

Magnus och det goda hjärtat

1999 flyttade kardiologen Magnus Lindroos, 58, från sin födelsestad Vasa till Helsingfors där han erbjudits jobb. Han hade dragit igång den kardiologiska verksamheten i Vasa i början av årtiondet och kände att det var dags för honom att "lämna scenen".

– Det kan hända att jag började känna mig outhärlig. Min livsfilosofi är dock att man ska starta projekt och sedan försöka göra sig outhärlig.

Sedan 2002 jobbar Magnus Lindroos som interventionskardiolog vid Jorvs sjukhus i Esbo.

Sina studier i medicin bedrev han i Helsingfors och var som många andra medicinare engagerad i det thoracala spexet, för sin del inom kulissgruppen.

– Jag minns hur baron Münchhausen i ett spex kom inflygande genom ett

pappersfönster som skulle byggas upp på nytt inför varje föreställning, och det hörde till mina uppgifter att vara glasmästare ...

Numera är Svenska Oratoriekören ett viktigt fritidsintresse, och Magnus lyssnar också mycket på musik.

– Jag har blivit allätare med åren. Då jag var yngre tyckte jag mest om klassisk musik – under studietiden lyssnade jag på gammal kyrkomusik. Men nu går jag gärna också på rockkonsert.

Skall du gå på Metallica-konserten i sommar?

– Nej, det tror jag att jag avstår ifrån, men jag har varit och lyssnat på t.ex. Sting och nu senast på Andrea Bocelli och har njutit mycket av det.

När jag besöker Magnus hemma hos

honom ligger det en skiva med Bianca Morales vid skivspelaren. För övrigt är hans vardagsrum belamrat med böcker om kardiologi. Det är en annan fritidssyssla...

När det gäller kardiologi har Magnus egentligen varit med från början.

– I Vasa uppdaterades en röntgenapparat i början av 1990-talet så att man också kunde göra hjärtundersökningar med den. Då fick Vasa sin första kardiologtjänst. Det ledde till att vi gjorde den första koronarangiografien den 5 mars 1991, för sexton år sedan. På 1980-talet gjordes dessa bara vid universitetssjukhus, så man var tidigt ute i Vasa, poängterar Magnus.

Under tre års tid utfördes angiografier i Vasa med efterföljande operationer och angioplastier i Helsingfors, enligt



Vasabördige kardiologen Magnus Lindroos vid sin tavla av Tuomas Nelimarkka, signerad år 1966. Den föreställer en typisk österbottnisk lada.

ett avtal om eftervård som Vasa hade med huvudstaden. År 1994 disputerade Magnus med en avhandling om äldre människors aortastenosis.

Efter en angiografi är det antingen läkemedel, bypassoperation eller ballongvidgning som gäller.

Är angiografipatienterna så välundersökta på förhand att man vet att de är i behov av vård?

– Det är en bra fråga! Det borde vara på det sättet, men till saken hör att vi nog ibland hittar fullständigt friska patienter som inte ens behöver läkemedelsbehandling.

Varför har de då kommit till dig?

– På grund av något symtom, till exempel oklar bröstsmärta som man inte kan reda ut noninvasivt.

Ofta utför Magnus en ballongvidgning, en PCI (perkutan coronar intervention/percutaneous coronary intervention) i samma seans som angiografen.

– Det är bekvämt både för patienten och för sjukhuset. De flesta patienter är välinformerade och känner till att det kan gå så. Patienterna vet mycket mera än tidigare.

Vad tror du det beror på?

– De här åtgärderna är vanliga, många har i sin bekantskapskrets eller släkt människor som har genomgått angiografi eller angioplasti. Genetiken är ju en riskfaktor så det hör till saken att vi får ganska många patienter som i släkten har en sådan sjukdom.

Är genetiken den viktigaste riskfaktorn?

– Tja, det kan hända att genetiken har den största betydelsen. Det är litet retfullt att vi inte kan göra något åt genetiken än.

– Det finns nya faktorer, till exempel lipidparametrar, som diskuteras i det här risksammanhanget. Länge var det bara totalkolesterolet som gällde, och gränsen var ofattbara 7,2 mmol/l. Nu vet vi att alla människor har ett onödigt högt kolesterolvärde, speciellt LDL-kolesterol.

Det är litet synd att man betonar vikten av livsföring så mycket i detta sammanhang, säger Magnus. Patienterna känner skuld och funderar på vad de har gjort fel då de fått en hjärtinfarkt.

