

EUROPREVENT 2013

Marius Myrstad og Erik Ekker Solberg, Medisinsk avdeling, Diakonhjemmet sykehus

1800 deltakere var samlet under EuroPREvent i Roma i april. Kongressen er det viktigste møtestedet for preventiv kardiologi i Europa. Hjerterehabilitering, idrettskardiologi og epidemiologi var sentrale temaer i programmet, som besto av *state-of-the-art*-forelesninger, symposier, *how-to*-sesjoner og *ESC working groups*-sesjoner. Abstraktene ble lagt fram som "flash presentations" (modererte sesjoner) eller postere.

Idrettskardiologi

Sesjonen besto av *state-of-the-art*-foredrag holdt av Europas fremste idrettskardiologer. Pellicia fra arrangørbyen Roma, nyvalgt leder av *The European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* (EACPR), ga en god oversikt over venstre ventrikkel (VV)-hypertrofi (VVH) hos idrettsutøvere. Han distingverte ulike måter å måle ventrikkelen på og fremholdt fortrinn ved MR, særlig i undersøkelse av VVs laterale vegg og apeks. Det er ofte vanskelig å skille mellom fysiologisk hypertrofi hos idrettsutøvere (treningshjerter) og patologisk VVH, og Pelliccia trakk frem et par måneders reduksjon i treningsmengde ("detraining") som et nyttig hjelpemiddel i diagnostikken.

Sharma fra London holdt et godt foredrag om *non-compaction*, økt trabekule-

ring av VV. Dette er en embryologisk betinget sykdom, men noen friske idrettsutøvere oppfyller kriterier for *non-compaction* uten å være syke. Dette skyldes mest sannsynlig at kriterier for patologisk trabekulering er basert på små materialer og derfor er for upresise.

Heidbuchel fra Leuven omtalte høyre ventrikkel (HV) som "the achilles of the exercising heart". Han viste hvordan lungekretsløpet, i motsetning til det store kretsløpet, i liten grad tilpasser seg trening, og hvordan trening gir økt stress og trykkbelastning på HV. Mens VV krymper etter ekstrem utholdenhetstrening som uttrykk for dehydrering, er det i flere studier vist forbigående dilatasjon av HV, som korrelerer med økte nivåer av både troponin og pro-BNP hos maratonløpere. Heidbuchel presenterte dessuten «real-time ungated exercise»-MR som en god undersøkelse av både HV og VV ved treningsindusert kardiomyopati. Dette synes å være en lovende undersøkelse, og det ville være spennende om også norske kolleger etter hvert testet verdien av den.

Hypertensjon

Hypertonikere som har VVH, har doblett risiko for kardiovaskulære komplikasjoner sammenlignet med hypertontikere uten VVH. Kahan fra Stockholm viste at VVH kan reverseres, og regresjon kan gi inntil 50 % reduksjon i kardiovaskulær risiko. Det er derfor viktig å diagnostisere VVH i tidlig fase, for å forebygge komplikasjoner. EKG har høy spesifisitet, men lav sensitivitet for å påvise VVH. Imidlertid kan sensitiviteten av EKG være høyere enn ved ekkokardiografi ved konsentrisk VVH i tidlig stadium.

Rosei fra Brescia viste at ultralydunder-



søkelse av karotidene er nyttig i risikovurdering av hypertonicere og i studier, men ikke er egnet til å monitorere sykdomsforløpet hos enkeltpasienter. Intima-media-fortykelse er assosiert med aterosklerose i andre kar og økt kardiovaskulær risiko.

Nefrologen Wuerzner fra Lausanne viste at allerede lave nivåer av mikroalbuminuri er assosiert med kardiovaskulær risiko. Mikroalbuminuri er en sterk markør for kardiovaskulær sykdom, men reduksjon av mikroalbuminuri er ikke vist å redusere risiko for kardiovaskulære endepunkter, i motsetning til renale endepunkter. Wuerzner presenterte interessante funn av lekkasje av mikroalbumin også i små cerebrale kar hos pasienter med mikroalbuminuri, noe som tyder på at mikroalbuminuri kan også være markør for systemisk karsykdom.

Italieneren Parati ga en oversikt over indikasjoner for ambulant 24-timersblodtrykkmåling. Undersøkelsen kan være spesielt nyttig blant eldre pasienter med autonom dysfunksjon og hos andre pasienter med symptomer på lavt blodtrykk. Parati anbefalte å kartlegge blodtrykk «out-of-office» (hjemme-måling eller 24-timersblodtrykkmåling) hos alle med mistanke om behandlingstrengende hypertoni. Han mente at 24-timersmåling bør brukes oftere, men ikke alle personer med mistanke om hypertensjon trenger det.

Volpe fra Roma viste at det i studier ikke er forskjell i behandlingseffekt mellom ACE-hemmere og angiotensin-reseptorblokkere, men at de sistnevnte er bedre tolerert. Han viste også at det svært sjelden er indikasjon for å kombinere disse to medikamentklassene og at kombinasjonsbehandling er forbundet med dårlig etterlevelse på grunn av bivirkninger.

Tsjekkiske Cifkova sa at bruk av acetylsalisylsyre (ASA) som primærprofylakse ikke er indisert hos kvinner under 65 år fordi nytten oppheves av økt risiko for store blødninger. Som sekundærprevensjon er det i de fleste tilfeller imidlertid ingen tvil om at nytten er større enn risikoen ved ASA-behandling.

