



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidskriftet@legeföreningen.no

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Diuretika ikke førstevalg ved kronisk hjertesvikt

Norsk cardiologisk selskaps arbeidsgruppe for hjertesvikt presenterer i Tidsskriftet nr. 2/2007 to artikler om kronisk hjertesvikt – den ene om etiologi og diagnostikk (1), den andre om behandling (2). Artiklene bygger i stor grad på europeiske anbefalinger (3). Det er prisverdig at arbeidsgruppen oppdaterer retningslinjene for norske forhold, men slike retningslinjer stiller ekstra høye krav til nøyaktighet.

I første punkt av hovedbudskapet i artikkelen om behandling angis det at «ACE-hemmere og diuretika» er førstevalg ved hjertesviktbehandling (2). Dette er ikke riktig. Hvis norske leger følger dette rådet, vil det være et tilbakeskritt i behandlingen av hjertesvikt. De viktigste legemiddelgruppene for pasienter med hjertesvikt er ACE-hemmere og betablokkere. Begge disse gir mindre sykkelighet og lavere dødelighet. Diuretika skal bare brukes til pasienter der det er tegn på væskeoverskudd (3).

Senere i samme artikkel hevdes det at diuretika er «essensielle» ved behandling av svikt i NYHA-klasse II-IV (2). Igjen vil vi påpeke at diuretika bare skal brukes hos pasienter som har tegn eller symptomer på væskeoverskudd, slik det går frem av de europeiske retningslinjene (3). Unødvendig diuretikabruk gjør det vanskeligere å starte behandling med ACE-hemmer og betablokker, samtidig som det lettere oppstår elektrolyttforstyrrelser og nyresvikt.

Internasjonale retningslinjer krever at diagnosen hjertesvikt må bygge på symptomer og objektive funn på kardial dysfunksjon. Forfatterne angir at den må være basert på «objektive funn av kardial dysfunksjon (systolisk eller diastolisk) i hvile, påvist med ekkokardiografi», ifølge ramme 1 i den første artikkelen (1). Vi er enig i at ekkokardiografi er svært verdifullt og for de fleste det lettest tilgjengelige, men MR-undersøkelse vil i mange tilfeller gjøre ekkokardiografi overflødig. Videre sies det: «Vi mener at alle pasienter der det er mistanke om hjertesvikt må få utført ekkokardiografi» (1). Gjelder dette også om BNP/NT-proBNP er normal?

En nøye gjennomgang av risikofaktorer hos hver enkelt pasient er vesentlig. Vi savner imidlertid den kanskje viktigste faktoren: Røyking.

Kardial resynkronisering er et veletablert behandlingstilbud for symptomatiske

pasienter med redusert ejsjonsfraksjon og QRS-bredde > 0,120 ms. Etter vår mening bør alle slike pasienter vurderes med henblikk på denne behandlingen.

Litteraturhenvisningene i en slik artikkel bør reflektere de mest sentrale studiene. Flere sentrale arbeider utelatt i de to artiklene, og det er unøyaktigheter i henvisningene. For eksempel er flere av «milepælstudiene» med ACE-hemmere og betablokkere ved hjertesvikt utelatt, slik som CIBIS II-studien fra 1999, COPENICUS-studien fra 2001 og SOLVD-studien fra 1991.

Lars Gullestad

Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Steinar Madsen

Statens legemiddelverk

Litteratur

1. Aarønes M, Atar D, Bonarjee V et al. Kronisk hjertesvikt – etiologi og diagnostikk. Tidsskr nor Lægeförening 2007; 127: 171–3.
2. Aarønes M, Atar D, Bonarjee V et al. Behandling av kronisk hjertesvikt. Tidsskr Nor Lægefören 2007; 127: 174–7.
3. Swedberg K, Cleland J, Dargie H et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005). The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2005; 26: 1115–40.

Norsk cardiologisk selskaps arbeidsgruppe for hjertesvikt svarer:

I hovedbudskapsrammen i vår artikkel om behandling er det anført at «ACE-hemmere og diuretika er førstevalg ved behandling av kronisk hjertesvikt» (1). Gullestad & Madsen mener dette er et terapeutisk tilbakeskritt. Det er underlig, fordi deres anliggende er godt belyst i først avsnitt under mellomtittelen *ACE-hemmere*. Vi viser spesielt til avsnittets siste setning (1), som harmonerer helt med deres oppfatning. Indikasjonen for diuretika er diskutert under mellomtittelen *Diuretika* (1), der siste setning er sammenfallende med det Gullestad & Madsen fremhever. I teksten omtales bruk av diuretika ved stuvning ved symptomatisk hjertesvikt. Dessverre finnes det ikke undersøkelser som viser at diuretika er livsforlengende ved stuvning ved hjertesvikt, og det er lite sannsynlig at slike studier vil bli gjennomført. Vår referanse er dagens patofysiologiske kunnskap og observasjonsstudier som tilsier at diuretika i sum har en gunstig virkning.

MR er en utmerket undersøkelse for å beskrive hjertets morfologi og funksjon, men i en artikkel rettet mot allmennpraksis blir det skivebom å trekke inn MR når vi fortsatt ikke har god nok dekning innen ekkokardiografi. I denne sammenheng er vi derfor uenig i Gullestad & Madsens vurdering av MR og viser til teksten under mellomtittelen *Annen ikke-invasiv bildediagnostikk* i vår artikkel om etiologi og diagnostikk (2). Når Gullestad & Madsen følger opp med et spørsmål om vi mener at alle pasienter der det er mistanke om hjertesvikt, bør få gjort ekkokardiografi hvis vedkommende samtidig har negative BNP/proBNP-verdier, må vi be dem lese *hele* artikkelen, også annet avsnitt under mellomtittelen *Blodprøver* (2) – «meget lite sannsynlig», som vi skriver, er langt fra «mistanke om».

Gullestad & Madsen etterlyser risikofaktoren røyking. Vi skriver i at «pasienter med hjertesvikt må få god informasjon om sykdom og behandling» (1) – allmennpraktikere skal ikke undervurderes. Kommentaren om at resynkroniseringsbehandling bør overveies hos alle pasienter som oppfyller kravene anført under avsnittet med mellomtittel *Kardial resynkroniseringsterapi* (1), er i samsvar med vår oppfatning. Men når resultatet av behandlingen tilsier at 30 % av pasientene ikke har gevinst, kan selv ikke Gullestad & Madsen uttrykke seg annerledes enn vi gjør.

For øvrig er de to artiklene en oppdatering, referansene er derfor primært fra de siste ti årene. Denne meningsutvekslingen viser hvor vanskelig det er å skrive for alle når det skal være både kortfattet og matnyttig.

Eivind S.P. Myhre

På vegne av Norsk cardiologisk selskaps arbeidsgruppe for hjertesvikt

Litteratur

1. Aarønes M, Atar D, Bonarjee V et al. Behandling av kronisk hjertesvikt. Tidsskr Nor Lægefören 2007; 127: 174–7.
2. Aarønes M, Atar D, Bonarjee V et al. Kronisk hjertesvikt – etiologi og diagnose. Tidsskr Nor Lægefören 2007; 127: 171–3.

Hjertesvikt og tillitssvikt

Det var urovekkende å lese artiklene *Kronisk hjertesvikt – etiologi og diagnostikk* og *Behandling av kronisk hjertesvikt* i Tidsskriftet nr. 2/2006 (1, 2). De er forfattet av 11 kolleger, alle medlemmer av Norsk car-