– Hjärt- och kärlsjukdomar är inte

självförvällade utan man föds med en viss kolesterolnivå och den kan påverkas 1–2 mmol/l genom livsföringen. Inte mera än så! Har man ett värde på 7 och får ner det till 5–6 genom diet är det ju fortfarande alldeles för högt.

– För de här patienterna betydde statinbehandlingen väldigt mycket då den kom för ganska precis tio år sedan. Gällande sekundärprevention är det helt bevisat att den försvarar sin plats. Det är direkt ett konstfel att utelämna statinbehandlingen hos en patient som redan har insjuknat.

– Men primärpreventionen kan diskuteras om det rör sig om en patient med högt kolesterol men annars rätt låg risk. Är det då någon idé att ge primärprofylax genom statinbehandling? Där finns inga klara gränser.

European society of cardiology, ESC, har publicerat tabeller för bedömning av patientens riskprofil och rekommendation av statinbehandling om totalrisken är väldigt hög.

Känner folk till att de genom diet och livsföring kan påverka sitt kolesterolvärde ganska litet?

– Nej, jag tror inte det, utan de upplever det som ett misslyckande när de blir sjuka. Hjärtpatienterna är en av få patientgrupper som har en nästan bestraffande attityd gentemot sig själva. Andra kräver sin vård, men hjärtpatienterna är ödmjuka till sin natur.

– Jag vill ändå betona, att är en hälsosammare livsföring oerhört viktig på populationsnivå.

Hur förhåller du dig till 45-åringar som börjar äta acetylsalicylsyra för att minska riskerna att insjukna?

– Jag förstår dem väldigt bra. Jag burkar säga att det är en smaksak, det finns vissa belägg för att det är till nytta.

Vilka andra råd ger du patienterna?

– Det absolut viktigaste är att sluta röka om man gör det! Det kan man aldrig nog betona!

Magnus röker inte själv, och jag känner min snusdosa bränna i fickan. Snus är lika illa, tror Magnus, men tillägger att hans kolleger i Norrland i Sverige har sagt att de fortsätter snusa tills det dyker upp hållbara belägg för dess skadliga inverkan ...

– Där snusar ju alla!

Det finns däremot klara data på att 1–3 doser rödvin per dag har en positiv effekt på hjärtat. Man vet inte den slutliga sanningen om detta än, men undersökningar har påvisat skillnader mellan rödvin och vitvin. Till rödvinets förmån.

Hur kändes det att göra din första angioplasti?

– Jag minns det bra. Det var dessutom en tvåkärlssjuk patient, alltså inte bara en stenosis utan i två olika kärl. Jag var väl förberedd, men ändå skraj. Kanske lika skraj som patienten. Det här var i januari 1994, i Vasa.

– Då kände jag inget större intresse för just det här, utan det hörde till uppgifterna. Kirurgerna hade sagt att de inte sköter enkärlssjukdomar som kan åtgärdas med ballongdilatation, eller PTCA (perkutan transluminal coronar angioplasti/percutaneous transluminal coronary angioplasty) som det då kallades.

Ingreppen gjordes alltid tolvtiden på dagen, efter dagens första operation, så kirurgerna var nog beredda att ta över om det gick åt skogen.

Ända fram till början av 1990-talet var den största risken vid ballongdilatation att kärlet tog skada och ockluderade, täpptes till.

– Man åstadkom alltså det man försökte förhindra.

En annan risk var re-stenosis, som kunde inträffa några månader efter ingreppet.

Den största hjälpen mot detta var stenterna då de togs i bruk. Stenter är små cylindriska metallnät, som håller kärlet öppet på insidan.

Ett stort framsteg är de stenter med läkemedel, till exempel cytostatika, som förhindrar celledelning i kärlväggen.

År 1994 hade Magnus besök i Vasa av den amerikanske specialisten Tim Fischell som frågade om det är sant att det inte har lagts någon stent i Finland. Tim hade kommit till Finland på inbjudan av Magnus närmaste medarbetare Risto Jussila.

– Då började vi i Vasa och på den vägen är vi.

Hur ser de här ingreppens framtid ut?

– Många idéer kommer som överraskningar som man aldrig tänkt på själv. Ett exempel på detta är radialistekniken,

som har utvecklats av holländaren Ferdinand Kiemeneij, berättar Magnus och förklarar närmare.

– I normala fall går man vid angiografier och angioplastier in i ljumskartären, men Kiemeneij gick in via handledens artär, A. Radialis.

