

REDAKTØREN HAR ORDET

I dette nummeret presenterer vi en artikkel av Geir Øystein Andersen om akutt hjertesvikt. Prognosen ved den alvorligste formen, kardiogent sjokk, har tilnærmet vært uendret de siste 20 år. Rask vurdering og behandling er påkrevet, men behandlingen er krevende da evidens for terapivalg er svært mangelfullt. Tidlig revaskularisering av pasienter i kardiogent sjokk, dvs. behandling av de kritiske koronarstenosene, har vist å øke overlevelsen. Ingen medikamentelle intervensjonsstudier har vist sikre effekter på harde endepunkter. Heller ikke perkutan mekanisk sirkulasjonsstøtte har dokumentasjon for overlevelsesgevinst. Tilsvarende foreligger heller ikke dokumentasjon for at ulike former for monitorering av hemodynamiske parametere bedrer overlevelsen. Forfatteren gir en oppdatert fremstilling og anbefalinger.

Dag Paulsen presenterer hva som er oppdatert diabetesbehandling. Metformin har vært i bruk i flere årtier og er fortsatt førstehåndsmiddel ved type 2-diabetes. Han fraråder sylfonylureapreparater til pasienter med betydelig kardiovaskulær risiko. Han fremhever at nye antidiabetika, SGLT2-hemmere og GLP1-analoger, reduserer risikoen for kardiovaskulære hendelser. Kunnskapen om disse legemidlene er nødvendig for kardiologer som behandler disse pasientene. Han poengterer også at det bør prioriteres regimer som gir minst mulig vektøkning i artikkelen han har forfattet for våre lesere.

Sverre E. Kjeldsen omtaler grenser for å initiere medikamentell blodtrykks-senkende behandling og målblodtrykk anbefalt i nye (2018) europeiske hypertensjonsretningslinjer. Grensene for behandlingsstart med medikamenter er vedvarende kontorblodtrykk på $\geq 140/90$ mm Hg for de fleste personer under 80 år, men forbehold om man kan vurdere oppstart ved øvre del av høyt normalt systolisk trykk ved



pasienter med meget høy risiko, spesielt koronarsyke. For spreke personer over 80 år vil grensen for behandlingsstart gjerne ligge høyere, $\geq 160/90$ mm Hg. Mange medikamentelt behandlede pasienter kommer ikke under $140/90$ mm Hg. Det må være det første behandlingsmålet. Hvis det tolereres bra, bør man hos de fleste prøve å oppnå trykk $\leq 130/80$ mm Hg, men ikke under 120 mm Hg systolisk. De anbefaler mer moderat blodtryksverdier for personer over 65 år, systolisk trykk 130-140 mm Hg og diastolisk < 80 mm Hg.

Det er viktig å vurdere grad av skrøpeligheit («frailty») hos gamle pasienter med hjertesykdom, ikke minst før transkateter aortaklaffimplantasjon (TAVI). Man kan legge vekt på faktorer som daglig hjemme-sykepleie, kroppsmasseindeks, vekttap over 4,5 kg de siste årene, testene «Mini-Cog» (huske tre ord og tegne klokkeslett) og «Short physical performance battery» (test av balanse, 4 m ganghastighet og reise-sette seg 5 ganger fra stol uten å bruke armene), ev. gripestyrke. I ESCs retningslinjer anbefales det å undersøke skrøpeligheit ved hjelp av objektive tester. Skrøpeligheitsvurdering kan gjøres på invasivt senter, men det kan også være ønskelig at det vurderes tidligere, mer lokalt. Siri Rostoft og Elisabeth Skaar presenterer en oversiktsartikkel omkring dette.

I en omarbeidet studentoppgave presenterer Cecilie Bugge og veiledere sine erfaringer og refleksjoner rundt fem meters gangtest som verktøy for å vurdere skrøpeligheit i forbindelse med TAVI. De fremholder testen som et brukervennlig vurderingsverktøy. De etterlyser imidlertid større studier som bekrefter nytten.

Vi presenterer også referater fra flere sentrale møter: vårmøtet til Norsk Cardiologisk Selskap, EuroPrevent og kongressen til *European Heart Rhythm Association*.

God lesning!

Olaf Rødevand