

Enligt Håkan Walfridsson, docent och överläkare vid kardiologiska kliniken vid Linköpings Universitetssjukhus, måste man optimalt använda de elektrofysiologiska laboratorier som finns. Till det behövs fler personer som kan behandla och utföra kateterablationer.



Ablation vid förmaksflimmer i Sverige – en bekymmersam situation

Trots att Håkan Walfridsson, docent och överläkare vid kardiologiska kliniken vid Linköpings Universitetssjukhus, arbetar på en av Sveriges ledande kliniker när det gäller ablation vid förmaksflimmer ser han oroligt på framtidsutsikterna för den behandlingen.

Håkan Walfridsson föredrar egentligen termen elektrokardiolog istället för elektrofysiolog men tyvärr hänger den engelska termen “electrophysiologist” kvar. Det finns idag ingen organiserad utbildning till elektrofysiolog.

– För att bli specialist i kardiologi krävs tyvärr sedan ett år att man först ska bli invärtesmedicinare, säger Hå-

kan Walfridsson.

Detta lägger till två år i grundutbildningen för specialister innan man ens kan börja med elektrofysiologi. Under specialistutbildningen i kardiologi kan man, beroende på eget intresse och på vilket sjukhus man råkar tjänstgöra på, få viss kontakt med elektrofysiologin. Vill man sedan vidareutbilda sig till invasiv elektrofysiolog och lära

sig kateterisera och ablationsbehandla, så sker detta inte i någon organiserad form utan är ytterligare en subspecialitet som man tränas till medan man jobbar. Utbildningen blir därmed mycket lång.

– Vi har ingen officiell strategi för att rekrytera elektrofysiologer, det finns intentioner i en arbetsgrupp för arytmi inom kardiologföreningen men vi har ännu inte kommit fram med något förslag till hur man ska säkerställa återväxten. I Sverige finns idag cirka 30 elektrofysiologer och alla arbetar i laboratorier inom de sju universitets-

“Med detta nya robotsystem i kombination med ett navigationssystem skulle man kunna behandla ännu effektivare och lättare skapa de elektriska blocken mellan lungvener och vänster förmak ...”

sjukhusen, om man räknar Stockholm som ett, säger Håkan Walfridsson.

Nya indikationer - många patienter

De nya indikationerna för ablation av FF, presenterade som gemensamma europeiska och amerikanska guidelines hösten 2006, innebär att många fler patienter är aktuella för ablationsbehandling av FF. Idag finns i Sverige minst 180 000 patienter med FF och man räknar med en fördubbling av antalet patienter år 2050. Inom kardiologiska kliniken vid Linköpings Universitetssjukhus upptagningsråd, med nästan en miljon invånare, beräknar man att cirka 2 procent av de som har FF kan bli aktuella för ablationsbehandling. Detta innebär minst 300 ablationer och skall ställas i relation till att kliniken förra året gjorde 117 ablationer. I den siffran ingår då också patienter från andra regioner.

– Utan återväxt av elektrofysiologer som kan utföra alla dessa kateterablationer är situationen i landet ganska prekär, säger Håkan Walfridsson.

Teknik under utveckling

Kateterablation beskriver endast en teknik där man går in via lumsken till hjärtat, värmer ett område och orsakar ett strategiskt placerat ärr i hjärtvävnaden. Ursprungligen fanns en metod vid förmaksflimmer där man utförde segmentell isolering av lungvenerna. En alternativ metod kallades “encircling”, som är en cirkumferentiell ablation där man utför en stor oval ablation runt lungvenerna parvis.

– Den senare strategin har fördelen att den är tekniskt enklare att utföra om man har något navigationssystem. En tredje variant är en kombination av de två ovan beskrivna teknikerna, encircling med bekräftad lungvensisolering, säger Håkan Walfridsson.

Behandlingen syftar till att försvåra, eller helst upphäva, den elektriska förbindelsen mellan lungvener och förmak. Det är olika tekniker men med samma mål för behandlingen.