– När jag läste om det första gången blev jag väldigt förvånad, men nu gör jag en stor del av ingreppen den vägen. Fördelen är att blödningarna efteråt inte är farliga, det är bara att trycka, det klarar patienten själv. Men en blödning i ljumskan kan för en överviktig person vara livshotande. Dessutom tillåter radialistekniken helt polikliniska ingrepp.

Tim Fischell har också utvecklat en radioaktiv stent, vilket också förbryllade Magnus.

– Det visade sig sedermera inte vara en så bra idé ...

Man kan sköta väldigt många olika slags lesioner med PCI. När det gäller revaskularisering är förhållandet mellan angioplasti och bypass just nu vid Jorvs sjukhus ungefär 8:1.

– Det trodde jag nog inte då jag började.

– Inte heller tänkte jag när jag första gången läste om angioplastier att jag själv skulle utföra dem. Det verkade nästan som science fiction!

Magnus anser att kärlsjukdomar förekommer epidemiskt, som i Finland under 1960–70-talen. Epidemin håller nu på att avta.

Vad beror det här på?

– De som leder Nordkarelen-projektet säger att det är livsföringen, men jag tror att det handlar om andra, okända orsaker. Men det att sjukdomen tar sig lindrigare former nuförtiden betyder att fler och äldre patienter överlever, och vårdbehovet ökar inom överskådlig tid.

Sjukvårdens paradox, i sino pryddo.

Text och foto: Tom Ahlfors

Johan Eriksson innehavare av den svenska professuren i allmän medicin

Johan Eriksson är född 5.5.1958 i Helsingfors och blev student från Shawnee Mission East High School 1976 samt från Lönnbeckska gymnasiet 1978. Vid Helsingfors universitet avlade han medicine licentiatexamen år 1986 samt disputerade för medicine- och kirurgiedoktorsexamen år 1988. Han specialiserade sig i invärtesmedicin och erhöll specialisträttigheter år 1994. År 2005 fick han dessutom specialisträttigheter i allmän medicin. Han är docent i experimentell endokrinologi vid Helsingfors universitet sedan 1995.

Eriksson var forskare vid Finlands Akademi åren 1994–96 och är sedan 1996 äldre forskare vid Folkhälsoinstitutet i Helsingfors. Han var chef för diabetesenheten vid Folkhälsoinstitutet under åren 2001–06.

Erikssons doktorsavhandling handlade om psykosomatiska aspekter i samband med koronar bypass-kirurgi. Efter avhandlingen har han ägnat sig åt forskning kring typ 2-diabetes och närstående metabola störningar. Hans forskningsområden har varit nära anknutna till tidiga metabola störningar vid typ 2-diabetes, prevention av typ 2-diabetes samt betydelsen av motion vid sjukdomen.

Under de senaste åren har hans forskningsintresse varit inriktat på programmering av sjukdomar. Han är ansvarig forskare för den s.k. IDEFIX-studien (IDentifying Early Factors In syndrome X). Hypotesen i detta forskningsprojekt är att en benägenhet för flera kroniska sjukdomar programmeras in i ett mycket tidigt skede av livet. Studiekohorten består av över 15 000 personer födda åren 1924–44. Dessa personer har uppföljts från födseln till vuxen ålder. Avsikten med forskningsprojektet är att studera uppkomsten av våra folksjukdomar ur ett livscykelperspektiv.



Detta forskningsprojekt har internationellt sett rönt ett mycket stort intresse eftersom dylika kohorter inte finns i andra länder.

Eriksson handleder för tillfället tio doktorander som arbetar på sina avhandlingar samt har varit opponent och förhandsgranskare för över tio avhandlingar.

Han har varit medlem i forskningsgruppen som utfört DPS-studien (Diabetes Prevention Study) i Finland. Denna studie har lett till en av de mest citerade finländska medicinska publikationerna. Forskningsgruppen erhöll Medixpriset år 2002 för den bästa medicinska publikationen under år 2001. Han har också deltagit i planerandet av det nationella diabetespreventionsprogrammet DEHKO samt är medlem i flera uppföljningsgrupper inom ramen för DEHKO-projektet.

Han har publicerat över 150 internationella originalartiklar samt ett flertal engelskspråkiga och inhemska översiktsartiklar, samtidigt som han har skrivit flera lärobokskapitel.

Helsingfors universitets kansler utnämnde Johan Eriksson till innehavare av den svenska professuren i allmän medicin den 1 november 2006.