Tsioufis fra Aten ga en god oversikt over renal sympatikus-denervasjon - «a novel approach to treat hypertension». Indikasjon for slik behandling er hypertensjon >160/100 mmHg på tross av trip-

pelbehandling i maksimale doser inkludert diuretikum. Hos utvalgte pasienter har behandlingen viste seg svært effektiv, og Tsioufis anslo at om lag 6000 pasienter har fått behandlingen i Europa så langt. Før slik behandling tilbys er det viktig at sekundær hypertensjon er utelukket og at falsk behandlingsresistens er utelukket ved 24-timersmåling.

Hjertesykdom hos eldre

Italieneren Palmeri ga en god oversikt over forekomsten av hjertesykdom blant eldre over 70 år i Europa. Han viste at forventet levetid øker mer blant eldre enn blant yngre og at kardiovaskulær sykdom er den viktigste bidragsyteren til redusert funksjonsnivå. Mens iskemisk hjertesykdom bidrar betydelig på grunn av høy forekomst, skyldes bidraget fra cerebrovaskulær sykdom at mange pasienter overlever med store handicap. Palmeris hovedbudskap var at tidlig prevensjon av hjerte- og karsykdom kan bidra til økt levetid og sunn aldring.

Gielen fra Leipzig holdt en meget god forelesning om fysiologiske tilpasninger til trening hos eldre personer. Han viste hvordan fysiologisk aldring medfører reduksjon i fysisk kapasitet og at resultater fra tverrsnittstudier underestimerer denne reduksjonen. I tillegg til reduksjon i oksygenopptak bidrar både senket motivasjon, tid brukt på trening og aktivitet og ikke minst sarkopeni (reduksjon i skjelettmuskelmasse og -funksjon) til redusert fysisk kapasitet. Både redusert diastolisk funksjon, oksidativt stress og endringer i vasomotorisk- og endotelfunksjon ser ut til å bidra til reduksjonen i maksimalt oksygenopptak. Også hos friske ses vanligvis en svak gradvis kapasitetsreduksjon fram til 60- til 70-års alder, deretter reduseres kapasiteten raskere. Gielen viste resultater fra både egne og andres studier hvor treningsintervensjon har vist seg like effektiv hos eldre som hos yngre på ulike endepunkter som fysisk form, vaskulær funksjon, skjelettmasse og muskelfunksjon. Han etterlyste studier som kan bidra til å gi svar på når i livet den katabole prosessen starter, og foreslo longitudinelle muskelbiopsistudier.

Italienske Donfrancesco foreleste om kardiovaskulær risikovurdering blant eldre,

og viste at 10-års risiko for kardiovaskulær sykdom vanligvis er minst 20 % hos eldre over 70 år. Hun viste at både høyt kolesterol og høyt blodtrykk er mindre viktige som risikofaktorer hos eldre, og at mange scoringsverktøy som brukes ikke er egnet for de eldste. Donfrancesco framhevet *The SCORE Chart for Elderly* som et mulig verktøy. Dette er blant annet basert på data fra CONOR (Cohort of Norway) og burde derfor være spesielt interessant for norske forhold.

Hjerterehabilitering

Piotrowicz fra Polen presenterte hjemmebasert hjerterehabilitering med ambulant telemetriovervåkning. Hovedargumentet for hjemme-basert rehabilitering er at mange eldre har vansker med å komme seg ut. Trening og rehabilitering i eget hjem er nok fornuftig hos en del, men som tiltak i befolkningen er dette i seg selv ressurskrevende nok om de eldre ikke skal telemetriovervåkes også. Dette virket ikke som en vei å gå.

Kvinner og koronarsykdom

Kavousi fra Rotterdam fokuserte på kjønnsforskjeller i vurdering av kardiovaskulær risiko. Hun viste at kardiovaskulær sykdom i snitt debuterer 10 år senere hos kvinner enn hos menn, at hjertesvikt er langt vanligere blant menn, men at kjønnsforskjellene minsker med økende alder. Hun ga eksempler på hvordan etablerte scoringsverktøy overestimerer risiko blant europeiske kvinner, særlig i gruppene med lavest risiko. Nye scoringsverktøy bør estimere risiko for kardiovaskulær sykdom totalt framfor risiko for

koronarsykdom, og ha et perspektiv lengre enn 10 år ved risikovurdering av kvinner.

Stress

Rosengren fra Gøteborg viste betydningen av stress som risikofaktor for hjerteinfarkt, men på grunn av usikre målemetoder og komplisert tolkning anbefalte hun ikke å innlemme stress i standardiserte verktøy for vurdering av kardiovaskulær risiko.

«Lazytown» - for barn og foreldre

Kardiologer forsker, beregner risiko for hjertesykdom og anbefaler sunne helse råd. Vi er imidlertid svakere på implementering av sunn livsstil i befolkningen. Scheving fra Island, bedre kjent som Sportacus, har med sitt Lazytown-opplegg gjort noe med implementering av sunn livsstil. I en visuelt illustrativ forelesning viste han hvordan sunn livsstil kan lekes inn hos barn og ungdom. Har du for eksempel stønnet over sukkerbombene som moderne barnebursdager er (kake, cola, godtepose) og inaktive barn? Se på Lazytown.com! Barna dine kjenner sannsynligvis konseptet allerede.

Kosthold

Kosthold og særlig middelhavsdiett var tema for et eget symposium. Italieneren Sofi oppsummerte dokumentasjonen for at frukt virker forebyggende for kardiovaskulær sykdom. Helsemyndighetene i både Norge og andre europeiske land anbefaler "5 om dagen". Det foreligger ingen sikker dokumentasjon når det gjelder hva som er optimal dose frukt, men det er vist at man bør spise flere typer frukt (frukt med ulike farger!) og at vitaminer i pilleform ikke kan erstatte frukt når det gjelder å forebygge hjerte- og karsykdom.

