

Kardiologi – en stor specialitet som genomgått en enorm utveckling

Omslagsbilden föreställer en abstrakt kvinna. Vem kunde ana det? På samma sätt är det för en lekman omöjligt att tyda exempelvis ultraljudsbilder, EKG-kurvor och magnetkamerabilder. Men för en specialist är det möjligt. Vi får vara glada över att vi har så många duktiga kardiologer i Finland, varav några har haft vänligheten att skriva om sitt gebit i detta nummer.

Detta är det första temanumret av Handlingarna som ägnas åt kardiologi. Kardiologiska ämnen har tidigare behandlats i temanumren Inre medicin 1/2015 och Kardiovaskulär riskbedömning 1/2007.

Kardiologi är numera den största inre medicinska specialiteten med cirka 300 kardiologer i arbetsför ålder. Av kardiologerna har 60 procent först specialiserat sig i inre medicin. Av alla 1 131 specialitäläkare i inre medicin är 16 procent kardiologer (1, 2).

Kardiologin fick en egen professur 1997, när Markku Nieminen vid Helsingfors universitet valdes till Finlands första professor i kardiologi. Han har på många sätt främjat kardiologins utveckling i Finland, vilket vi kan läsa i intervjun med honom.

Temanumret omfattar de vanligaste hjärtsjukdomarna, även några ovanliga. Författarna, som hör till de främsta experterna inom sina gebit, skriver om modern diagnostik och behandling. Det finns också några historiska inslag, som beskriver en del av de stora framsteg som skett inom kardiologin. I det följande presenteras ett urval av väsentliga fakta sammanställda enligt de ämnesområden som behandlas i temanumrets totalt 14 artiklar.

Rytm- och retledningsstörningar

Förmaksflimmer är numera en folksjukdom med hög incidens bland äldre. För personer som har besvärande symtom av flimmer är kateterablation den bästa behandlingen för att upprätthålla sinusrytmen. Det sägs dock att det i slutändan alltid är flimret som ”vinner”, och förmaksflimmer kallas även människans näst bästa rytm. För prognosen är antikoagulansbehandling viktigast, eftersom den minskar risken för flimmerrelaterade hjärninfarkter.

För diagnos av förmaksflimmer krävs ett EKG. Ofta är de första flimmeranfallen så kortvariga att de är svåra att fånga på EKG. Nu för tiden finns det en hel del apparater med hjälp av vilka människor själva kan övervaka sin puls och få ett dokument över förmaksflimret. Om fyndet är entydigt, kan det hjälpa läkaren att besluta om behovet av antikoagulansbehandling.

Hjärtklappningar är mycket vanliga hos befolkningen, och i de flesta fall är det fråga om godartade rytmstörningar, oftast extraslag. Läkaren kan med hjälp av anamnes och Holter-undersökning utreda rytmstörningarnas natur. EKG, kliniskt arbetsprov och ekokardiografi är också viktiga för att utesluta hjärtsjukdomar som kan förorsaka farliga rytmstörningar.

Synkope och presynkope kan orsakas av allvarliga rytmstörningar såsom kammartakykardi. Symtomen kan även orsakas av störningar i sinusknutan eller i hjärtats retledningssystem. Skänkelblock utan klinisk betydelse är ganska vanliga hos befolkningen. Vänstersidigt skänkelblock (LBBB) på EKG bör dock alltid utredas med ekokardiografi för att utesluta en bakomliggande hjärtsjukdom.

Behovet av pacemakrar ökar på grund av att befolkningen åldras. Pacemakrarna har genomgått en otrolig utveckling under de senaste sextio åren, och är numera sofistikerade datorer i miniatyr. Pacemakerns viktigaste funktion är att garantera en minimipuls. Utöver denna grundfunktion samlar den även in information om rytmstörningar. Implanterbar defibrillator (ICD) är en pacemaker som kan defibrillera en allvarlig kammararytmi och sålunda förhindra plötslig död. Sviktpacemaker (CRT) är en pacemaker som används för behandling av systolisk hjärtsvikt hos patienter med betydande dyssynkroni, främst på grund av LBBB.

