

REDAKTØREN HAR ORDET

Selv med mange avlyste eller avkortede kongresser og møter i disse koronavirus-tider, presenteres stadig medisinske nyvinninger.

Vi bringer *Hjerteforums* lesere en relativ bred dekning av nyheter fra årets European Society of Cardiology (ESC)-kongress, «The Digital Experience». Her får våre lesere en oppsummering av to nye retningslinjer fra ESC, fagstoff innen hjertesvikt, forebyggende medisin og bildediagnostikk samt referat fra de fleste «Hot line»-presentasjonene.

I dette nummeret går Mari Børretzen og medarbeidere fra Diakonhjemmet Sykehus gjennom anbefalt diagnostikk og behandling av endokarditt. De presenterer også egne data. Ved mistanke om infeksjøs endokarditt er blodkulturer og ekkokardiografi hjørnesteiner i utredningen, men PET og CT kan være nyttig tilleggssundersøkelser. En del pasienter trenger kirurgisk intervensjon. Det er tre hovedgrunner for tidlig kirurgisk intervensjon: hjertesvikt, ukontrollert infeksjon og for å hindre emboliske hendelser. I materialet fra Diakonhjemmet Sykehus fikk 25 % av pasientene kirurgisk behandling. For stabile pasienter der infeksjonen er under kontroll, kan intravenøs antibiotika-behandling etter hvert enten gis poliklinisk eller hjemme, og for noen pasienter kan initial intravenøs behandling erstattes med peroral behandling.

I 2012 etablert Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø hjerte-CT som det første sykehuset i Nord-Norge, beskriver



Amjid Iqbal og medarbeidere. De har samlet data fra oppstarten og funnet at 60-70 % av pasientene ble sendt hjem med vurderingen normale koronarark eller ikke-obstruktiv koronarsykdom beskrevet som veggforandringer. De har også til en viss grad benyttet den relativt kostbare CT-FFR-metoden for å få holdepunkter om en lesjon er hemodynamisk signifikant og tilsier videre invasiv utredning før lang hjemtransport. De går gjennom CT-teknikken og deres bruk og fremhever at alle sykehus bør ha en moderne CT med software for hjerteanalyse.

Jan Otto Beitnes gir våre lesere en oversikt over bildediagnostikk ved perkutan behandling av atrioventrikulærklappatologi.

Han påpeker at kardiologer må ha aktiv kunnskap om disse perkutane prosedyrene og den økende bruk av multimodal avbildning. Kardiologer bør være engasjert i bruk av disse modalitetene for å optimalisere det kliniske utbyttet.

Ellers minner Asgeir Græsdal oss om at familiær kombinert hyperlipidemi er en diagnose som ofte blir oversett. Diagnosen bør vurderes ved negativ gentest ved familiær hyperkolesterolemi. Tilstanden gir høy kardiovaskulær risiko og medfører at statin-behandling er aktuelt fra 30 års alder. Han oppgir diagnostiske kriterier som apolipoprotein B > 1,2 mmol/l, triglyserider > 1,5 mmol/l, prematur kardiovaskulær sykdom hos minst ett familiemedlem og kombinert hyperlipidemi hos minst ett familiemedlem.

God lesning!

Olaf Rødevand