

Hindrer hjertedød ved symptomgivende arytmi

Implanterbar defibrillator har signifikant gunstig effekt som sekundærprofylakse hos pasienter med risiko for plutselig hjertedød på grunn av ventrikulær arytmi. Den primærprofylaktiske nytten, derimot, er omdiskutert.

Det er hovedkonklusjonen i en utredning fra Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) (1). En ekspertgruppe ledet av seksjonsoverlege Halfdan Aass ved Rikshospitalet har vurdert den kliniske nytten av implanterbar defibrillator (ICD) som primær- og sekundærprofylakse ved alvorlige ventrikulære rytmeforstyrrelser.

Best som sekundærprofylakse

De siste ti årene er implantasjon av defibrillator blitt et etablert behandlingstilbud til pasienter som har høy risiko for sirkulasjonsstans og plutselig død som følge av alvorlige rytmeforstyrrelser i hjertekamrene. Implanterbar defibrillator kan ikke hindre rytmeforstyrrelser i å opptre, men apparatet er i stand til å registrere og stanse arytmien automatisk i løpet av noen få sekunder, og dermed beskytte personen mot hjertestans.

SMM-gruppen har sammenliknet effekten av ICD med medikamentell behandling. Med klinisk effekt menes effekt på overlevelse, forekomst av komplikasjoner og betydning for livskvalitet. Utredningen tar utgangspunkt i en tidligere metodevurdering fra New Zealand samt over 500 artikler publisert etter 1996.

Gjennomgangen av litteraturen viser at den sekundærprofylaktiske effekten er best dokumentert. Tre randomiserte studier viser at implanterbar defibrillator gir signifikant gunstig effekt på overlevelse hos pasienter med overlevd sirkulasjonsstans, ventrikkeltakykardi med synkope, ventrikkeltakykardi med annen alvorlig påvirkning av blodsirkulasjonen og samtidig redusert hjertefunksjon. Metaanalysen av de tre studiene viste at mortalitetsraten ble redusert fra 12,3 % til 8,8 % per år. Det er en relativ risikoreduksjon på 27 % for total mortalitet og 52 % for



Røntgen thorax av 61 år gammel mann med kjent hjertesvikt og rytmeforstyrrelse. ICD-generatoren oppad til venstre er implantert subkutant. Fra denne går det en ledning inn i høyre aurikkel, en annen til høyre ventrikkel og den tredje ligger i en koronarvene på utsiden av venstre ventrikkel. Den avbildede ICD-enheten tjener to formål: Å behandle ventrikulære takyarytmier samt virke som en pacemaker ved å synkronisere kontraksjonen i de to hjertehalvdelene. Foto Ø-J. Ohm, S. Færevstrand, Haukeland Sykehus

plutselig hjertedød på grunn av rytmeforstyrrelse. Man unngår ett dødsfall per oppfølgingsår ved å implantere ICD hos 29 pasienter.

Brukt primærprofylaktisk, altså forebyggende hos personer som aldri har hatt symptomgivende ventrikkellarytmier, men har hjertesykdom med høy risiko for plutselig hjertedød, er effekten av implanterbar defibrillator mer usikker. To randomiserte studier viser gunstig effekt hos pasienter med koronar hjertesykdom, dårlig hjertefunksjon, gjennomgått hjerteinfarkt, ikke-vedvarende ventrikkeltakykardi og fremkalling av vedvarende ventrikkeltakykardi ved elektrisk stimulering av hjertet. I disse studiene måtte man implantere ICD hos henholdsvis 10 og 20 pasienter for å forhindre ett dødsfall per oppfølgingsår.

For øvrig viser SMM-rapporten at den peroperative dødeligheten er liten (< 1 %), og at risikoen for senere mekaniske komplikasjoner også er liten.

Dyr behandling

I Norge blir det årlig implantert i overkant av 100 ICD-enheter. Prisen på behandlingen, som tilbys av regionsykehusene, er svært

høy. Hvert apparat koster ca. 250 000 kroner, og de totale årlige utgiftene anslås til om lag 30 millioner kroner. SMM-rapporten slår fast at kostnad-nytte-forholdet er akseptabelt for høyrisikopasienter, men mer ugunstig i lavrisikogruppene. Det pågår for tiden forskning for å definere klarere kriterier for hvilke pasientgrupper som kan profitere på ICD-behandling.

– Tom Sundar, Tidsskriftet
tom.sundar@legeforeningen.no

Litteratur

1. Implanterbar defibrillator (ICD). SMM-rapport nr. 1/2002. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2002 (www.oslo.sintef.no/smm/nyheter/FramesetNyheter.htm).

— fakta —

Plutselig hjertedød

Anslagsvis 5 000 nordmenn rammes hvert år av plutselig hjertedød, mange uten å ha hatt varselsymptomer.

I de fleste tilfellene skyldes sirkulasjonsstansen enten ventrikkelflimmer eller rask ventrikkeltakykardi, og de fleste som dør har koronarsykdom eller kardiomyopati.

Et mindretall overlever hjertestans utenfor sykehus, men 15–40 % får ny hjertestans innen to år.