

Klinisk undersøkelse av barn med hjertefeil har høy treffsikkerhet, men er den god nok?

Ekko for alle barn med bilyd?

■ Dette nummer av Tidsskriftet inneholder to artikler fra Barneklivnikken ved Haukeland Universitetssjukehus om hjertebilyder hos barn. Under tittelen «Vurdering av barn med hjertebilyder» gir Ansgar Berg og medarbeidere en omfattende beskrivelse av fysiologisk bakgrunn, klinisk tilnærming og forslag til henvisningsrutiner for barn med hjertebilyder (1). Retningslinjene er forsiktig formulert og beskriver i stor grad allerede etablerte forhold, men det er nyttig at en slik praksis blir skriftlig dokumentert.

Samme gruppe presenterer også en systematisk studie av nåværende henvisningspraksis og treffsikkerheten ved klinisk undersøkelse på forskjellig kompetansenivå (2). Studien synes vel planlagt og gjennomført og er basert på at man stilte en diagnose på klinisk grunnlag før den ekkokardiografiske undersøkelsen. Hos 202 barn som ble henvist til barnekardiolog på grunn av bilyd, fant Gunnar Norgård og medarbeidere medfødt hjertefeil hos 22. Fem av disse ble feiltolket som hjertefriske ved klinisk undersøkelse, men bare to var behandlingstrengende. Den negative prediktive verdien (97 %) var likevel svært god. De hjertefeilene man overså var av mindre betydning, og sensitiviteten steg til 91 % dersom man bare regner med behandlingstrengende feil. Med dette utgangspunktet er presisjonen omtrent like god som i liknende tidligere studier (3, 4).

Resultatene er interessante, fordi pasientmaterialet er stort også i internasjonal sammenheng, og fordi de fleste liknende studier er av eldre dato. Dagens barnekardiologer kan antas å være mindre avhengige av klinisk diagnostikk enn eldre kolleger og derfor noe mindre trent i å vurdere bilyder. Det er oppløftende at man i Bergen fant den samme treffsikkerheten i dag som tidligere. Studien reiser imidlertid noen viktige prinsipielle spørsmål om hvor og hvordan barn med hjertebilyd skal undersøkes.

Den norske screeningen ved barselavdelinger og helsestasjoner har stort sett fungert tilfredsstillende. Av dem med hjertefeil får 76 % diagnosen stilt i sykehus rett etter fødselen, og i hovedsak er det mindre alvorlige hjertefeil som er blitt oversett (5). Tidlig hjemreise etter fødsel kan tenkes å øke risikoen for sent oppdagede hjertefeil, og dette vil i så fall øke kompetansekravene ved landets helsestasjoner. Resultatene i den aktuelle studien viste, ikke overraskende, at barnekardiologer og privatpraktiserende spesialister var betydelig flinkere enn leger under utdanning og allmennleger til å stille riktig diagnose. Man kan få inntrykk av at dette hadde sammenheng med hvor fullstendig man gjorde den kliniske undersøkelsen. Bare det å følge anbefalingene i artikkelen til Berg og medarbeidere (1) vil forhåpentligvis kunne forbedre treffsikkerheten i førstelinjetjenesten.

Hjertebilyd hos barn er så vanlig at det ikke finnes nok ressurser til å undersøke alle med ekkokardiografi. Landets helsestasjonsleger og andre som undersøker barn, må derfor forventes å kunne skille ut mange barn med bilyd der ytterligere undersøkelser ikke er nødvendig. En slik screening vil definisjonsmessig måtte ha en viss feilmargen, og det kan ikke oppfattes som en feil å overse for eksempel en atriaseptumdefekt hos et asymptomatisk barn. De barna som har tydelige symptomer eller tegn på hjertefeil, bør imidlertid kunne identifiseres ved helsestasjonsundersøkelse.

Et viktig spørsmål er hva som skal gjøres med barn som henvises til ytterligere utredning. Ifølge forfatterne er det «internasjonal enighet om at bilyder kan vurderes etter klinisk undersøkelse alene». I tråd med dette beskrev man et behov for ekkokardiografi hos bare 18 av 50 barn ved en bilydspoliklinikk i Tromsø (6). Ved Barnehjerteseksjonen, Rikshospitalet, blir alle barn som henvises til vurdering av hjertebilyd, undersøkt med ekkokardiografi. Vi har ved en enkel rundspørning fått bekreftet at dette er tilfellet ved de fleste av landets større sykehus. Det finnes mange gode argumenter for en slik praksis. I dagens høyteknologiske samfunn er det neppe akseptabelt at 24 % av dem med hjertefeil ikke får riktig diagnose, slik som tilfellet var etter klinisk undersøkelse i Bergen (2).

Foreløpig synes antallet henvisninger å være håndterlig, og ekkokardiografi kan oftest gjennomføres på kort tid av lege eller fortrinnsvis av ekkotekniker. Man oppnår en fullstendig avklaring av problemstillingen og kan med stor grad av sikkerhet gi en beroligende beskjed til familien.

Et barn med fysiologisk bilyd skal erklæres helt friskt uten noen som helst forbehold eller restriksjoner, og planlagt kontroll vil virke mot sin hensikt. Som Norgård og medforfattere påpeker, er fortsatt engstelse etter konsultasjonen vanlig, og det anbefales at man rutinemessig bruker både muntlig og skriftlig informasjon.

Henrik Holmstrøm

henrik.holmstrom@rikshospitalet.no

Erik Thaulow

erik.thaulow@rikshospitalet.no

Henrik Holmstrøm (f. 1958) er overlege dr.med. og Erik Thaulow (f. 1949) professor dr.med. og seksjonsoverlege ved Barnehjerteseksjonen, Barneklivnikken, Rikshospitalet.

Oppgitte interessekonflikter: Henrik Holmstrøm har en aksjepost (verdi ca. 300 kr) i Meditron AS, som har utviklet elektroniske stetoskoper og teknikk for overføring av lydfiler. Erik Thaulow har ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Berg A, Greve G, Hirth A et al. Vurdering av barn med hjertebilyder. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1000–3.
2. Norgård G, Greve G, Rosland GA et al. Henvisningspraksis og klinisk vurdering av bilyder hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 996–8.
3. Geva T, Hegesh J, Frand M. Reappraisal of the approach to the child with a heart murmur: is echocardiography mandatory? J Cardiol 1988; 19: 107–13.
4. Smythe JF, Teixeira OH, Vlad P et al. Initial evaluation of heart murmurs: are laboratory tests necessary? Pediatrics 1990; 86: 497–500.
5. Meberg A, Otterstad JE, Froland G et al. Early clinical screening of neonates for congenital heart defects: the cases we miss. Card Young 1999; 9: 169–74.
6. Bergmo TS, Dahl LB, Hasvold T. Er overføring av hjertebilyder via e-post kostnadsbesparende? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 785–7.