

Registreringen av svensk flimmerkirurgi brister

Hur är det då med evidensen?



MÅRTEN ROSENQVIST, professor hjärtsjukdomar, Karolinska institutet, Södersjukhuset, Stockholm Marten.Rosenqvist@sodersjukhuset.se

Svenska toraxkirurger (Svenska referensgruppen för arytmi-kirurgi) har utarbetat gemensamma riktlinjer för peroperativ kirurgisk behandling (maze-kirurgi) av förmaksflimmer i samband med hjärtoperation. Riktlinjerna baseras på internationella riktlinjer och erfarenheter.

Riktlinjerna publiceras i en artikel av Anders Ahlsson et al i detta nummer av Läkartidningen.

Att kirurgiskt behandla förmaksflimmer genom att isolera de delar av förmaken som genererar eller underhåller flimret är en metod som introducerades av den amerikanske kirurgen James L Cox i början av 1990-talet. Metoden har med åren genomgått ett flertal modifieringar, varför det varit svårt att presentera långtidsuppföljningar av större material.

Det är därför vällovligt att harmoniserade nationella riktlinjer för den kirurgiska tekniken nu anges. Den teknik som rekommenderas är den sk Cox-maze III-metoden (»klippa-och-sy«), där man genomför elektrisk isolering i såväl höger som vänster förmak.

Flera energikällor kan användas, och under senare år har en minimalinvasiv teknik, sk mini-maze, lanserats. Huruvida dessa nya tekniker är ett komplement eller ett alternativ är i dag oklart.

Metodens fördel är att den verkar ge mer än 90 procents frihet från arytmi efter 1 års uppföljning. Långtidsdata avseende recidiv, risk för stroke och mortalitet är dock mer sparsamt förekommande i litteraturen.

Metoden används i dag framför allt som ett ingrepp, en passant, vid samtidig öppen hjärtkirurgi hos patienter med förmaksflimmer.

Under åren 1998–2008 gjordes i Sverige ca 1 700 ingrepp av denna typ.

Indikationen för ingreppet är således

patienter som genomgår öppen hjärtkirurgi med

- symtomatiskt förmaksflimmer respektive
- asymtomatiskt flimmer där arytmi-kirurgi kan göras med minimal risk.

Ingreppet har hög prioritet (3) i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008 [1].

I ett mindre antal fall används metoden också som ett »stand-alone«-ingrepp hos patienter med förmaksflimmer där kateterburen ablation inte är möjlig, har misslyckats eller där patienten haft stroke trots pågående behandling med antikoagulantia.

Totalt rapporterar författarna att ca 600 ingrepp av isolerad förmaksflimmerkirurgi (stand-alone) genomförts i Sverige under perioden 1998–2008.

Författarna har valt att inte diskutera indikationerna för isolerad förmaksflimmerkirurgi, vilket är synd med tanke på den oklarhet som i dag råder kring indikationer, resultat och uppföljning. Detta ingrepp har dessutom låg prioritet (7), enligt de nationella riktlinjerna [1].

I vilka situationer maze-kirurgi är ett alternativ eller ett komplement till kateterburen ablation nämns inte heller.

Tyvärr saknas i dag regelbunden rapportering från svenska centra som bedriver maze-kirurgi. De facto vet vi inte hur många ingrepp som görs varje år, var dessa sker, komplikationsfrekvens eller långtidsdata. Detta är besynnerligt, särskilt med tanke på att metoden varit i bruk på svenska sjukhus under snart 20 år, svenska centra deltagit i flera kliniska studier [2–4] och två svenska avhandlingar i ämnet publicerats [5, 6].

Om metoden ska få genomslag i Sverige, bör sådana kvalitetsdata självklart kunna presenteras. Det brukar vanligen ske i sk nationella register.

Varför detta inte sker när det gäller maze-kirurgi är oklart.

Motsvarande kvalitetsdata finns sedan lång tid för andra hjärtkirurgiska ingrepp såsom bypass-kirurgi och

klaffkirurgi. Patienter som genomgår kateterburen radiofrekvensablation finns också samlade i ett nationellt register.

Det har under flera år varit ett starkt önskemål från kardiologer med intresse för arytmier att få ta del av de svenska resultaten avseende arytmi-kirurgi, särskilt långtidsuppföljning, där Sverige med sina många offentliga registersystem kan bidra med unik information.

Om man vill presentera riktlinjer för den operationsteknik man vill ha i Sverige, bör man också kunna visa att ingreppet fungerar i svenska kirurgers händer.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Författaren har eller har haft uppdrag som föreläsare eller konsult samt forskningsanslag från samtliga läkemedelsföretag inom området förmaksflimmer, men inga jäv avseende flimmerkirurgi.

REFERENSER

1. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Tabellbilaga till beslutsstödsdokument – tillstånd- och åtgärdslistor för hjärtsjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
2. Lönnerholm S, Blomström P, Nilsson L, Oxelbark S, Jideus L, Blomström-Lundqvist C. Effects of the Maze operation on health-related quality of life in patients with atrial fibrillation. *Circulation*. 2000;34:480–5.
3. Lönnerholm S, Blomström P, Nilsson L, Blomström-Lundqvist C. A high quality of life is maintained late after Maze III surgery. *Eur J Cardiothoracic Surg*. 2009;36:558–62.
4. Albåge A, Peterffy M, Källner G. Learning what works in surgical cryoablation of atrial fibrillation: results of different application techniques and benefits of prospective follow-up. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2011;5:480–4.
5. Albåge A. Surgical treatment of atrial fibrillation: Clinical, hormonal and electrophysiological aspects of the Maze operation [thesis]. Stockholm: Karolinska institutet; 2003. ISBN 91-7349-411-9.

■ sammanfat tat

Kirurgisk behandling av förmaksflimmer i Sverige har pågått i snart 20 år, och mer än 1 700 patienter har behandlats.

Det saknas dock en samlad redovisning av de svenska resultaten inklusive uppföljning.