

Hjertesykdommer

Det har vært store fremskritt i diagnostikk og behandling av hjertesykdommer de siste 25 år. Flere pasienter behandles, eldre gis i større grad tilbud, og metodene som benyttes, er mindre invasive og mer pasientvennlige. Koronar-sykdom dominerer fagfeltet i dag som for 25 år siden, da akutt hjerteinfarkt ble behandlet med sengeleie, smertestillende og tromboseprofylakse. Trombolytisk behandling kom i vanlig bruk fra midten av 1980-årene. Primær perkutan koronar intervensjon (PCI) eksisterte ikke, og ingen hadde forestillinger om at pasienter med akutt hjerteinfarkt skulle flys med helikopter for behandling med ballongblokkering.

Ved Tidsskriftets 100-årsjubileum ble hjerteinfarkt diagnostisert ved hjelp av biokjemiske markører som ASAT, ALAT og laktatdehydrogenase. Troponiner ble ikke målt, og de minste hjerteinfarktene ble ikke diagnostisert. En mer sensitiv infarktdiagnostikk har ført til at flere får optimal behandling.

I Norge ble den første ballongdilatasjon (PTCA, nå PCI) av koronarstenose utført i 1981. I starten var dette en behandling for de få, de fleste koronare revaskulariseringer ble utført ved koronar bypasskirurgi. Kapasiteten for utredning og behandling av koronarsykdom var sterkt begrenset for 25 år siden, og streng seleksjon var nødvendig. Alder ble vektlagt – en 65-åring var gammel den gang, ofte for gammel.

Innen elektrofysiologi dreide det meste seg om pacemakerbehandling. Intern defibrillator (ICD) ble første gang implantert i Norge i 1984, den gang et større kirurgisk inngrep hvor elektrodene ble sydd på hjertet. I 2003 ble det gjort ICD-implantasjon hos 210 pasienter her i landet. Inngrepet utføres av kardiologer og er bare litt større enn en pacemakerinnleggelse.

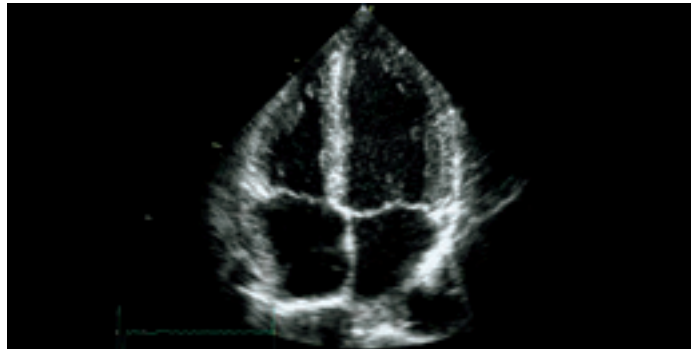
Innen kardiovaskulær farmakologisk behandling har utviklingen vært enorm. Norsk kardiologi har bidratt vesentlig gjennom flere store studier. Timololstudien, 4S-studien og WARIS-studiene dokumenterte sekundærprofylaktisk effekt av betablokkere, statiner og warfarin. Dette er lyktestolper i kardiovaskulær forskning, studier som i stor grad har vært med på å definere dagens kunnskapsbaserte behandlingsopplegg.

Den første hjertetransplantasjon i Norge og Norden fant sted i 1983. Behandlingsmulighetene for de sykeste hjertesviktpasientene var dermed revolusjonert. Ved utgangen av 2004 var det utført 506 hjertetransplantasjoner her i landet. Resultatene har vært gode, også i internasjonal målestokk.

Utviklingen av kardial ultralyddiagnostikk var i full gang for 25 år siden, og fortsettelsen representerte enorme fremskritt i kardiologisk diagnostikk. Det er neppe noe annet område innen kardiovaskulær medisin hvor norske bidrag har vært større enn på dette feltet. Kardial ultralyd på høyt nivå utføres nå ved en rekke sykehus.

