

# REDAKTØREN HAR ORDET

De senere årene har det vært betydelig fokus på ablasjon og antikoagulasjonsbehandling av atrieflimmer. I dette nummeret av *Hjerteforum* gir Knut Gjesdal refleksjoner og praktiske råd om øvrig behandling av atrieflimmer. Det er lite helt

nytt på området, men mange føler seg nok likevel litt usikre på terapivalg, ikke minst fordi behandlingen må skreddersys til pasientens plager og behov. Rene betablokkere har beskjeden anfallsforebyggende effekt og kan muligens øke anfallshyppighet ved bradykardiindusert atrieflimmer. Non-dihydropyridin kal-siumantagonister bremser også ventrikkelfrekvensen effektivt og tolereres gjerne bra. Disse kombineres bare unntaksvis med betablokkere. Digitalispreparater er tredjevalg ved frekvenskontroll, dels pga. beskjeden effekt og dels pga. usikkerhet mht. overdødelighet. Flekainid er et virksomt antiarytmikum og har lite subjektive bivirkninger, men krever overvåkenhet, ikke minst av QRS-bredde ved oppstart. Ved sotalol-profylakse gjelder bl.a. spesiell oppmerksomhet mht. QT-tiden. Dronedaron virker for noen, men er mindre potent enn amiodaron. Gjesdal gir erfaringsbaserte råd om oppstart og justeringer, kommenterer risikoen ved antiarytmika og tilpasning av behandlingen til ulike faser av atrieflimmerforløpet. Han fremholder også at man bør vurdere minst et konverteringsforsøk ved nyoppstått atrieflimmer selv om pasienten er symptomfattig. Argumentet er at mange først skjønner hvor plaget de var når de får sinusrytmen tilbake. Videre minner han om at det har vært utbetalinger fra Norsk pasientskadeerstatning på grunn av hjerneslag som har skjedd ved litt forsinket oppstart med antikoagulasjon.

Maija Stiina Angell og medarbeidere presenterer prevalens og risikofaktorer for selvrapportert atrieflimmer hos menn og kvinner basert på tall fra Tromsundersøkelsen. Med en gjennomsnittsalder på  $57 \pm 12,6$  år fant de en prevalens på ca 6 %, selvsagt høyest hos de eldre. De finner en mann/kvinne-ratio på 1,3. Med en spesifisi-

tet på 96,8 % og en negativ prediktiv verdi på 98,6 % i deres materiale ville man tro at selvrapportert atrieflimmer var velegnet til å luke ut dem uten sykdommen. Likevel viser studien at nesten en tredjedel av pasienter med en klinisk validert atrieflimmerdiagnose



på sykehuset selv svarte «nei» på spørsmålet om atrieflimmer. Forfatterne kommenterer at dette kan skyldes at pasienten ikke er bevisst sin egen sykehistorie eller at informasjonen pasienten får fra sykehuset, ikke er god nok.

Torgeir Sand Aas beskriver hyppighet av komplikasjoner ved pacemakerimplantasjon på Molde sykehus 2006-2013. Han fant ca. 1 % behandlingsskrevende tilfeller av pneumothorax, ca. 6 % risiko per ledning for dislokasjon eller annen feil-funksjon, ca. 3 % risiko for hematom (alle konservativt behandlet), ca. en halv prosent risiko for perforasjon, ingen pacemakerrelaterte infeksjoner og totalt ca 7 % risiko for reoperasjon. Det var en betydelig fallende komplikasjonstendens i løpet av perioden. Andre sykehus kan nok ha nytte av å gjøre opp sine tilsvarende tall!

Kjetil Retterstøl gir våre lesere en oppdatering om matfettets betydning. LDL-kolesterol kan i betydelig grad påvirkes av kostvaner. Han redegjør bl.a. for at bare tre mettede fettsyrer øker LDL-kolesterol vesentlig, men det fremgår praktisk talt aldri av varedeklarasjonen hva slags mettet fett som finnes i den aktuelle matvaren. Uansett ligger vi i Norge godt over det anbefalte inn-taket på kun 10 % mettet fett i kosten. Han beskriver de metodologiske utfordringene med koststudier og grunnlaget for kostråd og hvorfor det er grobunn for «superdietter», men anbefaler til slutt evidensbaserte brede kunnskapsoppsummeringer, slik offentlige ernæringsråd baserer seg på.

Ellers har vi også i dette nummeret godt med referater fra sentrale kongresser og en del annet interessant stoff.

God lesning!

*Olaf Rødevand*