

## Kateterburen ablation bättre än farmaka vid svårbehandlat förmaksflimmer

Kateterburen ablationsbehandling är effektivare än antiarytmiska läkemedel för patienter med förmaksflimmer som trots läkemedelsbehandling fortfarande har flimmer. Det är det huvudsakliga resultatet i en rapport som presenteras av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Rapporten är en uppdatering av en tidigare sammanställning, se SBU Alert-rapport, som gjordes 2005 av studier av kateterburen ablationsbehandling.

Kateterburen ablationsbehandling kan vara aktuell för patienter med förmaksflimmer som inte svarat på behandling med antiarytmika. Metoden utvecklades under senare delen av 1990-talet och bygger på att man med hjälp av en kateter »bränner av« elektriskt aktiva områden kring hjärtats lungvener som stimulerar hjärtats ledningssystem och därigenom orsakar förmaksflimmer.

**SBU har tittat** på åtta studier där man jämfört effekterna av ablation och läkemedel (antiarytmika). I majoriteten av dessa hade patienterna inte svarat på läkemedlen. Trots behandling med ett eller två läkemedel kvarstod flimret. Behandlingsalternativet fortsatt läkemedelsbehandling (trots bristande effekt) har jämförts med ablation. Såväl paroxysmalt som kroniskt flimmer fanns representerade i studierna, men majoriteten avsåg paroxysmalt flimmer. Deltagarna var i majoriteten av studierna i ål-



Foto: SPL/IBL

**Kateterburen ablation innebär att man bränner av elektriskt aktiva områden kring hjärtats lungvener.**

der 50–65 år. Resultaten kan sammanfattas med att ablation var effektivare än läkemedel när man mätte resultaten efter 9–12 månader. Särskilt bra var ablation vid paroxysmalt flimmer. Viktigt att notera är att ablationsbehandlade patienter överlag klarade sig helt utan antiarytmika; i några fall krävdes antiarytmika under en initial period på tre månader, men därefter kunde behandlingen ofta avslutas.

**SBU har också tittat** på effekterna av olika metoder för ablation och konstaterar att när lungvensisolering kompletterats med att man gör ytterligare lesioner blev resultatet bättre än med enbart lungvensisolering. Generellt skiljer sig dock behandlingsresultaten ganska mycket mellan de olika studierna. SBU konstaterar att faktorer som patienturval, ablationsmetod, material, operatörens erfarenhet och uppföljningstid

skiljer sig i studierna, vilket sannolikt bidrar till de spridda resultaten.

När det gäller biverkningar konstaterar SBU att sådana drabbar ca 4–5 procent av patienterna som genomgår ablation. En potentiellt allvarlig biverkan är att det bildas en fistel mellan esofagus och vänster förmak. Biverkningarna skiljer sig markant från de biverkningar som läkemedelsbehandlade patienter kan drabbas av. Det är därför viktigt att behandlande läkare går igenom biverkningar och risker noga med varje patient innan man tar ställning till en eventuell ablation.

**I de studier** där man tittat på livskvalitet noteras att patienter som genomgått ablation upplevde bättre livskvalitet än läkemedelsbehandlade; bland annat upplevde de att den fysiska förmågan förbättrades. En ablation beräknas totalt kosta ca 85 000 kronor inklusive uppföljningar och att patienten ligger på sjukhus ett par dagar i samband med ingreppet. När det gäller metodens kostnadseffektivitet är denna svår att bedöma i nuläget. Anledningen är bristande kunskapsläge vad gäller långtidseffekterna av ablation, konstaterar SBU, som efterfrågar långtidsuppföljningar.

**Anders Hansen**  
leg läkare, frilansjournalist

SBU. SBU Alert-rapport 2010-06.  
<http://www.sbu.se/201006/>

## Viktning i barndomen minskar hjärt-kärlrisken i tonåren

Barn med högt BMI har högre risk att få en negativ kardiovaskulär profil i tonåren. Men det hjälper att gå ner i vikt före 15–16 års ålder. Det visar en prospektiv kohortstudie i BMJ.

**Få prospektiva studier** har kvantifierat kardiovaskulära riskfaktorer i relation till fetma i barndomen. En brittisk forskargrupp undersökte därför korrelationen mellan BMI och andra mått på fetma hos barn samt vilka konsekvenser övervikt medför på riskprofilen i tonåren. Man undersökte 5 235 barn i åldern 9–12 år och återigen när de fyllt 15–16 år. BMI, midjeomfång och fettmassa (mätt med dual energy x ray absorptiometry, DEXA) registrerades vid båda tillfällena. Även blodtryck och blodpara-

metrar mättes. Runt 19 procent av barnen var överviktiga, och 5 procent feta, vid 9–12 års ålder.

**Att ha en standardavvikelse** högre BMI i åldern 9–12 år kunde kopplas till i stort sett alla kardiovaskulära riskfaktorer (högt systoliskt blodtryck, högt LDL, lågt HDL, höga triglycerider) vid 15–16 års ålder. Detta gällde för både flickor och pojkar, men pojkar hade dessutom högre risk för högt fasteglukos (oddskvot 1,18; 95 procents konfidensintervall 1,03–1,36).

BMI, midjeomfång och fettmassa var alla starkt korrelerade med varandra ( $r=0,89-0,94$ ), och de två senare förbättrade inte riskprediktionen med enbart BMI. Tonårsflickor som gått ner

till normal vikt efter att ha varit överviktiga som barn hade en likartad riskprofil som de flickor som varit normalviktiga vid båda tillfällena. Pojkar som hade gått ner i vikt hade dock fortfarande lite sämre riskprofil än de pojkar som varit normalviktiga hela tiden.

**BMI ensamt** ter sig alltså som ett bra mått på barns framtida risk för negativ hjärt-kärlprofil, och man betonar starkt betydelsen av att försöka minska barnfetman i befolkningen.

**Karin Sundström**  
läkare, doktorand,  
Karolinska institutet, Stockholm

Lawlor D, et al. BMJ. 2010;341:c6224.  
doi:10.1136/bmj.c6224