I dag tilbys hjertepasienter i Norge diagnostikk og behandling på høyt internasjonalt nivå. Implementering av moderne retningslinjer for farmakologisk behandling har vært god, ny teknologi er fortløpende tatt i bruk og har kommet pasientene til gode. Norske sentre har tatt opp og videreutviklet nye metoder i elektrofysiologi, hvor frontlinjen nå er ved ablasjonsbehandling av arytmier. Radiofrekvensablasjon har for mange pasienter vært kurativ behandling for plagsomme arytmier og har gitt dem en ny tilværelse fri fra medikamenter som kunne ha mer bivirkning enn virkning. Norsk intervensjonskardiologi hadde en bekymringsfull langsom start ved begynnelsen av 1980-årene. I dag er det flere veletablerte sentre med stor aktivitet, og dagens PCI-volumer i Norge er på godt internasjonalt nivå – med mer enn 10 000 utførte PCI-behandlinger i 2004. En viktig problemstilling er om invasiv kardiologi skal desentraliseres til flere sykehus. Avstander og transportkostnader kan tale for, hensynet til volum og kvalitet kan tale imot.

Hva med de neste 25 årene? Diagnostikk og behandling vil stadig være i endring. Bildedannende teknikker har fortsatt et stort utviklingspotensial. MR-undersøkelse har en viktig plass i kardiologisk



Utviklingen innen ultralyd har revolusjonert kardiologisk diagnostikk. Foto NTNU

diagnostikk, men metodens muligheter innen iskemidiagnostikk er neppe fullt utnyttet. Invasiv koronar angiografi utfordres av moderne CT-teknikk. Utstyr egnet for ikke-invasiv, detaljert fremstilling av koronaranatomi vil om få år finnes ved en rekke sykehus. Dette kan påvirke indikasjonsstilling, rutiner og logistikk når det gjelder koronarutredning. Nye medikamenter og medikamentstudier vil komme, muligens skreddersydd medikamentell behandling basert på genetisk variasjon også. Høyteknologiske behandlingstilbud innen elektrofysiologi og intervensjonskardiologi vil utvikles videre. Stor spenning knyttes til hvilken plass gen- og stamcelleterapi kan få ved kardiovaskulær sykdom, potensialet er betydelig.

Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer er kraftig redusert de siste 25 år, men prevalensen av hjertesykdom er fortsatt høy. Utfordringene er fortsatt mange. For eksempel vil det bli betydelig flere med hjertesvikt, og dette vil kreve store ressurser i årene som kommer. Vi savner et personidentifiserbart pasientregister for hjerte- og karsykdommer. Det er et paradoks at det innen den sykdomskategori som krever flest liv i Norge, ikke er de samme muligheter til å følge utviklingen av forekomst, behandling og behandlingsresultater som Kreftregisteret gir.

Mye av utviklingen innen kardiologien har skjedd ved teknologiske fremskritt. Avansert apparatur er en forutsetning for mye av den diagnostikk og behandling som tilbys. I dette ligger en fare og en utfordring. Den enkelte pasients behov for informasjon, samtale, trøst og oppmuntring avskaffes ikke av høyteknologi. Hjertesykdom medfører angst, usikkerhet og mange spørsmål for pasient og pårørende. Å være «god doktor» og medmenneske er akkurat like viktig som før. Kardiologen og kardiologien har et stort ansvar i å sørge for at den menneskelige dimensjon ikke settes til side av avansert teknologi.

Rune Wiseth

rune.wiseth@medisin.ntnu.no
Avdeling for hjertemedisin
St. Olavs Hospital

Hud og veneriske sykdommer

Vitenskapelige fremskritt innen molekylærbiologi og immunologi har ført til bedre kartlegging av patogenesen ved viktige inflammatoriske hudsykdommer som psoriasis og atopisk dermatitt. Den karakteristiske hyperkeratiniseringen ved psoriasis oppfattes nå som et sekundært fenomen til en T-cellemediert autoimmun inflammatorisk reaksjon i dermis rettet mot et ukjent antigen. Atopisk dermatitt karakteriseres av en kronisk, fluktuerende inflammatorisk reaksjon i huden dominert av Th2-positive celler, men hva som driver denne inflammasjonen, er fortsatt uklart.