

# REDAKTØREN HAR ORDET

Både invasiv hjertebehandling og antitrombotisk behandling kan gi akutte cerebrovaskulære komplikasjoner som krever rask diagnostikk og behandling. Helle Eilertsen og medarbeidere gir våre lesere om oversikt over feltet. Ved påvisning av blødning eller blodpropp må en rask risiko-/ nytteanalyse gjøres. De påpeker at medikamentell reperfusjonsbehandling har kortere tidsvindu enn mekanisk trombektomi, som kan vurderes opptil 24 timer etter hendelsen. Heparin kan reverseres med protaminsulfat. Etter heparinbruk bør *activated clotting time* (ACT) måles på CT-laboratoriet. Imidlertid finnes det ingen konsensus med hensyn til ved hvilke verdier det kan være trygt å gi trombolyse. Det er også usikkert i hvilken grad ACT gjenspeiler effekten av annen antitrombotisk behandling. Trombektomi kan gjennomføres tross pågående behandling med blodplatehemming og/eller antikoagulasjon. For isolert cerebrovaskulær sykdom er dobbel blodplatehemming kun anbefalt for mindre hjerneslag og høyrisiko-TIA og med varighet i kun 10-21 dager. Ved lengre behandling enn dette er det vist økt risiko for blødning, både ekstra- og intrakranielt.

Utredning og behandling av ventrikulære ekstrasystoler (VES) er en svært alminnelig problemstilling. Hovedoppgaven er å identifisere eventuell underliggende sykdom og velge en symptomlindrende behandling. Vi har ikke god dokumentasjon for hvilke undersøkelser et standardisert utredningsprogram bør inneholde. I praksis er det mest uavklarte spørsmålet i utredningen om alle pasienter skal undersøkes med MR, skriver Mathis Korseberg Stokke og medarbeidere i sin artikkel i dette nummeret av *Hjerteforum*. Det er mangelfull evidens for dagens behandlingspraksis med betablokker som førstevalg. Forfatterne fremholder at størst sannsynlighet for effekt av betablokker eller kalsiumantagonist har trolig pasienter hvor man mistenker en sammenheng mellom aktivitet og VES. Hos pasienter uten strukturell hjertesykdom



kan kombinasjonsbehandling med flekainid forsøkes. Ablasjonsbehandling bør tilbys pasienter med betydelige plager tross medikamentell behandling, pasienter med et betydelig antall VES over tid (for slagsvis  $> 10000/\text{døgn}$ ) og pasienter der man mistenker at VES er årsaken til redusert ejectivesjonsfraksjon. Ablasjonsbehandling er da ofte effektivt og spesielt hos pasienter med VES fra høyre ventrikkels utløpstraktus.

MR brukes mer og mer i vurderingen av klaffesykdom. Det er gjort store fremskritt med MR-teknologien de siste 25 årene, både mht. selve skannerne og analyseverktøyene. *Hjerteforum* presenterer en artikkel om emnet av Gottfried Greve og medarbeidere. Artikkelen belyser metodiske overveielser og begrensinger ved bruk av hjerte-MR i vurdering av klaffesykdom. Forfatterne påpeker også at det er viktig med god informasjon fra ekkokardiografiundersøkelser og eventuelle tidligere intervensjoner og MR-funn for god planlegging av MR-opptakene.

Det norske dødsårsaksregisteret viser at risiko for å dø av hjerte- og karsykdommer er mer enn halvert fra år 2000 til 2016. Det er tidligere vist at mange urfolk har dårligere helse enn en mer generell referansepopulasjon. Sturla B. Einarsson og medarbeidere presenterer relevante data fra en substudie i Tromsøundersøkelsen. En andel av innbyggerne i Tromsø kommune anser seg som samiske, og man har undersøkt om det er forskjeller i prevalens og risikofaktorer for selvrapportert hjerteinfarkt og atrieflimmer blant selvrapporterte samer i et mer urbant miljø. En slik forskjell fant man ikke i Tromsø. Det var små forskjeller i enkelte risikofaktorer.

Av annet spennende fagstoff presenterer vi referater fra to større kardiologikongresser. Det er også utførlig årsberetning om vår forenings aktivitet.

God lesning!

Olaf Rødevand