

Subklinisk atrieflimmer gir økt risiko for hjerneinfarkt

Atrieflimmer kan være uten symptomer og forbli udiagnostisert lenge. En kanadisk studie viser at subklinisk atrieflimmer øker faren for iskemisk hjerneslag.

Studien omfattet 2 580 pasienter over 65 år med kjent hypertensjon (1). Ingen hadde kjent atrieflimmer, men alle hadde nylig fått implantert pacemaker eller defibrillator. Pasientene ble fulgt i tre måneder med tanke på om de hadde episoder med atrial hjerterytme over 190 slag i minuttet av over seks minutters varighet. Pasientene ble så fulgt i

2,5 år, med iskemisk hjerneslag som endepunkt. I løpet av de tre månedene fant man subklinisk takyarytmi hos 261 (10,1%). Denne gruppen hadde mer enn dobbelt risiko for å få hjerneslag eller systemiske embolier (hasardratio 2,49).

– Subkliniske atrietyrmer opptrer hyppig hos pasienter med pacemaker og fører

til en signifikant økning av iskemiske hjerneslag og systemiske embolier, sier overlege Brynjar Fure ved Oslo universitetssykehus. – I en slagenhet er det ofte ikke mulig å påvise den bakenforliggende mekanismen til et hjerneslag, selv etter omfattende utredning med ultralydundersøkelse av precerebrale og intracerebrale kar, 24-timers-EKG og ekkokardiografi, fortsetter han.

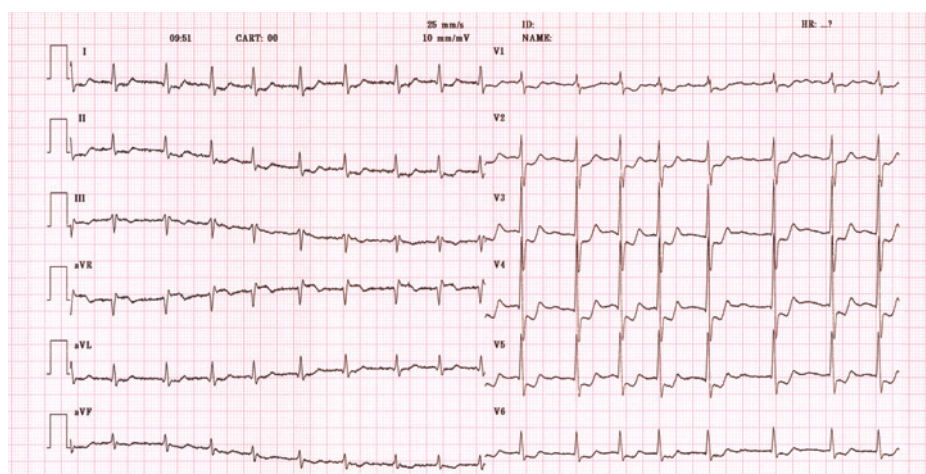
– Forekomsten av atrieflimmer øker med økende alder, og hos de eldste pasientene med hjerneslag er det vist at atrieflimmer kan være årsaken i mer enn 30% av tilfellene. Denne studien har klinisk relevans, ettersom den viser at slagleger må ha spesiell oppmerksomhet rettet mot mulig atrieflimmer hos slagpasienter som har pacemaker eller defibrillator. Kardiolog bør derfor kontaktes for å avlese pacemaker eller defibrillator hos slike pasienter, slik at eventuell atrieflimmer kan avdekkes. Påvisning av atrieflimmer har terapeutiske konsekvenser, spesielt etter hjerneslag, fordi antikoagulasjonsbehandling da er indisert, sier Fure.

Janne K. S. Nordbø

janne-nordbo@hotmail.com
Gjettum

Litteratur

1. Healey JS, Connolly SJ, Gold MR et al. Subclinical atrial fibrillation and the risk of stroke. *N Engl J Med* 2012; 366: 120–9.



Illustrasjonsfoto Science Photo Library/NTB scanpix

Sekvensiell behandling mot H. pylori-infeksjon?

Sekvensiell behandling med ulike legemidler kan være bedre enn dagens trippelbehandling mot H. pylori-infeksjon.

Effekten av trippelbehandling ved *Helicobacter pylori*-infeksjon er fallende i mange land. I en multisenterstudie fra Taiwan ønsket man å undersøke om sekvensiell behandling, der man benytter flere legemidler etter hverandre, er mer effektivt enn trippelbehandling (1). 900 pasienter med påvist H. pylori-infeksjon ble randomisert i tre grupper: sekvensiell behandling med lansoprazol og amoksisillin i sju dager etterfulgt av lansoprazol, klaritromycin og metronidazol i sju dager (S-14), sekvensiell behandling med samme medikamentene i 5 + 5 dager (S-10) eller 14 dagers trippelbehand-

ling med lansoprazol, amoksisillin og klaritromycin (T-14). Det var signifikant høyere H. pylori-eradikasjon ved S-14-behandling enn ved T-14-behandling, og det var sammenheng mellom eradikasjonsrate og forekomst av resistens mot klaritromycin og metronidazol.

– Flere kjente faktorer som innvirker på eradikasjonsraten ble grundig undersøkt i denne interessante studien, blant annet antibiotikaresistens, sier overlege Frode Lerang ved Gastromedisinsk seksjon, Sykehuset Østfold Fredrikstad. – Forekomsten av klaritromycinresistens påvirket effekten av alle tre regimene i studien. Alternative regimer uten klaritromycin er derfor blitt nødvendig i land med høy klaritromycinresistens, fortsetter han.

– Fra Østfold har vi erfaring med 90% eradikasjon etter sju dagers behandling med protonpumpehemmer, amoksisillin og klaritro-

mycin og påfølgende 70–80% eradikasjon med ti dagers kvadrupelkur til «feilslagere», sier Lerang. – For norske forhold er det sannsynligvis ikke nødvendig å gi sekvensterapi i 14 dager primært. I Norge kan man fortsatt gi protonpumpehemmere, amoksisillin og klaritromycin i 7–10 dager eller velge en ti dagers metronidazolbasert kur. Det er viktig å anvende de økologisk mest fornuftige regimene og å ha komplementære regimer med alternative antibiotika i bakhånd om den første kuren skulle bli mislykket, sier han.

Bente Vatn

bente@vatn.org
Gjøvik

Litteratur

1. Liou JM, Chen CC, Chen MJ et al. Sequential versus triple therapy for the first-line treatment of *Helicobacter pylori*: a multicentre, open-label, randomised trial. *Lancet* 2013; 381: 205–13.