

Karlskrona Läkareförening 1387:e ordinarie sammanträde å Sjöofficersmässens lokaler den 12 december 2013

1. Mötet öppnades och ordförande Håkan hälsade välkommen.
2. Föregående mötesprotokoll lästes upp och godkändes.
3. I ovanlig ordning gästades årsmötet av en utomstående föreläsare. Ordförande Håkan har tidigare under året i all hast hoppat in och föreläst. Istället blev det kardiologen och kliniska fysiologen Magnus Simonsson som höll i taktpinnen. Ämnet "Idrott och hjärta" avverkades med stor noggrannhet. Stundtals tystades vi alla av EKG som undertecknad hoppas att till och med deltagande kardiologer har svårigheter att få rätsida på.

Inledningen vigdes åt det allra tråkigaste inom idrotten, plötslig hjärtdöd bland barn och ungdomar. I detta speciella fall är ungdomen satt till och med 35 år. Över denna ålder är det framför allt kranskärlssjukdom som är orsaken till plötslig hjärtdöd. De ungdomar som drabbas har till största del kongenitala hjärtfel och sköts förhoppningsvis av en barnkardiolog. 5-10 svenska idrottare dör årligen i plötslig hjärtdöd.

De med högre risk att drabbas har ärftlighet och/eller släktingar som dött plötsligt i unga år. En duktig klinker kan hitta fynd i status eller i EKG som också leder till större risk att drabbas. Illavarslande symtom är bröstsmärta vid ansträngning, yrsel, svimning och hjärtklappning. Några av symtomen känner man väl igen efter första träningspasset efter nyårsloftet. Magnus fortsatte med att diskutera vilka man ska utreda för att minska dödstalet. Italienarna screenar alla idrottare. Detta betyder att samtliga från knatteliga till eliten läkarundersöks. Sedan 1971 har Italien minskat dödligheten i plötslig hjärtdöd med 90 %. 200 000 personer behöver undersökas för att undvika ett dödsfall. Antal kronor per undvikt dödsfall håller Magnus osagt. I Sverige har vi ingen screening. Men idrottsförbundet undersöker alla våra elitidrottare med status, anamnes och EKG. Vid patologiskt fynd remiteras idrottare till sjukvården.

De största bovarna i plötslig hjärtdöd är hypertrof kardiomyopati, anormalt avgående kranskärl, aortastenosis och Wolf-Parkinson-White syndrom. Olika regler gäller vid dessa åkommor. De med hypertrof kardiomyopati får inte tävlingsidrotta och får istället äta beta-blokad resten av livet. De med aortastenosis får tävlingsförbud när tryckskillnaden över klaffen är mer än 39 mmHg. Om man som idrottare, för karriärens skull, får välja ett hjärtfel blir det WPW-syndrom. När detta korta PQ-interval väl upptäckts är det ablation som väntar innan valfritt idrottstillhugge åter får användas.

Avslutningsvis påminde Magnus om de viktigaste EKG-fynden som leder till utredning. Till dem tillhör vänstergrensblock, ST-sänkning eller mer än två ventrikulära extraslag per EKG-remsa. Slutklämmen till en något uppskrämd publik blev lovord om framtida läkarintyg för deltagande vid maraton.

Vid protokollet

Anders Ekström, Sekreterare.