Svår och krävande teknik

Ablation vid förmaksflimmer är en svår och krävande teknik. Att utföra detta är oftast svårare än t ex pacemakerimplantation eller implantation av defibrillator. Tekniken är såväl intellektuellt som hantverksmässigt krävande.

– I många fall är behandlingen rättfram, man gör en anatomisk linje med ablationer i förmaket, men ablationerna kan också i sig själva orsaka andra arytmier och då måste man vara en relativt driven elektrofysiolog för att handlägga dessa arytmier, säger Håkan Walfridsson som också menar att man helst måste vara utrustad med oändligt tålamod.

Idag finns stora regionala olikheter i Sverige när det gäller ablation vid förmaksflimmer.

– Vid hjärtcentrum i Linköping har PCI-verksamheten fungerat alldeles utmärkt och dessutom har centrumchefen haft sitt hjärta i elektrofysiologin. Vi har därigenom sluppit den interna konkurrens som funnits vid andra centra och vi har fått utrymme. Men det går trögt i Sverige som helhet, i t ex Danmark har man utfört lika många kateterablationer som i Sverige men på en befolkning som är hälften så stor, säger Håkan Walfridsson..

Erfarenhet innebär att man kan göra sitt ingrepp betydligt fortare. Vid introduktionen av tekniken i Linköping tog proceduren mellan 8-9 timmar, idag har Håkan Walfridsson och medarbetare inga problem att utföra två behandlingar under en arbetsdag, cirka 3,5 timme per ingrepp. För att

kunna behandla många patienter måste behandlingen kunna utföras både snabbt och säkert. Vid ett nyligen hållet möte i Prag fanns stor entusiasm för att förenkla grundproceduren vid kateterablation. Det finns således stort utrymme för att tekniken kring FF-ablation både skall förenklas och förbättras.

Idag är kateterablation fortfarande mycket operatörsberoende.

– Men det finns ett färdigt kommersiellt robotliknande system (Stereotaxis) på marknaden som vi hoppas skall komma att installeras i Linköping hösten 2008. Ett sådant system finns redan i drift i Köpenhamn och installationer pågår i Århus och Bergen. I Köpenhamn har man redan utfört cirka 150 elektrofysiologiska procedurer och Dr Xu Chen är oerhört imponerad av tekniken och dess möjligheter, berättar Håkan Walfridsson.

Med detta nya robotsystem i kombination med ett navigationssystem skulle man kunna behandla ännu effektivare och lättare skapa de elektriska blocken mellan lungvener och vänster förmak och därmed få mindre behov av att göra nya procedurer d v s få färre återfall. Idag räknar man med att minst 25 procent av patienterna får återfall och behöver genomgå ablation igen.

Vilka patienter med FF ska behandlas?

Det är två kategorier förmaksflimmer som i första hand är aktuella att behandla med kateterablation. Patienter med attacker av FF (paroxysmalt FF) och skickspersistenterande FF. Det gäller de patienter som kommer till sjukhus för att få elektrisk stöt i bröstet, en regulering. Dessa patienter har ett persisterande flimmer, ett flimmer som inte försvinner av sig själv. »

“Det finns idag fyra randomiserade studier där man jämfört ablation med läkemedel och ablation är en fullständigt överlägsen behandling.”

– Detta är en stor grupp av patienter där vissa nästan inte har några symtom alls medan andra är nära nog invaliderade, berättar Håkan Walfridsson.

För den gruppen har man genomfört en serie prospektiva randomiserade studier där man visade att oberoende av om man satsade på sinusrytm eller man låter patienterna ha kvar sitt flimmer så går det ungefär lika bra för dem. Men man har då jämfört två behandlingsstrategier. När man sedan istället tittade efter utfallet efter uppföljningsperioden avseende faktisk hjärtrytm föll två saker ut som talande för överlevnad. Det ena var behandling med antikoagulantia och det andra att man har sinusrytm.

Detta är de två faktorer, gynnsamma för prognosen, som faller ut med höggradig signifikans. Man kan således inte dra den slutsatsen, som vissa har gjort, att man kan strunta i sinusrytm.

