

Nytt stöd för EKG vid hjärtscreening



MATS BÖRJESSON, docent, överläkare, medicinkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra: Sahlgrenska akademien, Göteborg
mats.borjesson@vgregion.se

Allt sedan den europeiska kardiologföreningen år 2005 rekommenderade hjärtscreening med EKG av tävlingsidrottare har screeningsinförande och omfattning diskuterats runt om i världen.

I Sverige tillsattes två expertgrupper, och sedan 2005 rekommenderar Riksidrottsförbundet hjärtscreening av elitidrottare från 16 års ålder i vårt land. Socialstyrelsen kompletterade i december 2006 de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård med rekommendationen att hjärtscreena riskgrupper, inkluderande individer med herediterad för plötslig död, allvarliga symtom och EKG-avvikelse samt elitidrottare.

Inom idrotten har sedan dess både den europeiska fotbollsfederationen, UEFA, och det internationella fotbollsförbundet, FIFA, infört obligatorisk hjärtscreening inför sina turneringar.

Alla länder har dock inte följt efter med nationella rekommendationer, och kritikerna har ifrågasatt om hjärtscreeningen uppfyller sedvanliga kriterier för screening. En del, framför allt amerikanerna, har också ifrågasatt inklusionen av vilo-EKG i screeningen med hänsyn till de potentiellt många falskt positiva EKG hos friska idrottare som skulle leda till dyra utredningar. Man har också undrat över om incidensen av plötslig hjärtdöd (och därmed problemet) inte är lägre än de tidigare studier anger.

I *British Journal of Sports Medicine* (september 2009) diskuteras dessa frågor i ett temanummer inriktat på idrottskardiologi.

I numrets ledare argumenterar Drezner, Pluim och Engebretsen [1] för att incidensen av plötslig död hos unga idrottare (<35 års ålder) är starkt underskattad i tidigare amerikanska studier, och

att incidensen snarare ligger i nivå med de italienska siffror som presenterats (1–3/100 000). Detta skulle bero på bristande studiemetodik i amerikanska studier, där man inte kunnat fånga upp alla fall av plötslig död och då erhållit en för låg incidenssiffra [1, 2].

Andelen falskt positiva EKG är säkerligen lägre än man tidigare fruktat. I italienska studier ses 4–7 procent falskt positiva EKG, i en engelsk studie 3,7 procent, och i en färsk holländsk studie publicerad i temanumret [3] var siffran 11 procent. Dessa siffror är betydligt lägre än de 20–40 procent som nämnts i debatten och är avgörande för inklusionen av vilo-EKG i hjärtscreeningen. Uppdaterade riktlinjer för EKG-tolkning hos idrottare för att minimera antalet falskt positiva EKG har nyligen tagits fram av den europeiska kardiologföreningen [4].

Man ska komma ihåg att sensitiviteten i hjärtscreening är beroende av att vilo-EKG tas. Utan vilo-EKG hittas endast 3 procent av orsakerna till plötslig död, enligt amerikanska studier. Trots detta är det framför allt i USA som man inte velat inkludera EKG i den hjärtscreening av idrottare som man annars förordar, bl a via American Heart Association.

En artikel i samma temanummer [5] argumenterar för att hjärtscreeningen uppfyller de av WHO uppställda kriterierna för meningsfull screening. Kostnadseffektiviteten för hjärtscreening är jämförbar med screening för cervixcancer, om än inte lika kostnadseffektiv som screening för bröstcancer. I studien av Bessem et al [3] behövde man screena 143 idrottare för att hitta en idrottare med en kardiovaskulär avvikelse som ledde till restriktion i idrottsutövning, vilket anges som acceptabla siffror.

I temanumret publiceras också Internationella olympiska kommitténs (IOK)



EKG har en given plats i hjärtscreening. Andelen falsklarms-EKG är betydligt lägre än man trott.

Foto: Laurent Hamels/6PA/MAXPPP/Colourbox

konsensusutlåtande om regelbunden hälsokontroll av elitidrottare [6]. Man överläter sedan åt varje internationellt specialförbund att göra dessa kontroller obligatoriska eller inte. Regelbunden hjärtscreening rekommenderas, och inklusionen av vilo-EKG ökar betydligt möjligheten att detektera potentiellt livshotande bakomliggande hjärtsjukdom. Man tycker

er att det finns tillräckligt med evidens för att (åtminstone stegvis) inkludera EKG i hjärtscreening av elitidrottare världen över och att vetenskaplig utvärdering av screenings effektivitet och omfattning bör genomföras.

Hjärtscreening – med EKG – har genom artiklarna i detta temanummer stärkt sin position. De nuvarande svenska screeningriktlinjerna från bl a Socialstyrelsen har också fått ytterligare stöd.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Drezner J, Pluim B, Engebretsen L. Prevention of sudden cardiac death in athletes: new data and modern perspectives confront challenges in the 21st century. *Br J Sp Med.* 2009;43:625–6.
2. Börjesson M, Pelliccia A. Incidence and aetiology of sudden cardiac death in young athletes: an international perspective. *Br J Sp Med.* 2009; 43:644–8.
3. Bessem B, Groot F, Nieuwland W. The Lausanne recommendations: a Dutch experience. *Br J Sp Med.* 2009;43:708–15.
5. Papadakis M, Sharma S. Electrocardiographic screening in athletes: the time is now for universal screening. *Br J Sp Med.* 2009;43:663–8.
6. Ljungqvist A, Jenoure P, Engebretsen L, Alonso JM, Bahr R, et al. The International Olympic Committee (IOC) consensus statement on periodic health evaluation of elite athletes March 2009. *Br J Sp Med.* 2009;43:631–43.

■ sammanfattat

Incidensen av plötslig död hos unga idrottare är underskattad i tidigare amerikanska studier.

Andelen falskt positiva EKG är betydligt lägre än man tidigare trott.

Nuvarande svenska riktlinjer för screening med anamnes, status och vilo-EKG har fått ytterligare stöd.