Kranskärslssjukdom

Kranskärslssjukdom är fortfarande en vanlig dödsorsak. Förståelsen för sjukdomens patogenes och utveck-

lingen av dess behandling har varit viktiga orsaker till att dödligheten i arbetsför ålder har minskat över 80 procent sedan 1970-talet. Defibrillatorer, bypassoperationer, ballongvidgning, trombolysbehandling och effektiva trombocythämmare kan rädda livet på patienten vid en akut hjärtinfarkt.

Efter en hjärtinfarkt är statiner och aspirin de viktigaste läkemedlen för att förbättra prognosen. Vid statinbehandling är LDL-kolesterolet det terapeutiska målet, och patienter som inte tål statiner eller inte når tillräckligt låg LDL-nivå kan vara kandidater för ezetrol eller en PCSK9-hämmare. Vid stabil kranskärslsjukdom är läkemedelsbehandling och hälsosamma levnadsvanor de viktigaste åtgärderna sett ur prognostisk synvinkel. Ballongvidgning och bypassoperation behövs främst för att lindra symtom.

I diagnostiken är det kliniska arbetsprovet fortfarande en grundläggande undersökning, som ger värdefull information om patientens prognos. Arbetsprovet är dock oftast inte tillräckligt för att ställa diagnos. Datortomografi av kranskärlen är en utmärkt metod för att utesluta kranskärslsjukdom, och med den upptäcks även lindriga förträngningar utan hemodynamisk betydelse. Isotopundersökning av hjärtmuskeln perfusion avslöjar betydande förträngningar som leder till ischemi vid ansträngning. Angiografi med kontrastmedel görs främst på patienter som har så besvärande symtom att invasiv behandling av kärlförträngningar behövs.

Hjärtsvikt, klaffsjukdomar och ekokardiografi

Kranskärslsjukdom är vid sidan om hypertoni den vanligaste orsaken till hjärtsvikt. Hjärtsvikt är ett symtom där orsaken alltid måste utredas. Ekokardiografi är kardiologens viktigaste redskap för att diagnostisera hjärtsvikt och för att utreda den bakomliggande orsaken. Med ekokardiografi kan man utreda om det är fråga om systolisk eller diastolisk hjärtsvikt, vilket har betydelse för medicineringen. Vid systolisk hjärtsvikt är det viktigt att påbörja prognosförbättrande mediciner, ju tidigare desto bättre. Vid diastolisk hjärtsvikt har man länge enbart kunnat lindra symtomen med

diuretika, men nyligen har SGLT2-hämmare visat sig förbättra prognosen även hos patienter med diastolisk hjärtsvikt. Även om SGLT2-hämmarna ursprungligen var avsedda för behandling av typ 2-diabetes, har de blivit viktiga hjärtmediciner.

Om hjärtsvikt beror på klaffsjukdom behövs ett klaffingrepp. Aortastenosen och mitralisinsufficiens är de vanligaste klaffsjukdomarna. Diagnostiken sker med ekokardiografi, ofta på grund av ett biljud. Klaffsjukdomar kan botas enbart med invasiv behandling, och insättning av en klaffprotes vid öppen kirurgi har varit standardbehandlingen. Nu för tiden kan äldre patienter och andra med förhöjd operationsrisk behandlas med ett kateteringrepp. Vid aortastenosen är kateterbehandling numera i själva verket vanligare än öppen kirurgi. Bioprotesen förs in i den förträngda aortaklaffen via femoralartären. Kardiologer och hjärtkirurger gör ingreppet tillsammans.

Kardiomyopatier och amyloidos

Sjukdomar i själva hjärtmuskeln är ganska sällsynta orsaker till hjärtsvikt. Det kan vara fråga om kardiomyopatier, såsom hypertrofisk och dilaterad kardiomyopati, som ofta är nedärvda. Med hjälp av gendiagnostik kan man upptäcka friska släktingar som bär på en patogen mutation och som då följs regelbundet.

Hjärtat kan även angripas i samband med systemsjukdomar, till exempel vid amyloidos, där inlagring av amyloidfibriller i hjärtmuskeln leder till hjärtsymtom. Misstanke om amyloidos väcks oftast när man vid ekokardiografi ser förtjockade hjärtmuskelväggar. Amyloiden består vanligen av ett monoklonalt protein eller av transtyrelin. Tidig diagnostik och nya mediciner har förbättrat prognosen.

Minna Kylmälä

Referenser

1. Läkarförbundets register 19.10.2021.
2. Registeruppgifter 31.12.2018 från Institutet för hälsa och välfärd.