– I dessa studier handlar det dessutom om patienter med måttliga symtom. De som hade höggradiga symtom har aldrig studerats, säger Håkan Walfridsson.

För få studier

Ett problem är att det fortfarande finns för få prospektiva randomiserade studier om kateterablation vid FF. En förklaring till detta är det faktum att när FF-ablation startade i Norden under 2001 var det en behandling som utfördes när all annan tillgänglig behandling hade misslyckats. Man hade därmed i praktiken inget att randomisera till. Det finns idag fyra randomiserade studier där man jämfört ablation med läkemedel och ablation är en fullständigt överlägsen behandling. Dessa studier ligger också till grund för de nya internationella rekommendationerna.

Ett flertal studier pågår. Kliniken i Linköping gör i samarbete med Peter

Steen Hansen i Århus en randomiserad studie där man i tidigt skede av FF jämför ablation med läkemedel. Patienterna får ha provat vanlig betareceptorblockad men inga antiarytmika. I studien deltar totalt 9 centra varav ytterligare två svenska: Lund och Örebro.

– Idag har vi inte tillräckligt med data för att säkert veta att ablation vid FF minskar risken för tromboembolism, men FF är en så stark riskfaktor att man kan anta att man genom att återskapa stabil sinusrytm rimligen kan minska risken för tromboembolism, säger Håkan Walfridsson.

Märklig sjukvårdspolitik

Kardiologiska kliniken i Linköping har ett avtal med beställare av sjukvård, Östergötlands, Kalmars och Jönköpings län. Avtalet innebär att man i förväg uppskattar en viss volym av sjukvård som ska ersättas. Utför man fler ingrepp eller tar emot fler patienter får inte kliniken ytterligare ersättning. Däremot får kliniken alltid full ersättning om man behandlar patienter utanför regionen. Linköping har ett speciellt avtal med Västra Götaland där man ska ta emot cirka 100 patienter extra för ablationsbehandling. Man tar också emot patienter från t ex Växjö, Karlskrona, Varberg, Falun, Halmstad o s v. I takt med att allt fler patienter utnyttjar den möjlighet som vårdgarantin erbjuder, ökar också trycket att ta emot allt flera. Detta tycker centrumledningen är alldeles utmärkt eftersom dessa patienter “betalar ur egen ficka”.

Framtiden

Enligt Håkan Walfridsson måste man optimalt använda de elektrofysiologiska laboratorier som finns. Man måste ha fler personer som kan behandla och

utföra kateterablationer. Idag finns på kliniken i Linköping tre läkare som självständigt kan utföra FF-ablationer och ytterligare en är på god väg. Detta är en ganska unik situation men det räcker inte. Den invasiva elektrofysiologin innehåller också implantation av pacemaker och ICD, inklusive CRT (sviktpacing).

– Det kommande behovet av elektrofysiologer kan därför knappast underskattas idag. Situationen är i viss utsträckning lik den som för cirka 25 år sedan gällde för hjärtkirurgin där bristen var mycket stor. Vi såg då också flera privata initiativ, säger Håkan Walfridsson..

Det finns idag en liten men mycket svårt plågad grupp patienter vars hela liv kretsar kring flimmerattacker. Man bedömer att ablationsbehandling kan lyckas i upp till 85 procent av fallen, men ett av problemen är att definiera vad som är lyckad behandling.

Håkan Walfridsson har patienter som efter behandling under tio månader haft en enda flimmerepisod och dessa patienters behandling räknas idag som misslyckade. De kanske hade tre episoder i veckan innan. Patienten upplever att hon blivit mycket bättre, men hon har inte fått slutgiltig bot. Utöver detta förekommer flimmerepisoder helt utan symtom, vilket ytterligare försvårar bedömningen av vilken behandling som lyckats och vilken som inte lyckats. Kateterablation vid FF gör för många patienter stor nytta, men frågan hur många som blir helt botade kvarstår.

Elektrokardiologer diskuterar idag bl a uppföljningsfrågor och ett alternativ är att man i Norden kan slå ihop sina resultat och dra slutsatser från ett därmed större patientmaterial.

Zvi Wirschubsky