

KAOTISKE HJERTER

AV DAG S. THELLE OG MAJA-LISA LÖCHEN

Boka er skrevet på norsk og henvender seg til et norsk publikum. Bare det er prisverdig. Kardiologer som leser boka vil kanskje ha mest glede av å lese kasuistikkene. De siste retningslinjer utgitt av European Society of Cardiology fra 2010 med referanser vil nok være bedre enn innledningen i boka for dem.

Boka henvender seg imidlertid til allmennleger, pasienter, pårørende, sykepleiere og generelle indremedisinere.

Det finnes noen uklare formuleringer i boka. For eksempel side 32: "Impulsene brer seg i sirkelbevegelser og gir opphav til andre impulser hvorav noen kommer forbi AV-knuten og resulterer i ventrikkelaksjon og perifere pulsslag". Impulsene kommer nok bare forbi AV-knuten dersom det foreligger en aksessorisk bunt, noe som kan være livsfarlig. Forfatterne mener kanskje at raske impulser kommer gjennom AV-knuten noen ganger og gir meget høy ventrikkelfrekvens.

Side 56: Prevalens av atrieflimmer er vanskelig å vurdere. Dette er inngående diskutert i boka. Skal man få et rimelig godt tall, må man utføre 48 timers båndspiller-EKG fordi mange har korte anfall. Ikke alle merker lengre anfall heller. Men de studiene som er utført, kan gi noen indisier på prevalensen av atrieflimmer. Hvis vi tenker oss tilbake til 70-tallet, var atrieflimmer vanlig ved hjertesvikt. Den gang hadde man infarkter som var mye større enn i dag, siden moderne infarktbehandling reduserer myokardskaden. Den gang hadde vi også mange pasienter med reumatiske klaffefeil.

Reumatiske klaffefeil rammer som kjent mest mitralklaffene, og slike pasienter får ofte atrieflimmer.

Atrieflimmer uten påvisbar hjertesykdom så vi sjelden på sykehusene den gang. Siden EKG-taking ikke var vanlig hos distriktslegene ble heller ikke mange diagnostisert. Det vi opplever i dag er at 40- til 60-åringene oppsøker sykehusene med meget plagsomt paroksysisk atrieflimmer og normalt hjerte for øvrig. Noen angir invalidiserende plager. De får ofte atrieflimmer i meget ubehagelige situasjoner, når de skal gå i viktige møter eller holde foredrag. Enkelte som har persisterende eller kronisk atrieflimmer, opplever meget høy frekvens ved stress trass i betablokkerbehandling.

Det kan godt stemme at atrieflimmer er mer vanlig nå enn for 30 år siden, men dette har vi ingen gode data på. Noe som imidlertid er sikkert, er at det kliniske bildet er annerledes, behandlingen også. Menneskers livsstil er også dramatisk forandret.

Side 66: Det spekuleres over hvordan vagus virker på atriene. Vagusstimulering forårsaker en forkortning av aksjonspotensialene i atriene, sannsynligvis ikke homogent slik at det oppstår et arytmisubstrat. Det vil si at man får en inhomogen repolariseringsfase noe som er meget arytmogent. Dette fenomenet er interessant fordi birkebeinere har mer atrieflimmer enn andre og spesielt dem som hadde svært lav puls i 20-års alder (høy vagustonus). Stort venstre atrium kan også ha bidratt til økt atrieflimmerfrekvens. Mitt



personlige inntrykk er at hardtrening og mye alkohol (sterk sprit) kan gi økt tendens til atrieflimmer.

Sykehistoriene er meget interessante og gir et bilde av hvor mye plaget noen pasienter er. Vi skal vel ikke glemme at mange atrieflimmerpasienter har svært moderate plager og at hovedproblemet er mulig emboli til hjernen.

Når det gjelder behandling finner man på side 166 omtalt pacemaker. Betyr det pacemaker ved langsom rytme eller etter en eventuell His-ablasjon?

Tabell 7.1 Medikamentklassifisering: Tabellen er i og for seg riktig, men noen av medikamentene som er nevnt har intet med moderne atrieflimmerbehandling å gjøre.

Side 169, 7.3. Residivanfall hos utredet pasient: Rask hjertefrekvens og tydelige symptomer. Dette kan oftest behandles poliklinisk på en dagavdeling av en kardiolog. Innleggelse er ikke alltid nødvendig som anført i boka. Hvis det er ment rask hjertefrekvens etter ablasjon, kan dette skyldes venstre atrium flutter/takykardi. Dette kan være en alvorlig tilstand med uttalte symptomer.

Side 171, tabell 7.4: 24 timers Holter-monitorering benyttes lite for å bedømme hjertefrekvens over tid. Har man mistanke om meget rask hjertefrekvens ved lav belastning, kan man utføre et arbeids-EKG til maksimal puls, deretter eventuelt øke betablokkerdosen og oppnå bedre arbeidsevne.

6 minutters gangtest har ingen kardiolog jeg kjenner, brukt som mål for behandlingseffekt av atrieflimmer.

Dabigatran og dronedaron vil bli aktuelle medikamenter fremover. I de nye retningslinjer fra ESC er dronedaron satt inn i behandlingsstrategien. Disse medikamentene er omtalt i boka. Flekainid har en

sentral plass i behandlingen av atrieflimmer. Man skal være oppmerksom på at noen har en meget langsom nedbryting av medikamentet. Dette kan en sjelden gang kan gi meget alvorlige bivirkninger dersom man starter med for høy dose og ikke kontrollerer serumkonsentrasjonen før flere uker etter start av behandlingen.

Digitoksin benyttes i Norge ved kronisk hjertesvikt og atrieflimmer. Storstein og Rokseth påviste tidlig på 60-tallet den gunstige effekten av digitoksin på denne tilstanden. Digitoksin har en noe sterkere vagustimulerende effekt enn digoksin, sannsynligvis fordi den har sterkere effekt på de sentrale vaguskjerner. Effekten av digitoksin intravenøst er to-puklet. En rask innsettende effekt som digoksin også har, via baroreseptor-refleksjonen og en mer langsom innsettende effekt etter timer på sentrale vaguskjerner. Digitoksin har ingen plass i behandlingen av paroksyttisk atrieflimmer. Siden virkningen er vesentlig en vagal effekt virker digitoksin lite ved høy hjertefrekvens. Ved høy hjertefrekvens virker betablokkere bedre ved å senke ledingstid og øke refraktærperiodene i AV-knuten. Ved autonom blokade eller i transplanterte hjerter har digitoksin små elektrofysiologiske effekter.

Utredning av pasienter før en ablasjon er også omtalt. En slik vurdering er meget tidkrevende og vanskelig. Man må skaffe seg et bilde av hvor mye pasientene er plaget, hvor stor sjans det er for at behandlingen skal bli vellykket og hvor stor risiko det er for komplikasjoner. Det siste avhenger av blant annen av kompetansen på det aktuelle sykehuset som skal utføre ablasjonen og hvilken teknikk den aktuelle elektrofysiolog går inn for.

For allmennheten og sykepleiere er denne boka grei. Den er meget omfattende og kan gi svar på en del spørsmål som dukker opp.

Jan P. Amlie

Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet