
Behandling av medfødt hjertefeil med kateter

REDAKSJONELT

KJELL BORTHNE

Kjell Borthne (f. 1944) har fra 1995 arbeidet med barn og fostre med medfødt hjertefeil ved Barneklubben og Nasjonalt senter for fostermedisin.

Email: kjell.borthne@medisin.ntnu.no

Kvinne/Barn Senteret

Regionsykehuset i Trondheim

7006 Trondheim

Bjørnstad og medarbeidere ved Rikshospitalet har i dette nummer av Tidsskriftet redegjort for sin erfaring med kateterbasert lukking av åpen ductus arteriosus (1). De viser at denne behandlingen både gir gode resultater i form av komplett lukking og nærmest fravær av komplikasjoner på kort sikt. Kateterbasert lukking er derfor blitt førstevalg fremfor kirurgisk både her i landet og i andre land.

Kateterbasert behandling, eller intervensjonskardiologi, har vist seg velegnet for flere former for medfødt hjertefeil. Det er publisert lovende resultater for lukking av så vel atriaseptum- (2 – 4) som ventrikkelseptumdefekter, både med perimembranøs og muskulær lokalisasjon (5 – 7). Behandlingen er ennå ikke blitt standard, men man kan ikke se bort fra at en vesentlig andel av både atriaseptum- og ventrikkelseptumdefekter med tiden kan lukkes med katetertechnik. Trolig vil det skje en videreutvikling av implantater for kateterbehandling og av teknikker.

De vanligste hjertefeilene hos barn som trenger behandling er i Norge åpen ductus arteriosus (ca. 65/år), atriaseptumdefekter (ca. 45/år) og ventrikkelseptumdefekter (ca. 55/år). Selv om bare en del av disse kateterbehandles, vil det få betydning for hvor mange som trenger kirurgisk behandling. I Norge regner vi for tiden med at ca. 250 barn årlig trenger åpen og 100 lukket hjertekirurgi pga. medfødt hjertefeil.

Fordelene med kateterbehandling av medfødt hjertefeil er først og fremst at den gir mindre plager for pasientene på kort og kanskje også på lang sikt. Slik behandling kan også gjøres uten å beslaglegge høyspesialisert sengekapasitet i samme grad som kirurgisk behandling. Det gjenstår imidlertid å se de langsiktige resultater, og man må ikke glemme at resultatene skal måles mot resultater av kirurgisk behandling, som på de aktuelle områder har oppnådd meget gode resultater.

Etter en vellykket lukking av åpen ductus arteriosus, atriaseptumdefekt eller ventrikkelseptumdefekt bør man kunne forvente en normal levetid for barnet. Det innebærer at implantatet skal vare ca. 75 år uten å gi vevsreaksjoner eller øke faren for endokarditt. Det bør være upåvirkelig av sitt miljø, slik at kjemisk og fysisk nedbrytning unngås. Først om mange år vil vi kunne vite sikkert om disse kravene er innfridd. Man må derfor vise stor grad av forsiktighet i indikasjonsstillingen når metodene innføres. Når åpen ductus arteriosus uten hørbar bilyd, kliniske funn eller symptomer er påvist ved hjelp av moderne ultralydteknikk, melder spørsmålet seg: Når er det bedre med et inngrep enn å la den være urørt? Tilsvarende problemstillinger vil høyst sannsynlig reises så snart tilsynelatende sikre teknikker for kateterbasert lukking av atriaseptum- og ventrikkelseptumdefekter er etablert. Sentralt i slike overveielser vil være kjennskap til det naturlige forløp uten lukking, og hvorvidt en kateterbasert lukking vil føre til lavere risiko for endokarditt, lavere total sykелighet og dødelighet samt bedret funksjonsevne. For å kunne besvare slike spørsmål er det helt nødvendig å få etablert et nasjonalt register for medfødte hjertefeil.

En ufravikelig forutsetning for å drive med intervensjonskardiologi er at barnehjertekirurgisk kompetanse finnes tilgjengelig slik at akutte komplikasjoner kan håndteres på en betryggende måte. Det er ikke kjent hvor mange kateterbaserte behandlinger et senter eller en intervensjonskardiolog bør utføre årlig for å befinne seg i første rekke kvalitetsmessig. Det er imidlertid sannsynlig at slike behandlinger i Norge bør holdes på få hender, kanskje bare på ett sted.

