning og behandling av synkopepasienter i Norge. Han fremholder at denne ikke er god nok og at kvalitet ville forbedres betydelig, og kostnader reduseres, hvis dagens retningslinjer ble bedre implementert. Det vil kreve samarbeidende leger og sykepleiere med spesialkunnskaper på feltet som kan veilede kolleger og vurdere problempasienter. Han konkluderer med at en poliklinikkbasert synkopeenhet sannsynligvis ofte vil være en god løsning, i hvert fall på større sykehus.

Vi presenterer ellers omfattende referater fra hovedkongressen til European Society of Cardiology og fra årets europeiske hjertesviktkongress. En stor takk til alle bidragsyterne!

God lesning!

Olaf Rødevand