Det bør være meget nære samarbeidsforhold mellom barnekardiologer, intervensjonskardiologer, radiologer, anestesiloger og barnehjertekirurger for at barn med medfødt hjertefeil til enhver tid skal få den best tilpassede behandlingen. I Norge har vi lang tradisjon for å organisere virksomheten i sykehusene ut fra et spesialitetsperspektiv. Kirurgene er ansatt i kirurgisk avdeling, anestesilogene i anestesiafdelingen, radiologene i røntgenavdelingen og kardiologene i medisinsk avdeling eller barneavdelingen. Man kan reise spørsmål ved om dette er hensiktsmessig for krevende spesialoppgaver hvor det er nødvendig med både spisskompetanse og tverrfaglig samarbeid. For en leder er det komplisert når formelle faglige og administrative linjer for viktige aktører går til ledere i forskjellige avdelinger, som eventuelt ikke gjør de samme prioriteringer.

I tillegg til den kvalitet som kan måles i form av vellykket lukking og overlevelse etter behandlingen samt økonomisk og annen effektivitet for behandlingsmåten, må man regne med at brukerne i fremtiden vil etterspørre kvalitet på opphold og generell behandling i sykehuset. Med fritt sykehusvalg er det sannsynlig at brukerne kommer til å stille krav som kan være med og føre pasientstrømmen fra ett sykehus til et annet. Det er trolig heller ikke mulig å opprettholde en medisinsk aktivitet i Norge dersom resultatene sett fra brukernes perspektiv er tydelig dårligere enn hva man kan oppnå i andre land. Snevre faglige kriterier for god medisinsk behandling innenfor hvert enkelt fagfelt er antakelig ikke nok for å oppnå best mulig behandling samlet sett. Det er ønskelig at barnehjertevirksomheten organiseres i én avdeling eller ett senter. Da vil diagnostikk og behandling skje innenfor en felles ledelse som omfatter både kirurgisk, radiologisk, kardiologisk, pediatrik og anestesilogisk kompetanse.

LITTERATUR

1. Bjørnstad PG, Westvik J, Rian R, Thaulow E, Hagemo PS, Sørland SJ. K Kateterbasert lukking av åpen ductus arteriosus – de første 100 pasienter Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1011 – 4.
2. Rickers C, Hamm C, Stern H, Hofmann T, Franzen O, Schröder R et al. Percutaneous closure of secundum atrial septal defect with a new self centering device («angel wings»). Heart 1998; 80: 517 – 21.
3. Berger F, Ewert P, Bjørnstad PG, Dahnert I, Krings G, Brilla-Austenat I et al. Transcatheter closure as standard treatment for most interatrial defects: experience in 200 patients treated with the Amplatzer septal occluder. Cardiol Young 1999; 9: 468 – 73.
4. Dhillon R, Thanopoulos B, Tsaousis G, Triposkiadis F, Kyriakidis M, Redington A. Transcatheter closure of atrial septal defects in adults with the Amplatzer septal occluder. Heart 1999; 82: 559 – 62.
5. Sideris EB, Walsh KP, Haddad JL, Chen CR, Ren SG, Kulkarni H. Occlusion of congenital ventricular septal defects by the buttoned device. «Buttoned device» Clinical Trials International Register. Heart 1997; 77: 276 – 9.
6. Hijazi ZM, Hakim F, Al-Fadley F, Abdelhamid J, Cao QL. Transcatheter closure of single muscular ventricular septal defects using the Amplatzer muscular VSD occluder: initial results and technical considerations. Catheter Cardiovasc Interv 2000; 49: 167 – 72.
7. Amin Z, Xiaoping G, Berry JM, Titus JL, Gidding SS, Rocchini AP. Periventricular closure of ventricular septal defects without cardiopulmonary bypass. Ann Thorac Surg 1999; 68: 149 – 54.

Publisert: 10. april 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. september 2026.